

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE
PİYASALAŞMA SÜRECİ
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
KAPSAMINDA
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ
İrem DOĞRULOĞLU
Yüksek Lisans Tezi
Çalışma İktisadı Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Davuthan GÜNAYDIN**

2019

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA İKTİSADI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASALAŞMA
SÜRECİ
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI KAPSAMINDA KAMU
ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

İrem DOĞRULOĞLU

ÇALIŞMA İKTİSADI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Davuthan GÜNAYDIN

TEKİRDAĞ-2019
Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

... / ... / 20...

İrem DOĞRULOĞLU

ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
ABD : Çalışma İktisadı Anabilim Dalı
Tez Başlığı : Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaşma Süreci
Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Kamu Özel Ortaklığı
Modeli
Tez Yazarı : İrem Doğruloğlu
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Davuthan GÜNAYDIN
Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2019
Sayfa Sayısı : 84

Sağlık ve sağlık hizmetleri, 19.yüzyılın sonlarında ortaya çıkan sosyal devlet anlayışının 20. yüzyılının sonlarına doğru genişlemesiyle insanların sahibi olduğu sosyal bir hak haline gelmiştir. Sağlıkın sosyal yönü devletin sağlık sektörü içinde çeşitli rollerde var olmasını gerektirmektedir. Bu çalışmada, Türkiye’nin kuruluş yıllarından itibaren uygulanan sağlık politikaları devlet anlayışları ekseninde ele alarak nasıl değişim gösterdiği ve devletin sağlık alanında nerede ve nasıl rol aldığı dönemsel olarak incelenmiştir. Türkiye’de Kamu özel ortaklığı ile uygulanan yap-işlet, yap-işlet-devret ve yap-kirala modelleri ile yapılan entegre şehir hastanelerine geçiş boyunca sağlık alanında meydana gelen birçok tahavvül teşhir edilmiştir. Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) yöntemi kamu ile özel sektörün sağlık alanındaki ortaklığına dair olarak Türk sağlık sektörü içerisinde de tatbik etmeye başlanılmıştır. Türkiye son yıllarda sağlık sektörü içerisinde geniş çaplı varyasyonlar yaparak KÖO’yu artırmaktadır. Bu doğrultuda çalışma Türkiye’nin sağlık sektörüne ilişkin politikalarında oluşan bu varyasyona odaklanmıştır. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM) ile sağlık tesislerinin yapılması, atıl sermayeler ile toplum yararına yeni yatırımlar oluşturulmasına, daha kısa zamanda sonuçlanan etkin ve kaliteli kamu hizmetleri sunumunun sağlanmasına, kamunun bütçe sıkıntısından kaynaklı gerçekleştirilemeyen yatırımların oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel Ortaklığı, Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Reformları

ABSTRACT

Institution, Institute, : Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,
Department : Department of Labor Economics
Title : The Process of Marketization in Turkey's Health Services and
Private Public Foundation Model in the Context of Transformation
Programme in Health Sector
Author : İrem Doğruloğlu
Adviser : Assist. Prof. Dr. Davuthan GÜNAYDIN
Type of Thesis, Year : MA Thesis, 2019
Total Number of : 84
Pages

Health and health services have become a social right for the people with the expansion of social state understanding, which emerged at the end of the 19th century, towards the end of the 20th century. The social aspect of health requires the state to exist in various roles within the scope of the health sector. This study evaluated the health policies implemented since the founding years of Turkey in the axis of state understandings and periodically examined how they have changed and also where and how the state played a role in the field of health. Many transformations that occurred in the field of health during the shift to the city hospitals that have been made with build-operate, build-operate-transfer and build-lease models that have been implemented under the umbrella of Public-private partnership have been demonstrated. The Public-Private Partnership (PPP) method has started to be implemented in the Turkish health sector regarding the partnership between the public and private sectors in the field of health. Turkey has been increasing the PPP by making large-scale variations in the health sector in recent years. In this direction, the study focuses on those variations that occur in the policies regarding Turkey's health sector. In line with the results of the study, it is thought that the erection of health facilities with the Public-Private Partnership Model (PPPM) will contribute to the creation of new investments for the benefit of the society, the providing of effective and high quality public services within a shorter period of time and to the creation of investments that cannot be realized due to budgetary problems of the public with the utilization of idle capital.

Keywords: Public-Private Partnership, Health, Health Services, Health Reforms

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı şekillendiren Sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Davuthan GÜNAYDIN'a ve çalışmamda manevi desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Rasime Gül Ersin ve Ayşe Nur Yasemin Yorulmaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ	1
1. SAĞLIK HİZMETLERİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Sistemleri.....	3
1.3. Sağlık Hizmetleri.....	4
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.3.1.1.1. Çevresel Ölçekte Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.3.1.1.2. Bireysel Ölçekte Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.3.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	11
1.3.1.4. Sağlıkın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler	12
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	13
1.3.2.1. Kolay Erişilebilirlik.....	14
1.3.2.2. Kalite.....	15
1.3.2.3. Devamlılık.....	15
1.3.2.4. Verimlilik	16
1.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları.....	17
1.3.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme.....	17
1.3.3.2. Sağlık Hizmetlerinde İnsan gücü Yetiştirme ve Çalıştırma.....	17
1.3.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansman	18
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....	20
2.1. Sağlık Politikaları	20
2.2. Türkiye’deki Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi	21
2.2.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Politikaları.....	21

2.2.2. 1920-1923 Dönemi Sağlık Politikaları	23
2.2.3. 1923- 1946 Dönemi Sağlık Politikaları	23
2.2.4. 1946-1960 Dönemi Sağlık Politikaları	24
2.2.5. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları	25
2.2.6. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları	26
2.2.7. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İlk Temelleri.....	27
2.2.7.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Amaçları.....	29
3. SAĞLIĞIN PİYASALAŞTIRILMASI: SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI.....	31
3.1. Sağlıkın Piyasalaştırılması	31
3.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli.....	33
3.2.1. Kamu Özel Ortaklığı Kapsamı	35
3.2.2. Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi.....	36
3.2.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Yapısı	36
3.2.3.1. Proje içeriğinin oluşturulması	37
3.2.3.2. Stratejinin Belirlenmesi.....	38
3.2.3.3. İhale süreci	38
3.2.3.4. İhale Katılımcılarının Değerlendirilmesi ve Seçimi	38
3.2.3.5. Anlaşmanın İmzalanması	38
3.2.3.6. Proje İnşasının Başlaması	39
3.3. Kamu Özel Ortaklığının Modelleri'nin İncelenmesi.....	39
3.4. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Finansmanı	40
3.5. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantajları ve Dezavantajları	41
3.5.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantajları.....	43
3.5.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Dezavantajları	44
3.6. Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli.....	45
3.7. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Sağlık Alanında Uygulama Tarihçesi	49
3.8. Türkiye'de Sağlık Alanında Gerçekleşen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Modeli Uygulamalarına Geçiş Süreci	50
3.8.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri'nde Kamu Özel Ortaklığı Modeli Uygulamalarına Genel Bakış	53
3.8.2. Entegre Sağlık Kampüslerine Geçiş Süreci	54

3.8.2.1. Şehir Hastaneleri ve Entegre Sağlık Tesisleri	55
3.8.2.2. Şehir Hastanelerinin Hukuki Süreci	60
3.8.2.3. Şehir Hastanelerinin Yönetmel Süreci	61
3.8.2.4. Şehir Hastanelerinin Finansal Süreci	63
SONUÇ	65
KAYNAKÇA	69

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1: Tedavi Edici Ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Arasındaki Farklar	7
Tablo 3.1: Yapımı Tamamlanmış Entegre Sağlık Tesisleri	56
Tablo 3.2: İnşaat Aşamasında Olan Projeler	56
Tablo 3.3: KÖO Kapsamında Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

		<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
Şekil 3.1	Kamu Özel Otaklığı Süreci	37

KISALTMALAR LİSTESİ

BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GATS	: Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
GDO	: Genetiği Değiştirilmiş Organizma
GSMH	: Gayri Safi Millî Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IMF	: Uluslararası Para Fonu
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
KÖOM	: Kamu Özel Ortaklığı Modeli
KVC	: Kardiyovasküler Cerrahi
LDR	: Light Dependent Resistor (Işığa Bağlı Direnç)
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MHRS	: Merkezi Hastane Randevu Sistemi
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PPP	: Public Private Partnerships (Kamu Özel İşbirliği)
PTT	: Posta ve Telgraf Teşkilatı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCDD	: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
YKD	: Yapı Kirala Devret

GİRİŞ

Devletlerin milli politikalarının başında gelen ve 2000’li yılların başından itibaren büyük değişiklikler yapılan sağlık hizmetinin, toplumların sosyal hayatları açısından da ehemmiyeti oldukça fazladır (Çakıroğlu ve Seren, 2016, s. 37).

Türkiye’de sağlık hizmetleri kapsamında 1980’den 2000 yılına kadar küreselleşme ve özelleştirme ekseninde yapılan çalışmalar “Sağlık Reformu” olarak adlandırılan uygulama ile gerçekleşmiştir. Bu uygulama, 2000 yılından sonra ana hatları değişikliğe uğramadan “Sağlıkta Dönüşüm” olarak adlandırılmış ve uygulanmıştır. Uluslararası teşekküllerin teklifleri ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye” uygulaması kapsamında sistemde geniş çaplı değişiklikler yapılmıştır (Çakıroğlu ve Seren, 2016; s. 37). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelişen süreçte sağlık hizmetlerinin temel unsurları olan finansman, örgütlenme, insan gücü yetiştirme ve geliştirme alanlarında büyük değişimler yaşanmıştır (Erol ve Özdemir, 2014, s. 10).

Sağlık sektöründe yaşanan bu önemli atılımın ardından daha önce devletlerce farklı sektörlerde uygulanmaya başlanılan bir finansman ve örgütlenme modeli olarak karşımıza çıkan Kamu Özel Ortaklığı Modeli bu sektörde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu model, kamu ile özel sektör arasında yol, hastane, okul vb. gibi projesi devlet tarafından oluşturulan finansının tamamını özel sektör firmaları tarafından karşılanan bir finansal iş birliği olarak tanımlanabilir. Bu iş birliği neticesinde gerçekleşen proje özel sektör firması tarafından devlete 49 yılı aşmamak sureti ile kiraya vermektedir. Fakat bu model ile yapılan okul ve hastane gibi yapıların mülkiyet hakkı tamamen kamuya ait olmaktadır. Bu model ile karşılıklı olarak ihtiyaç ve fayda prensibine dayalı devlet bütçesinden harcama yapılmadan sahip olunan kamu yapısına karşılık finansını üstlenen özel sektör firmasının 49 yıl boyunca düzenli olarak kira geliri elde etmesi sağlanmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27).

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ve sağlık hizmetlerinin kavramsal çerçevesine, sağlık hizmetlerinin özelliklerine ve temel yapısına değinilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; sağlık politikaları ve transformasyon izlencesi değerlendirilerek sağlık hizmetlerinde yapılanma ve sağlığın piyasalaştırılması, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sisteminin ana yapısı ve sağlıkta dönüşüm programının amaçları yer almaktadır. Üçüncü ve son bölümde ise; sağlığın piyasalaşması ile ortaya çıkan kamu özel ortaklığı modelinin yapısından, avantajları ile dezavantajlarından ve 2000’li yıllardan itibaren sağlık hizmeti sunumuna dair gerçekleşen dönüşümler ile kamu özel ortaklığı modeliyle sağlık hizmeti sunumunun nasıl gerçekleştirileceği ve bu yöntem ile yapılan şehir hastanelerinin yapısına dair bilgiler yer almaktadır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı

Gelişen teknolojiye bağlı olarak sağlık hizmetlerinin gelişmesi sağlıkla ilgili birçok yeni kavramın oluşmasına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık kavramı şu şekilde tanımlanmıştır: “Sağlık yalnızca hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedence, ruha ve sosyal açıdan iyi hissetme halidir” (Arslantaş, 2013, s. 3).

Ayıkır (2014) çalışmasında, sağlık kavramını sosyal, siyasal, ekonomik ve evrensel haklar kapsamında gelişen bir kavram olarak yorumlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin belirleyici nedenlerinin kalıtsal, çevresel etmenler ile kişinin hayat koşullarına bağlı olarak şekillendiğini ifade etmektedir (Ayıkır, 2014, s. 3).

Aştı DSÖ’ nün sağlık tanımını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırmıştır (Aştı, 2012, s. 20).

➤ **Subjektif Sağlık:** Kişinin kendisini iyi hissetmediği durumlarda sağlık durumuna ilişkin çıkarımda bulunduğu subjektif yaklaşımlardır. Bireyin sağlık durumunu tanımlaması kendi yaşam koşulları içerisinde ve bakış açısı doğrultusunda değişmektedir. Bazı kişiler farklı hastalıklara eş zamanlı olarak sahip olduklarında kendilerini sağlıklı olarak tanımlarken, bazı kişiler ise nesnel olarak hiçbir hastalığı olmamasına karşın kendilerini hasta olarak değerlendirebilmektedir. Bu nedenle kişilerin sağlık algıları psikolojik, biyolojik ve sosyal durumlarından kaynaklı olarak farklılıklar gösterdiği gözlemlenmektedir. (Aştı, 2012, s. 20).

➤ **Objektif Sağlık:** Kişinin sağlık tetkikleri ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlıklı olma durumudur. Kişiyi sağlıklı olarak addetmek için kendisinin subjektif çıkarımları ile sağlık tetkiklerinin sonuçları paralellik göstermesi gerekmektedir (Aştı, 2012, s. 20).

1.2. Sağlık Sistemleri

Dünya Sağlık Raporu 2000 (DSR, 2000) kapsamında sağlık sisteminin umumi öğelerini ve sınırlarını içeren tanımlama “sağlık sisteminin ana misyonu

sağlığın iyileştirilmesine, korunmasına ve geliştirilmesine yönelik gerekli bütün etkinlikleri kapsamaktadır” şeklindedir (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005, s. 4).

DSÖ raporunda sağlık sisteminin ana misyonu doğrultusunda sağlığı geliştirmek, talepleri karşılıyor olmak ve finansal yeterliliğin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu misyon sistemin katkı sağladığı sosyal amaçlar kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık sistemlerinin sosyal amaçları şu şekilde tanımlanmıştır (Yıldırım, 2012):

- **Sağlığı yükseltmek:** Toplum sağlığını daha iyi olmasını sağlamak ve yükseltmektir.
- **Yeterlilik:** Toplumun sağlık tedavisi için gerekli olan tüm beklentilerin karşılanmasına odaklanılmasını içermektedir.
- **Saygınlık:** Bireyin kendi sağlığı için kararlara katılmasını, bireysel sağlık bilgilerine erişim seviyesinin kendisi tarafından belirlenmesini, sağlık durumunun gereklilikleri doğrultusunda zamanlı ve kapsamlı hizmet almasını kapsamaktadır.
- **Eşitlik:** Tüm hizmetlerin kişilerin sağlık durumu doğrultusunda eşitlik ilkesi ile sağlanması ve kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık tedavisi kaynakların oluşturulmasıdır.

1.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin içeriği ve amaçları 1978 yılında Kazakistan’ın Alma-Ata kentinde gerçekleştirilen “Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı” ile şekillenmiştir. Alma-Ata bildirgesindeki Temel Sağlık Hizmetleri tanımına göre: TSH, bilimsel ve uygulama açısından temelleri sağlam olan, toplumsal açıdan kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, bireylerin ve ailelerin iştiraki ile evrensel düzeyde sunulan erişilebilir hizmetlerdir; sağlık sisteminin olduğu kadar iktisadi ve toplumsal gelişiminin bütünleşmiş bir parçasıdır. TSH, geneli kapsayan, örgütlenmenin ilk anahtarı olan bir faaliyetler topluluğudur (Arslantaş, 2013, s. 3).

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve tedavisi adına gerekli olan tüm unsurları kapsayan bir bütün olarak tanımlanabilmektedir. Bu bütünün içerisinde ana

hatları ile koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde değerlendirilmektedir (Akdur, 1999, s. 5).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. Maddesinde Sağlık hizmetleri şu şekilde ifade edilmektedir:

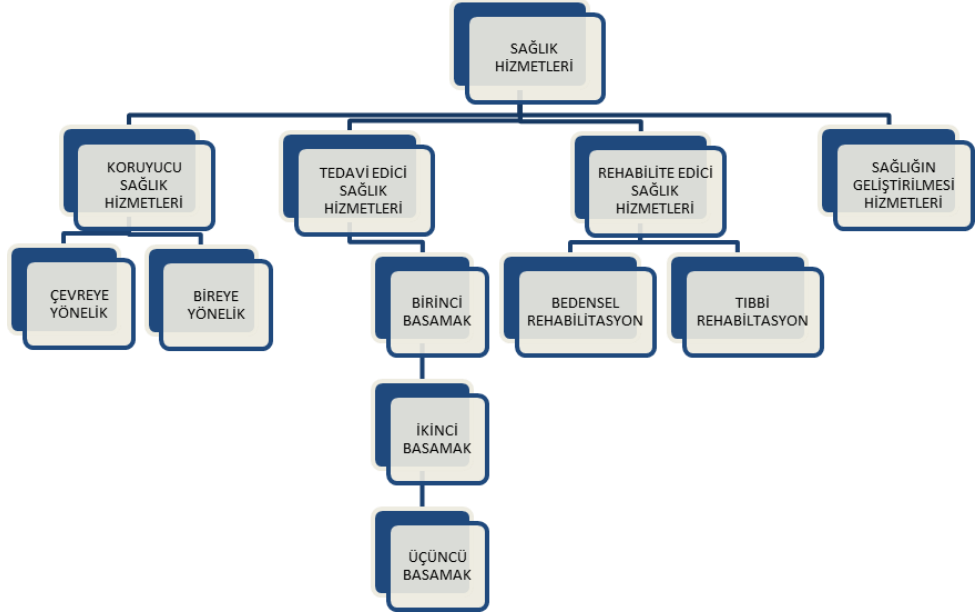
“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Anayasa'da yer alan 56. Maddede belirtildiği gibi, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanması yasal hak olarak ifade edilmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin amaçlarına değinilecek olunursa; Sağlığı yükseltmek, korumak ve tedavi etmek için gerekli finansal katkıyı ve gereksinimlerin yeterliliğini adil olarak sağlanmasıdır (Sözen, 2002, s. 2).

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunmasına yönelik hizmetler, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler olmak üzere dört ana başlıkta incelebilmektedir (Şahar, 2015, s. 5).

Şekil 1.1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunmasına yönelik hizmetler sağlığın gelişimini, mevcut ve olası hastalıklar ile sakatlıkların önlenmesini sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetlerle oluşabilecek hastalıklara karşı tedbirlerin alınması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda gerek duyulan önlem ve tedavilerin oluşturulması, hasta ve hasta yakınlarına bu konuda danışmanlık ve eğitimler verilmesi, sağlığı korumaya yönelik olası hastalıklara sebebiyet verebilecek bireylerin yaşam stillerinde gerekli değişiklikleri yapmasına yönelik teşvik edilmesi sağlanmaktadır.

Sağlığın korunmasına yönelik hizmetlerde görevli hekimler de koruyucu hekim olarak karşımıza çıkmaktadır. Koruyucu hekimlik ile klinik hekimlik yaklaşımları farklıdır. Koruyucu hekim toplumsal düzeyde hizmet sunmaktadır ve klinik hekime gerek duyulacak düzeye ulaşmadan hastalıkların risk potansiyellerinin azaltılmasını ve önlenmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda koruyucu tedavi ile klinik tedavinin entegre bir bütün olduğu söylenebilir. Fakat uygulama açısından koruyucu

hizmetler ve klinik hizmetler farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar Tablo 1.1’de verilmiştir (Basan ve Bilir, 2016, s. 45).

Tablo 1.1: Tedavi Edici ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Arasındaki Farklar

Tedavi Edici Hizmetler	Koruyucu Hizmetler
Kişiyeye özel hizmet	Toplum düzeyinde hizmet
Patolojik değerlendirme	Riski belirlemek
Sağlığı geri kazandırmak	Riski azaltmak, hastalanmayı önlemek
Kişisel hizmet etiğini teşvik	Toplum için sorumluluk
Klinik müdahale hakimidir	Klinik müdahale eşliğinde, davranışsal ve sosyal müdahaleler önemlidir

Kaynak: (Basan ve Bilir, 2016)

Koruyucu hizmetler daha az finans ve çaba ile daha fazla kişinin sağlığının korunmasını sağlamaktadır. Koruyucu hizmetler teoride, tedavi hizmetlerinden daha etkindir fakat pratikte toplumsal düzeyde etkileri ölçülebilse de bireysel düzeyde yetersiz kalmaktadır. 1981 yılında ilk olarak Geoffrey Rose (1926-1993) tarafından bu durum ile ilişkili “önleme çelişkisi (prevention paradox)” kavramı ortaya atılmıştır (Basan ve Bilir, 2016, s. 45)

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun hastalıklardan korunması ve sağlığın sürdürülmesi için, verilen planlı hizmetleri kapsamaktadır. . “Koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun tamamı esas alınmakta ve buna yönelik hizmetler planlanmaktadır. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi T.C. Sağlık Bakanlığına aittir. Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı tehdit eden faktörlerin önlenmesi ve toplumun tamamına yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini, devlet karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir” (Orhaner, 2006, s. 3).

Koruyucu sağlık hizmetleri, primordial koruma, premier koruma, sekonder koruma, tersiyer koruma ve kuaterner koruma olarak beş düzeyde incelenmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat, ve Işık, 2009, s. 45-47);

Primordial koruma; Risk faktörlerinin oluşmasından önce önlemek amaçlanır.

Primer koruma; Risk faktörlerini ortadan kaldırmak ve bertaraf edilmesi amaçlanır.

Sekonder koruma; Hastalıkları zamanında yakalamak, erken tanı oluşturmaktır.

Tersiyer koruma; Primer ve sekonder koruma süreçlerinden faydalanamayan hastalar için en doğru zaman içerisinde en uygun tedavinin gerçekleştirilmesini amaçlar.

Kuaterner koruma; Bu koruma ile gereksiz olan tedavilerin önüne geçilmesi amaçlanır. İlaçların ve tedavilerin akılcı kullanımına yönelik geliştirilmiştir. Örneğin enfeksiyon hastalıklarında kullanılan antibiyotiklerin her üst solunum yollarında tüketilmesini önlemek amaçlı korumadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ile olası hastalıkların önlenmesi, riskleri azaltarak hastalıklar öncesinde uygulanan hizmetleri kapsamaktadır. Bu doğrultuda hastalıklardan kaynaklı can kayıplarının önüne geçilmesi ve devletin sağlık bütçesine ekonomik katkı sağlanmaktadır. Bunun yanında Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır (Ünal, 2013, s. 93).

Kişilere yönelik koruyucu hizmetler;

- Başıklama,
- İlaç koruma,
- Erken tanı,
- Beslenme,
- Aile planlaması,
- Sağlık eğitimi,
- Kişisel hijyendir

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler;

- Yeterli ve temiz içme suyunun sağlanması,

- Atıkların kontrolü,
- Besin hijyeni,
- Konut hijyeni,
- Hava kirliliği ve gürültü kontrolü,
- Vektör kontrolüdür.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin özelliklerini özetleyecek olursak; Hastalıkların kendisine karşı yapılan mücadele niteliğinde olan koruyucu tedaviler ile hastalıkların önlenmesi ve risklerin azaltılması, daha az ekipman ve basit teknolojiler ile daha etkin sonuçlar elde edilerek toplumsal düzeyde can kayıplarının önlenerek azaltılması ve klinik tedaviye ihtiyaç duyulmadan zamanında ve hatta öncesinde tedbirler alınıp çözümler üretilmesi doğrultusunda devletin sağlık bütçesine katkı sağlanmaktadır (Akdur, 1999, s. 6).

1.3.1.1.1. Çevresel Ölçekte Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevresel ölçekte koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında insan sağlığı açısından risk teşkil edebilecek etmenleri kontrol altında tutma, oluşumları engelleme ve azaltma yer almaktadır.

Çevresel ölçekte sağlığın korunmasına yönelik hizmetlerin başında temiz içme suyu, atıkların zararsızlaştırılması, hava kirliliğinin en az düzeye indirilmesi, radyasyonun ve gürültünün azaltılması gibi çevresel faktörlerle mücadele gelmektedir. Yeterli ve temiz içme suyu şehirlerin şebeke sularından elde edilmektedir. Bu suyun temiz olma durumunu sağlamak adına gerekli olan bakımların yapılması ve denetlenmesi gerekmektedir. İnsanın yaşadığı çevrenin ve konutun hijyeni ile tükettiği gıda hijyeni diğer bir önemli koruyucu hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Çevre hijyeni anlamında evsel, endüstriyel, hastane ve diğer tehlikeli atıkların kontrollü bir şekilde toplanıp uygun bir alanda ve uygun yöntemler ile imha edilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra vektörel hastalıklara sebebiyet veren haşerelerin kontrolünün sağlanması çevresel hijyen açısından oldukça önemlidir. Aynı zamanda kentleşme ve sanayileşmenin kontrolünü sağlayarak insanların biyolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyecek hava kirliliği ve

psikolojik açıdan olumsuz etki edecek gürültüden izole etmek korucu hizmetler arasında yer almaktadır. Yaşanılan evlerin sağlık koşullarına uygun, doğal ışık alan, temiz ve risksiz yapılar olması konut hijyeni açısından sağlanmalıdır. İnsanların tükettikleri sebze, meyve, et gibi gıda ürünlerinin üretim ve temin koşullarının yetkili uzmanlar tarafından kontrolü insan sağlığını korumakta büyük önem taşımaktadır (Akdur, 1999, s. 5).

Bu koruyucu hizmet çeşitleri sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur. Sağlık sektörünün bu konudaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir (Akdur, 1999, s. 5).

1.3.1.1.2. Bireysel Ölçekte Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylere yönelik hastalıklara karşı sağlanan koruyucu sağlık hizmetleri ile toplumsal ölçekte hastalık ve hastalıklara yakalanma oranının ve risklerinin azaltılması sağlanmaktadır. Bu bağlamda toplumdaki her bireye verilen sağlık eğitimleri ve bilgilendirmeler, kişinin kendi beden ve ruh sağlığı bütünlüğünü korumalarında oldukça önemli bir faktördür. Sağlık eğitimleri ile bilinçlenen birey kişisel hijyenine dikkat eden, düzenli ve dengeli beslenmenin biyolojik ve psikolojik açıdan önemini bilincinde, hastalıkların erken tanı konusunda önemini farkında, aile planlamasına yönelik bilgiye sahip dolayısı ile hastalıkların önlenmesi ve tedavisi konularında farkındalık kazanmaktadır (Akdur, 1999, s. 5-6).

1.3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi amaçlı hizmetler sağlık durumları bozulan kişilerin sağlıklı düzeye ulaşmaları için yapılan uygulamalardır. Tedavi hizmetleri uygulamaları üçe ayrılmaktadır; birinci basamak (ayakta tedavi), ikinci basamak (yatarak tedavi) ve üçüncü basamak belirli konularda bünyesinde araştırmalar yapan ve uzmanları kapsayan hastane ve üniversitelerdeki tedavi uygulamalarıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak uzman hekim sorumluluğunda, diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışmasıyla sunulmaktadır (Arslantaş, 2013, s. 15).

Tedavi edici sağlık hizmetleri tüm hastalıkların, fiziksel sakatlıkların ve psikolojik hastalıkların iyileştirilmesinde ve düzeltilmesinde kullanılan tıbbi

uygulamaların bütününe kapsar. Bu hizmetlerin kapsamında ayrıca yapılması gerekli olan tüm sağlık tetkikleri de yer almaktadır. Bu bağlamda da maliyet konusunun ehemmiyeti olan bir hizmettir. Tedavi hizmetleri uygulama basamakları şu şekilde açıklanabilir (Ateş, 2012, s. 12);

Birinci basamak: Hastanın ilk başvurduğu kurumda tedavilerinin evde veya ayakta aldığı hizmetleri kapsamaktadır. Bu kapsamda hizmet veren kurumlara: Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleri örnek olarak verilebilir.

İkinci basamak: Hastanın yatarak tüm tetkiklerinin yapılarak tedavisinin gerçekleştirilmesini kapsamaktadır. Özel klinikler, il ve ilçe hastaneleri bu kapsamda hizmet vermektedir.

Üçüncü basamak: En üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan kanser gibi belirli dallarda araştırmalar ve yöntemler geliştiren yataklı tedavi kurumlarında verilen tanı ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Dal Hastaneleri, Kanser ve onkoloji merkezleri ile üniversite hastaneleri bu hizmeti sunan kurumlara örnek olarak verilebilir.

Özetle hastalığın ve hastanın durumuna göre tedavi edici hizmet uygulamaları değişmektedir.

1.3.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık veya yaşanan kaza neticesinde bireylerin kaybettiği fizyolojik ve psikolojik iyi olma durumunun yeniden sağlanması kapsamındaki hizmetleri içermektedir. Bireylerin doğuştan veya geçirdiği hastalık ve kaza sonucunda oluşan sakatlıkların tedavisini sağlamak ve bireyleri yaşadığı bu durumdan dolayı psikolojik olarak kendini toplumdaki soyutlamasını önlemek ve anlamda destek vermek rehabilite hizmetlerin temel amacıdır. Aynı zamanda bireyin hayatını bu durumdan önceki kalitesinde yaşamasını sağlamak adına iş gücünün geri kazanılmasına yönelik komplike bir çalışmayı kapsamaktadır. Bu çalışmalar tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır (Çelik, 2013, s. 20);

➤ **Tıbbi rehabilitasyon:** Kişinin hastalık ve kaza sonucunda kaybettiği uzuvlar ve organlardan kaynaklı olarak oluşan bedensel sakatlıkların protez ve işitme cihazı gibi destekleyici ekipmanlar ile fonksiyonellik kazandırma ve kusurları en aza indirmeyi amaçlayan hizmetlerin bütünüdür.

➤ **Sosyal rehabilitasyon:** Psikologlar ve sosyal araştırmacılar gibi uzmanlardan oluşan bir ekiple bedensel olarak sakat kalmış kişilerin öncelikli olarak günlük hayatlarındaki aktivitelere aktif olarak katılmalarını ve ekonomik açıdan bağıllık duymamaları için iş kaybını önlemek adına işe uyum sağlama veya durumu için uygun yeni bir işe adapte olmalarını sağlayan hizmetlerdir.

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamına bakım evlerinde sakat ve yaşlılara bakım ile huzurevlerindeki bakım hizmetleri de dahildir.

1.3.1.4. Sağlık Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler

Sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler kişinin iyi durumdaki biyolojik ve psikolojik sağlık durumunu hayat kalitesini ve süresini yükseltmeyi kapsar. Bu hizmetler kapsamında sağlık eğitimi de yer almaktadır. Sağlık eğitimi, kişilerin sağlığını korumalarında bilinçlendirmek açısından oldukça önemlidir. Sağlık eğitimleri ile bilinçlenen birey kişisel hijyenine dikkat eden, düzenli ve dengeli beslenmenin biyolojik ve psikolojik açıdan önemini bilincinde, hastalıkların erken tanı konusunda önemini farkında, aile planlamasına yönelik bilgiye sahip dolayısı ile hastalıkların önlenmesi ve tedavisi konularında farkındalık kazanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 39).

Bilinçli bireyler, toplum ölçeğinde sunulmakta olan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli bir etkidir. Katılım oranının çokluğu sağlık anlamında verilecek eğitimler ile hedeflenen amaçların sağlanmasında etkilidir. Tütün, alkol ve madde kullanımı gibi eğitimlerin düzenlenmesi ve toplumsal katılımın sağlanması ile yaşam kalitesini ciddi ölçüde etkileyen bu bağımlılıklara karşı katılımcıların bilinçlenmesi hem kendi hem de çevresinin sağlığına yönelik önemli katkılar sağlayacaktır (Şahar, 2015, s. 9).

1986 yılında gerçekleşen 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda yayınlanan Ottawa bildirgesinde sağlıklı davranışların bireylere kazandırılmasının toplum ölçeğinde etkili olacağından bu oluşumu hedefleyen ilkelere yer verilmiştir. Ottawa bildirgesinde sağlığı geliştirici hizmetler kapsamında sağlık kurumlarının yanı sıra bu bağlamda gelişebilecek taleplerin karşılanmasında diğer alanlardaki kurumlarında sorumluluğu üstlenmeleri gerektiği vurgulanmıştır. Sağlığın temel ön koşulları ve kaynakları: barış, stabil bir ekosistem, barınma, gelir, gıda, eğitim ve toplumsal eşitlik olarak ifade edilmiştir. Ottawa bildirgesinde sağlığı geliştirme etkinlikleri olarak aşağıdaki ifadeler yer verilmiştir (Şahar, 2015, s. 10);

- Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak,
- Destekleyici çevreler oluşturmak,
- Toplum etkinliklerini güçlendirmek,
- Kişisel becerileri geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek
- Sağlığı korumak ve geliştirilmek, devletlerin doğru sağlık politikaları doğrultusunda toplumun, sağlık ve diğer kurumların katkıları ile mümkündür.

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin özelliği hizmeti alan hastaların taleplerine göre değişiklik göstermektedir. Hastalıklar tedavi gereksinimi oluşturduğundan devletlerin hizmet yükünü aza indirgenmesi ve toplumsal sağlığın oluşturulması adına sunulan hizmetlerin detaylı ve erişilebilir olması önem arz etmektedir. Ülkelere ve toplumlara göre değişiklik gösteren sağlık hizmetlerinin son dönem teknolojiye sahip olması ayrıca önemlidir (Şahar, 2015, s. 10-11).

Beverles A. Myers, şu görüşleri dile getirir : “Sağlık hizmetleri bütünlük içermeli ve koordinasyonlu bir biçimde yerine getirilmelidir. Myers, etkili sağlık hizmetinin üretim ve aktarımında önemsenmesi gereken şartları hizmetin etkinliği açısından önemli unsur olarak nitelendirmektedir (aktaran Uzkesici, 2002, s. 10). Bu şartların herhangi birinde oluşacak aksaklıklar kişi ve toplumların sağlıkları üzerinde istenen tesirin oluşmamasına neden olmaktadır (Şahar, 2015, s. 11).

Sağlık hizmetlerinin birçok özelliği mevcuttur. Bu kapsamda incelenen araştırmalar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Ateş, 2012, s. 4-5);

- Sağlık hizmetleri tüm kavramlara ve donanımlara sahip olmalıdır.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinin yetersizliği toplumsal problemlere yol açar.
- Sağlık hizmetleri kapsamını ve boyutunu hizmeti sunan yani hekim belirler.
- Sağlık hizmetlerinde sağlanması hedeflenen kaliteyi belirlemek güçtür.
- Sağlık hizmetlerinin çıktısını belirlemek zordur.

Sağlık hizmetlerinin özelliklerinin performans içerikleri kolay erişilebilirlik, kalite, devamlılık ve verimlilik olarak sıralanabilir.

1.3.2.1. Kolay Erişilebilirlik

Hizmetin gereksinime uygun, doğru kişiye, doğru zamanda sunulması hizmetin kolay kullanılabilirliğini artırmaktadır. Hizmetin kolay ulaşılabilirliği hizmeti veren ve hizmeti alan kişi açısından önemlidir. Hizmetten yararlanan hastalar açısından kolay kullanılabilirlik, ihtiyaç duyduğu hizmete yeterli miktarda ve erişilebilir olmasıdır. Hizmeti verenler açısından ise ihtiyaç duyulan ilaç, görüntüleme ve analiz gibi teknolojik ekipmanlara kolay erişimdir. Hizmeti verenler açısından oluşturulan kolay kullanılabilirlik hizmetten yararlanmak isteyen hastaların beklentilerini karşılamak ve doğru hizmeti zamanında alması açısından önem taşımaktadır (Demirel, Yoldaş, ve Uslu Divanoğlu, 2009, s. 6).

Sağlık hizmetlerine kolay erişen ve doğru hizmetten zamanında faydalanan hastaların hizmete karşı memnuniyeti bu doğrultuda olumlu olacaktır. Bu nedenle kolay kullanılabilirlik hem hizmeti sunan hem de hizmeti talep eden taraf için eşit ölçüde uygunluk göstermesi gerekmektedir. Aksi halde hizmeti sunanlar için hastalığın iyileştirilmesi açısından tanı ve tedavi anlamında yetersiz kalınması, talep edenin memnuniyetsizliğinin yanı sıra sağlık durumu ile alakalı risklere maruz kalmasına neden olacaktır (Şahar, 2015, s. 12).

1.3.2.2. Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı sağlık hizmetini sunan profesyonellerin kendi alanları ile alakalı güncel bilimsel bilgi ve donanımlara sahip olmaları ve bunları uygulayabilmeleri ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması hizmetlerin bilimsel standartlara ve bireylere uygun olması ile mümkündür (Aktan, 2007, s. 435-454).

Yapılanmalar kalite açısından oldukça önemlidir. Fakat bu reorganizasyonu yaparken hedefler iyi analiz edilmeli ve verimliliği artırmaya yönelik ihtiyaçlar doğru bir şekilde tespit edilerek yenilenmeli ve olası belirsizliklerden kesinlikle kaçınılmalıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinde hata tolere edilemezdir. Hizmeti talep eden hastanın hizmeti aldıktan sonraki memnuniyeti ile kalite anlayışı şekillenmektedir (Şahar, 2015, s. 13).

1.3.2.3. Devamlılık

Sağlık hizmetlerinin tanı ve tedavi sürecinden ibaret değildir. Bireyin ve toplumun sağlık durumları tedavi sürecinden sonra takibinin yapılması, geliştirilmesi ve ihtiyaç olan tedbirlerin sağlanması sağlık hizmetlerinde devamlılığı tanımlamaktadır (Şahar, 2015, s. 14).

Hizmetin kişiye odaklı olarak sürekliliğinin sağlanması bireyin sadece hastalığının iyileştirilmesi ile değil, sağlık durumunun yükseltilmesi ile mümkündür. Bu da koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre sunulmasıyla sağlanmaktadır (Şahar, 2015, s. 14).

Sağlık hizmetlerinin sürekliliği için hizmeti sunan kurumlar ile sunulan hizmetler arasında iyi bir koordinasyon içinde olmalıdır. Bu koordinasyon bölgesel ve milli ölçekte sağlık hizmetlerinin planlanması ve organize edilmesi ile sağlanabilir. Ayrıca hizmeti sunan kurumlar arasında sağlanan koordinasyon ile sağlık hizmetlerinin sürekliliğine katkı sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinde sağlanan kalite ve süreklilik ile müşteri memnuniyeti üst seviyede tutulabilir (Şahar, 2015, s. 14).

1.3.2.4. Verimlilik

Sağlık hizmetlerinde verimlilik kavramı bir herhangi bir işletmenin verimliliğinden farklı bir anlam taşır. Buradaki verimlilik, zararın en aza indirilmesi, eldeki kaynakları ekonomik kullanarak kazanç elde edilmesi değildir. Tüm bireyleri hastalıktan korumak, koruyucu sağlık anlayışıyla erken teşhis ve tedavi olanaklarını kullanarak bunun sonucunda hasta sayısını olabildiğince azaltmaktır (Pişkinsüt, 1994, s. 92).

Sağlık hizmetlerinde verimlilik konusu diğer hizmet konularında olduğu gibi son derece önemli bir faktördür. Sağlıkta verimliliğin sağlanabilmesi için ülke şartlarını, sağlık sistemlerini, bu hizmetlerden yararlanan toplumun tüm bireylerinin yaşam biçimlerini çok iyi özümsemek, acil ve öncelikli konuların saptanması ve bu doğrultuda bilinçli plan ve program oluşturulması, ileriye dönük kalkınma sürecini ve adımlarını kavramak ve bunu uzun vadede değerlendirebilmek, nitelikli insan gücü yetiştirmek ve performansın artırılması için ihtiyaç analizi yapılması, hizmeti alan tüm bireyler ile karşılıklı olarak sevgi ve güven ortamı yaratılması gerekmektedir (Pişkinsüt, 1994, s. 92).

Kaynakların verimli ve ekonomik olarak kullanılması sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasına olanak sağlar. Bu durum kurumun yönetim politikası ve sağlık yöneticilerine bağlıdır (Can ve İbicioğlu, 2008, s. 253). Ayrıca sağlık hizmetlerinin verimliliği için kurum bünyesinde çalışan sağlık personeline statüsü ve deneyimi doğrultusunda yeterli ücret politikası gözetilmelidir (Özer ve Bakır, 2003, s. 122).

Verimliliğin sağlanmasında önemli rol oynayan yöneticiler, kurumun içerisinde bulunan sağlık çalışanlarının performanslarını sürekli olarak analiz etmeli ve sağlık alanındaki güncel teknolojik bilgiler ve uygulamaları kapsayan sürekli eğitim programları düzenleyerek, verimliliği artırıcı etkinlikler organize etmelidirler (Şahar, 2015, s. 15).

1.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları

Sağlık hizmetlerinin temel ögeleri plan oluşturma, teşkilatlanma, personel istihdamı, finansal kaynaklar organizasyonu, koordinasyon, oryantasyon ve denetimdir. Plan oluşturma, koordinasyon, oryantasyon ve denetleme sağlık hizmetlerinin yapılanma sürecinin olmazsa olmazlarıdır. Sunulacak hizmetlerin yönetim anlayışını oluşturan bu ögeler değiştirilemez. Teşkilatlanma, personel istihdamı ve finansal kaynaklar organizasyonu sağlık hizmetlerinin ekonomik dinamiklerini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde plan oluşturma, koordinasyon, oryantasyon ve denetleme amaç niteliğinde, örgütlenme, insan gücü yetiştirme ve çalıştırma ve finansman unsurları ise araç niteliğindedir (Akdur, 1999, s. 9).

1.3.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

Örgütlenme kavramı herhangi bir alanda veya sektörde hedeflenen amaçlara ulaşmaya yönelik planların belirlenmesi ve bu grupta iş birliği olacak kişilerin veya birimlerin yetki ve sorumlulukların düzenlenmesi anlamına gelmektedir. Bu tanımdan yola çıkılarak hedeflenen amaç doğrultusunda oluşturulan tüm birim ve ögelerin denetlenmesine örgütlenme denir. Örgütlenmenin en mühim ögesi kaynaklardır. Kaynak türüne göre örgütlenmenin kamu veya özel olduğu değerlendirilebilir (Akdur, 2006, s. 20).

Hizmet sektörlerindeki örgütlenmeler biçimlerine göre tek başına kullanılabilirken iç içe geçmiş olarak da kullanılabilir. Buna örnek olarak sağlık sektöründe kamu birimleri ve özel birimlerin entegre biçimde sağlık hizmetleri sunması gösterilebilir (Akdur, 2006, s. 20-21).

1.3.3.2. Sağlık Hizmetlerinde İnsan gücü Yetiştirme ve Çalıştırma

Personel istihdamı yetiştirmek, çalıştırmak ve haklarının korunması gibi konuları kapsamaktadır. Gerçekleştirilen örgütlenmeler neticesinde iş gücü imkanı oluşur. Sağlık alanındaki örgütlenmeler ile sağlanan personel istihdamı çerçevesinde teşkilatın biçimi, çalışma ortamı ve koşulları ile hakların korunması sunulan sağlık

hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyen unsurlardır. Personel istihdamı oluşumu kamu ve özel örgütlenmeleri ile sağlanmakla beraber istihdam edilecek insan gücü sayısının, niteliğinin ve ücretinin ne olacağı piyasa koşulları doğrultusunda şekillenmektedir (Akdur, 2006, s. 21).

1.3.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlık hizmetleri reorganizasyonun en önemli temel ögesi finansmandır. Hizmetlerin finansman kaynakları en doğru ve işleyebilir şekilde organize edilmelidir. Kaynakların eksik veya verimsiz şekilde kullanılması hizmetlerin başarısız ve kalitesiz olmasına sebebiyet vereceği için organizasyonu oldukça önem taşımaktadır. Finansman başlıca dört yöntem ile gerçekleşmektedir; kamu genel bütçesi kaynaklı finansman, zorunlu sosyal sigorta kaynaklı finansman, özel sigortacılık veya kapalı ağ sistemi ile hizmet sırasında bedel ödemedir (Akdur, 2006, s. 21):

- **Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman:** Vatandaşlardan elde edilen vergiler doğrultusunda oluşturulan bütçedir.
- **Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman:** Sosyal güvenlik kapsamında işverenlerden elde edilen bütçedir.
- **Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi:** Kişilerin bireysel olarak özel sigorta şirketlerinden satın aldıkları sağlık poliçeleri kapsamında oluşan bütçedir. Kapalı ağ sistemi sağlık hizmeti üreten hekimlerce kurulmuş şirketlerden oluşmakta olup ön ödeme ile sağlık hizmeti bu şirketlerden tarafından verilir.
- **Hizmet Sırasında Bedel (Ücret) Ödeme:** Bu yöntemde kişi hizmetin bedelini aldığı anda kendisi öder.

Bu dört yöntemden, kamu genel bütçesi kaynaklı finansman esas kaynak olarak uygulanmaktadır. Fakat diğer finansman kaynakları tek başına uygulanamamaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin devlet bütçesinden karşılanması zorunludur. Diğer kaynaklar bu durumda kamu bütçesini destekleyici niteliğindedir. Ücretlendirilemeyen birçok sağlık hizmeti olduğundan birden fazla finansman

kaynağı ile yürütülen sağlık sektörünün finansal statüsünü net biçimde değerlendirmek neredeyse imkansızdır (Akdur, 2006, s. 22).

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1. Sağlık Politikaları

Politika kavramı, belirleyiciler tarafından çeşitli konulara ve bu konuların gelişimlerine ilişkin belirledikleri hedefleri ve amaçları doğrultusunda aldıkları kararları kapsamaktadır. Bir hizmetin nasıl, ne şekilde ve hangi koşullarda devlet tarafından sağlanacağı devletin politikaları ile şekillenmektedir. Bu tanımlamadan yola çıkılarak sağlık politikası kavramının devletin sağlık sistemine, kurumlarına, finansmanına ve sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik kararları olarak ifade edilebilir (Akdur, 2006, s. 17).

Bir ülkenin sağlık politikasının doğruluğu ve verimliliği toplumun sağlık göstergeleri ile ölçülür. Çevresel ve sosyo-ekonomik etkiler sağlık politikalarında etkileyici unsurlar olarak değerlendirilmektedir. Toplumun dinamikleri politikaların belirlenmesinde ve şekillenmesinde belirleyici niteliktedir. Bu sebeple aynı devletin sağlık sektörü içerisinde bulunan birimlerinde izlediği stratejiler farklı olabilmektedir. Bu durum birden fazla yapılanma özelliği oluşmasına ve devletin sağlık politikalarının çok çeşitli olmasına sebebiyet vermektedir. Farklı stratejiler ile oluşturulan yapılanmalar ağırlıklı olarak aşağıda anlatılacak olan iki kavrama dayalı olarak gerçekleşmektedir (Akdur, 2006, s. 17-18).

Kavramların içeriklerine değinilecek olunursa; öncelikli olarak sağlık politikalarının toplumsal olgu kavramı ile yapılanması değerlendirilmektedir. Çünkü devletlerin öncelikli politikaları toplum düzeyinde oluşturulmaktadır. Bu olgu ile devlet temel insanlık hakkı olan sağlık hakkına ilişkin politikasını toplumun geneline eşit şekilde yararlanması üzerine oluşturmaktadır. Bir diğer kavram kişisel olgu üzerinden yapılanan politikalar. Toplum ölçeğinden kişi düzeyinde yararlanılacak hakların arz-talep dengesi içerisinde bireylerin sağlık hizmetlerinden fırsatlar nispetinde faydalanmasını amaçlayan politikalar (Akdur, 2006, s. 18).

Toplumsal olgu ve bireysel olgu kavramları sağlık politikalarının temelini oluşturmakla beraber bu alandaki teşkilatlanmayı, kaynakların oluşturulmasını ve

belirlenmesini, uygulamaların içeriğini ve hizmetlerin sunum yöntemlerini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Bu kavramlara göre uygulanan sağlık politikalarının finans kaynakları da değişmektedir. Toplumsal olgu ile sunulan hizmetlerin finansmanı kamu bütçesinde sağlanırken, bireysel olgu ile oluşturulan sistemde özel sağlık sigortacılığı ile finansman kaynak sağlanmaktadır (Akdur, 2006, s. 18).

Özetle bir ülkenin sağlık politikalarının içeriğini sistem, kurumlar, hizmetler ve finansal kaynaklar oluşturmaktadır. Bu başlıkların alt parametrelerini çevresel ve sosyo-ekonomik durumlar oluşturmaktadır. Ülkenin toplumsal dinamiklerine yönelik yukarıda belirtilmiş olan ana başlıklar altında toplumsal ve bireysel ölçekte yapılanmalar ile ülkenin sağlık politikaları şekillenmektedir (İleri, Seçer, ve Ertaş, 2016, s. 177). Bu yapılanma süresi boyunca insanların temel hakkı olana sağlık hakkının korunması devletlerin sorumluluğundadır. Gelişmeler oluşturulurken mevcut hizmetin kesintisiz ilerleyişi toplumsal sağlık açısından oldukça büyük önem taşımaktadır (Görmüş, 2013, s. 17). Bu anlamda Türkiye’de de sağlık politikalarını belirli dönemlere ayırarak incelemek mümkündür.

2.2. Türkiye’deki Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de cumhuriyet öncesi dönemde asker ve saray çevresinde odaklı ilerleyen sağlık hizmetleri, sonrasında yaşanan savaşlar, TBMM ve Cumhuriyet’in ilanı, Dünya’da yaşanan sosyo-ekonomik gelişmeler, refah devleti ve sosyal devlet akımları, sonrasında gelişmeye başlayan neo-liberalizm ve sağlığın dönüşüm süreçleri ele alındığında sağlık politikalarını dönemlere ayırarak incelemek doğru olacaktır (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 48).

2.2.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Politikaları

Osmanlı İmparatorluğu döneminde monarşi sisteminden kaynaklı olarak sağlık hizmetleri saray ve orduya yönelik olmuştur. Dönemin sağlık işlerini düzenleyen Hekim başı kurumu sağlık personellerinin atamalarını gerçekleştirmekteydi. Saray ve ordu haricindeki kitleler genellikle serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almaktaydılar. Selçuklular döneminde

sağlık hizmeti dernekler tarafından sağlanmaktaydı. Ayrıca askeri hekimler tarafından İstanbul, Bursa, Selanik gibi büyük kentlerde halka sınırlı olmakla birlikte ücretsiz hizmetler verilmekteydi. Sağlık konusu devletin öncelikli görev sıralamasında bulunmuyordu (Kasapoğlu, 2016, s. 133).

Osmanlı döneminde 19.yy da Batı'ya yönelme ile sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak sunulmaya başlanmıştır. II. Mahmut tarafından “Yeniçeri Ocağı”nın yerine “Nizam-ı Cedid” sistemine geçilmesi ve bu doğrultuda kurulan “Tıphane” ile ilk tıp eğitimi gerçekleştirilmiştir. 1831 yılına gelindiğinde tıp okulunun adı Mekteb-i Tıbbiye olarak düzenlenmiştir. Bu okulda düzenlenen eğitimlerde teoriden pratiğe geçiş hedeflenmiş fakat kadavra kullanımı halkın tepkisinden çekinildiği için problem oluşturmuştur (Bardakçı, 2013). 1849 yılına gelindiğinde ‘Reisul Etıbbâ’ kurumu kaldırılarak tüm yetkileri ‘Tıbbiye Nezareti’ne devredilmiştir. 1862 yılında çıkarılan bir nizamname ile hekimlerin tıp okulundan mezun olma şartı getirilmiştir (Kasapoğlu, 2016, s. 134).

Özetle saray ve askeri merkezli sağlık hizmetleri Osmanlı'nın Batı'ya yönelmesi ile merkezden taşraya hizmet sunan bir yönetim sağlanmıştır. Bu yönelim doğrultusunda 1867 yılında yayımlanan nizamname ile artık umumi yönetim teşkilatlanmasında sağlığa da yer verilmiştir. 1870 yılında ilk merkezi birim (Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye) kurulmuştur. Sonuç olarak Birinci (1876) ve İkinci Meşrutiyet (1908) dönemleri sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığı dönemler olmuştur. İtalya'daki sağlık örgütlenmesi model alınarak 1914 yılında genel müdürlük örgütlenmesi bakanlığa dönüştürülmüştür. İlk önce İçişleri ile birlikte anılan bakanlık (Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti) daha sonra 3 Mayıs 1920'de Sıhhiye ve Muavenat-ı İçtimaiye Vekâletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) dönüştürülmüş ve sağlık temel bir devlet görevi haline gelmiştir (Kasapoğlu, 2016, s. 134).

Yıldırım Beyazıt tarafından 1399 yılında Bursa'da yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifası Osmanlı döneminin ilk hastanesidir. Bu dönemden 2. Mahmut devrine kadar Anadolu'da yaptırılan hastaneler arasında Edirne'de 2. Mahmud Cüzzam Hastanesi (1451), Fatih Darüşşifası (1470), Edirne Darüşşifası (1486), Cüzzam

Hastanesi (1514), Hafsa Sultan Darüşşifası (1530), Haseki Darüşşifası (1550), Süleymaniye Darüşşifası (1555), Toptaşı Akıl Hastanesi (1583) yer almaktadır (Atasever, 2014: 28). 2. Mahmud döneminden Cumhuriyet dönemine kadar yaptırılan önemli hastaneler arasında Haydarpaşa Hastanesi (1845), Zeynep Kamil Hastanesi (1862), Gülhane Askeri Hastanesi (1898), Şişli Çocuk Hastanesi (1899) ve Cerrahpaşa Hastanesi (1910) yer almaktadır (Atasever, 2014, s. 28).

2.2.2. 1920-1923 Dönemi Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerinin devletin asli görevi haline gelmesi Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışı ile gerçekleşebilmiştir. 3 Mayıs 1920 tarihinde ilk kurulan bakanlık Sağlık Bakanlığı olmuştur. Bakanlığın ilk ve öncelikli görevi sağlık hizmetlerinin artırılması, hizmetin daha yaygın kitlelere ulaşmasının sağlanması olarak hedeflenmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Müdürlükleri ve Hükümet Tabiplikleri kurulmuştur. Hizmetlerin sunumundaki organizasyon ve yönetim şeması belediyeler ve özel idareler tarafından yapılması planlanmıştır. Böylelikle Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da hastaneler inşa edilmiştir (Yazıcı, 2018, s. 131-132).

TBMM'nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Savaş sonrası dönem yaşanan bu gelişmeler o dağın savaşın yaralarının sarılmasına ve sağlık alanındaki gerekli yapılanmaların geliştirilmesine yönelik olduğunu göstermiştir (Akdağ, 2008, s. 14).

2.2.3. 1923- 1946 Dönemi Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerinin teşkilatlandırılmasında ve yaygınlaştırılmasında büyük katkıları olan Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam 1937 yılına dek görev yapmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutan Saydam, tedavi edici hizmetlerin lokal birimler tarafından sunulmasına yönelik bir örgütlenme oluşturmuştur. Bu dönemde 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkartılarak sağlık politikalarının ilkeleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda dikey teşkilat modeli ile koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamaların genişletilmesi, tedavi edici hizmetlerin koruyucu hizmetlerden

ayrıştırılarak geliştirmesi ve tıp eğitimi veren okulların açılarak hekim ve sağlık personellerinin sayısının ve niteliklerinin artırılması sağlanmıştır (Akdağ, 2008, s. 14).

Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın görev süresi boyunca sağlık alanında oluşturduğu politikaları özetleyecek olunursa (Akdağ, 2008, s. 15);

- Dikey örgütlenme modeli ile yönetimin tek elden sağlanması,
- Hizmet sunumunun organizasyonunu belediyeler ve özel idarelerce ayrıştırarak hizmet kalitesini ve erişilebilirliğinin sağlanması,
- Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune Hastanelerinin açılması,
- Hizmet veren sayısını artırmaya yönelik tıp eğitimi verilen okulların açılması,
- Bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele etmesi

Bu dönemdeki sağlık politikaları, sonraki süreçlerdeki sunulacak sağlık hizmetlerini temelini oluşturmakla birlikte, benimsenen sosyal devlet anlayışını yansıtan sağlık hizmetlerinde en iyi örnek çalışmalar görülmektedir. (Karabulut, 2007, s. 6).

2.2.4. 1946-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Dr. Refik Saydam'dan sonra Sağlık Bakanlığı görevine Dr. Behçet Uz gelmiştir. Uz ilk olarak "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"nı hazırlayarak 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunmuştur. Uz Planı olarak adlandırılan planın temel amacı sağlık hizmetlerinin bütünleşmesinin sağlanması ve hizmetlerin yurt genelinde yaygınlaştırılması olmuştur. Saydam döneminde oluşturulan yönetimlerin yerelde ilgili birimlerin sorumluluğunda olması, Uz'un planı içerisinde tam aksine yönetimin merkez tarafından yürütülmesine yönelik politikaları içermekteydi (Karabulut, 2007, s. 8).

Bu dönemde mesleklerin hukuki haklarının belirlenmesine yönelik kanunlar çıkarılmıştır; Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), Hemşirelik Kanunu (1954). Erken cumhuriyet dönemi olarak da ifade edilen

bu dönemde Ulusal Sağlık Planı ve Programları oluşturulmuş, koruyucu, tedavi edici ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları, ana çocuk sağlığı hizmetleri ve nüfus artışına yönelik politikalar uygulanmıştır (Karabulut, 2007, s. 8).

Bu dönemin en belirgin özelliklerinden birisi de insan kaynağını geliştirmek için sağlık ve eğitim kurumlarının açılması il ve ilçelerde sağlık merkezlerinin sayısının artırılması olmuştur. Ayrıca yerel yönetimlerin sahip olduğu hastanelerin yönetimi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Çalışanları sosyal güvenliğe kavuşturmak üzere Sosyal Sigortalar Kurumu ve Emekli Sandığı gibi kurumlar kurulmuştur. Çalışanların sağlığını korumak ve onların sağlık hizmetlerine kolay ve hızlıca erişebilmelerini sağlamak için işçi hastaneleri hizmete açılmıştır. Az sayıda olan hekimlerin kamuda tam zamanlı istihdamını sağlamak için kısmi zamanlı çalışmaları yasaklanmış, sağlığın finansman kaynaklarının düzenlenmesi, anne-bebek ölümlerinin ve enfeksiyonların azaltılması gibi sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine çalışılmıştır (Yılmaztürk, 2013, s. 180).

2.2.5. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1961 yılında çıkarılan “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon dönemi başlamıştır. 1960’lı yıllarda fiilen başlayan kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması 1980’lere kadar tüm ülkeye yayılmıştır. Bu dönem içerisinde toplumun tümü için geçerli olacak genel sağlık sigortası çalışmaları yapılmış ancak yasalaşmamıştır. Halkın sağlık hizmetlerine kolayca ulaşması ve kesintisiz hizmet sağlanması amacıyla 1978 yılında “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” çıkarılmış ve kamu kurumlarında çalışan hekimlerin muayenehane açması yasaklanmıştır. Bir başka ifadeyle, sağlık personelinin çalışma esasları işgücünü günün herhangi bir zaman diliminde yerine getirmek üzere yirmi dört saat sağlık hizmetine verecek şekilde düzenlenmiş, kısmi süreli çalışmaları yasaklanmıştır (Yazıcı, 2018, s. 132).

Ancak, 1980’de gerçekleştirilen Askeri Darbeden sonra çıkarılan “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile tam gün yasası

kaldırılmıştır. Kamu personeli olan hekimlere tekrar muayenehane açma serbestliği tanınarak kısmi süreli çalışmalarına izin verilmiştir. Bu dönemde de sağlık hizmetlerinin sunumunun tüm ülkeye yayılmasına ve kurumların birbiriyle entegre bir şekilde çalışmasının devamına çalışılmıştır. Hizmetler kademeli olarak sağlık evleri, ilçe ve il hastaneleri biçiminde örgütsel yapı ve hizmet sunumu ile varlığını sürdürmüştür (Yazıcı, 2018, s. 133).

2.2.6. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye de 1980’li yıllardan sonra, artan kamu harcamaları ve bu çerçevedeki sosyal harcamaların giderek artması sebebiyle sosyal devlet anlayışı yerine neo-liberalizm politikalarından etkilenmeye başlamış ve devletin sağlık hizmetlerindeki ağırlığı azalmaya başlamıştır (Gül, 2004, s. 131).

Sosyal harcamaların büyük bir kısmını oluşturan sağlık hizmetlerinde 1980’den itibaren yapılan değişikliklerde, dönem boyunca benimsenen neoliberal politikaların etkisi çok olmuştur. Sağlık alanında 1980’lerden başlayan değişiklikler sağlıkta dönüşüm programı hazırlıkları ve dönüşüm programlarının uygulanması olarak iki temel süreçle bağlantılıdır (Soyer, 2003,s. 301).

1980-2002 yılları arası sağlık hizmetlerindeki dönüşümün zemininin hazırlandığı dönemdir. Bu süreçte dönüşüme kaynaklık teşkil edecek mevzuatların çıkarılması için pek çok kanun taslağı hazırlanmış fakat kanunlaşmamıştır. Sadece, “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı” kanunlaşmıştır (Hamzaoğlu, 2007, s. 428).

Bütün bu girişimlerle birlikte, değişimin alt yapısını hazırlamak için Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” yapılmış, ulusal sağlık kongreleri düzenlenmiştir. 1992 yılında düzenlenmiş olan I. Ulusal Sağlık Kongresinde öneriler içeren dokümanlar II. Ulusal Sağlık Kongresinde tekrar sunulmuştur. Sağlık hizmetlerinde finansman sürecinin yeniden yapılandırılması, bilgi sistemlerinin revize edilmesi, insan kaynağı alanında farklı uygulamaları kapsayan öneriler, bu girişimleri destekleyen dönemin

Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın vefat etmesi dolayısıyla tasarı olarak kalmıştır (Bulut, 2011, s. 118).

1992 yılında 3816 sayılı Kanunla sosyal güvenlik ağı içinde bulunmayan ve geliri düşük olanlara yönelik yeşil kart uygulaması sunulmuştur. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinden faydalanma hususunda güçlük yaşayanlar sınırlı olarak sosyal güvenlik sistemine dâhil edilmiştir (Hamzaoğlu, 2007, s. 428).

Yeşil kart uygulamasının yanı sıra yine bu dönemde tıp fakültelerinin sayısının çoğaltılması ve sağlık alanında istihdamın artırılması diğer önemli gelişmelerdendir (Bulut, 2011, s. 118).

2.2.7. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İlk Temelleri

2003 yılından sonraki dönemde ise sağlık politikaları özel önem arz etmektedir. Çünkü 2002 yılında iktidara gelen AK Parti ile birlikte kurulan hükümet, daha önceki hükümetler tarafından, yaşanan krizler, ekonomik yetersizlik ve koalisyon hükümetlerin içerisindeki istikrarsızlık, hükümetin ani değişimleri gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinde tasarı olarak kalan değişim planlarını hayata geçirmeye başlamıştır. Söz konusu hükümet hazırladığı “Acil Eylem Planı”nda sağlık hizmetlerinde değişim yapacağını vaat etmiştir. 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık hizmeti uygulamaları kapsamında öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri ve yönetimi tekrar düzenlenmiştir. Aile hekimliği modeline geçiş sağlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu hizmetler aile hekimliği tarafından sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yeterliliğini sağlamak amacı ile illerde kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik yeni uygulamalar geliştirilmiştir. Özel sektörü kamu iş ortaklığı yöntemi ile sağlık alanında yatırım yapmasına teşvik edilerek sağlık bütçesine pozitif katkılar sağlanarak hizmet verecek kurum sayıları artırılmıştır. Tüm vatandaşları genel sağlık sigorta kapsamına dahil ederek vatandaşların sağlık hizmetlerinden kesintisiz olarak faydalanılması sağlanmıştır. Geliştirilen e-sağlık

uygulamaları ile erişilebilirlik düzeyi artırılmıştır. Hükümetin, sağlık hizmetlerinde yapacağı değişiklikler de SDP ismiyle 2003 yılında kamuoyuyla paylaşılmıştır (Yazıcı, 2018, s. 133).

Kamuoyuyla paylaşılan SDP içeriğinin daha önceki hükümetlerin sağlıkta yapmak istediği değişikliklerle aynı hedef ve içeriğe sahip olduğu görülmektedir (Hamzaoğlu, 2007, s. 428). AK Partinin Acil Eylem Planı ve SDP'nin içeriğinde bir yıl içerisinde; devlet, sigorta ve kurum hastanelerinin birleştirileceği, idari ve mali yönden özerkliklerinin sağlanması için çalışmalar başlatılacağına yer verilmiştir. Programda ayrıca Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulmasına, aile hekimliğine geçilmesine, sevk zincirinin oluşturulmasına, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasına, özel sektörün ise sağlık alanında yatırımlar yapmasının özendirilmesine vurgu yapılmaktadır (Öztürk, 2017, s. 78-79).

Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki dönüşümü, daha çok yasal düzenlemeler ışığında ele alınmış olup SDP'nin içeriği doğrultusunda planlayan ve denetleyen bir Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinden yararlanma bakımından herkese yönelik bir genel sağlık sigortası, geliştirilmiş sağlık hizmetleri ve bütçe yönetimi açısından otonom yapıda sağlık birimleri olarak belirlenmiştir (Öztürk, 2017, s. 79). Bütün bunların uygulamaya geçirilmesi için de öncelikle mevzuatın değiştirilmesi gerekli hale gelmiştir. Yapılan yasal düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal ve istihdam yapısında değişim gerçekleştirilmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 150).

İlerideki bölümlerde daha ayrıntılı açıklanacağı üzere, KHK'ler ile Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı değiştirilmiştir. Özellikle sağlık personelinin sağlanmasına ilişkin sıkıntı yaşanan bölgelerde sözleşmeli sağlık personelinin çalıştırılması benimsenmiş, hekimlerin kamu kurumlarında kalmasının sağlanması için performans sistemi ve tamgün yasası kabul edilmiş, Kamu Hastane Birlikleri Kurulmuştur. Ancak sistemin işlememesi üzerine yeni KHK'ler ve Sağlık Bakanlığı'nın merkez ile taşra teşkilatları tekrar yapılandırılmış ve kamu hizmeti olan sağlık hizmeti piyasaya açılarak özel sektör yatırımları teşvik edilmiştir (Yazıcı, 2018, s. 134).

2.2.7.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Amaçları

SDP uzun yıllara dayanan bir politika taahhüdü olarak karşımıza çıkmaktadır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012, s. 173). Önceki yıllarda da sağlıkta reform hedefleri olmakla birlikte sağlık hizmetlerinde dönüşümün temelleri esas olarak Sağlık Bakanlığı, sektör temsilcileri, üniversiteler, meslek kuruluşlarının katıldığı 1992 ve 1993 yıllarındaki Ulusal Sağlık Kongreleri ile atılmıştır (Çırpıcı, 2015, s. 82) Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ortak çalışma yürütmüştür. Bu kapsamda yürütülen ve Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan SDP'nin hedefleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Yazıcı, 2018, s. 134):

➤ **Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı planlama ve denetleme açısından işlevsellik kazanacak biçimde yeniden yapılandırılacaktır.

➤ **Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası:** Sosyal güvenlik açısından toplumun tümünü kapsayan genel sağlık sigortasının kurulacak özel sigortacılık ise gelişimi için desteklenecektir.

➤ **Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi:** Birinci basamakta yer alan sağlık hizmetleri ile koruyucu hizmetlerin sunumu etkinleştirilecek; etkin ve aşamalı olarak aile hekimliği kurulacaktır. Bununla birlikte, yönetsel açıdan otonom sahibi sağlık kuruluşları oluşturulacaktır.

➤ **Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluşturulması:** Sağlık personelinin bilgi, becerileri ve motivasyonlarının artırılması için faaliyetler gerçekleştirilecektir.

➤ **Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının kurulması:** SDP'yi gerçekleştirmek için gerekli analiz ve araştırmalar yaparak devletlere danışmanlık edecek, mezuniyet sonrası da sağlıkta ihtiyaç duyulan insan gücüne eğitimler verecek bir kurumsal yapı oluşturulacaktır. Bu kurumsal yapı aynı zamanda Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacak, tıpta uzmanlık eğitiminin gerekliliklerini planlayıp denetimini sağlayacak bir kurumsal yapı olacaktır.

➤ **Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon hizmetlerinin oluşturulması:** Bu konu ile ilgili olarak sağlık hizmet ve organizasyonlarının sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi uygulamaları sadeleştirmek ve artan maliyetlerin azalması amacıyla uygun standartları oluşturmak amaçlanmaktadır. Oluşturulan standartlar ise iç ve dış denetçiler aracılığı ile incelemeye tabi tutulacak ve eksiklikler giderilecektir.

➤ **Akılci ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma gerçekleştirilmesi:** Bu amaçla, ilaçla ilgili ruhsatlandırma satış, üretim, her türlü araştırma geliştirme faaliyetleri konusunda Ulusal İlaç Kurumu oluşturulacaktır. Sağlık kurumlarında kullanılan cihazlarla ilgili olarak ise milli ölçekte denetim ve düzenlemeler yapan Tıbbi Cihaz Kurumu kurulacaktır.

➤ **Sağlık Bilgi Sisteminin Kurulması:** Karar aşamasında etkili bilgiye ulaşım, sağlık kurumlarına müracaat edenlerin kayıtlarının tutulması, güncellenmesi ve takip edilmesi, kurumlar ve sağlık basamakları arasında bilgi transferinin sağlanması için sağlık bilgi sistemi kurulacaktır.

Yukarıda anılan hedeflerle birlikte SDP'nin Türk sağlık sektöründe yönetişim ve kaliteyi artırmak, sağlık hizmetlerinin etkin ve adil bir biçimde sunulmak üzere koordinasyonunun ve finans kaynaklarının oluşturulması da amaçlamaktadır. Anılan hedeflerin çoğu SDP ile hayata geçirilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinde daha önce olmayan istihdam biçimleri ve alanları uygulamaya geçirilmiştir. Bununla ilgili olarak sonraki bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınacak olan özellikle Devlet Hastane Birlikleri'nin kurulması ve kapatılması, devlet hastanelerinin yönetimi gibi bazı uygulamalar tekrar gözden geçirilmekte, yeni kurumsal düzenlemeler yapılmaktadır (Yazıcı, 2018, s. 135).

3. SAĞLIĞIN PİYASALAŞTIRILMASI: SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

3.1. Sağlık Piyasalaştırılması

1970'lerde yaşanan kriz ve dolayısıyla sermayenin ülkeler çapında dolaşım hızındaki artış ile birlikte devlet eliyle gerçekleştirilen sosyal hizmetler gözden geçirilerek sermayenin yeniden yapılandırılma süreci başlamış ve bir takım sosyal hizmetlerin piyasada alınıp satılabilen metalara dönüşümü gündeme gelmiştir. Bu dönüşümden etkilenen sağlık hizmetleri yatırım açısından oldukça zengin bir içeriğe sahip olmasından kaynaklı olarak sermayelerin piyasalaşması ülkelerin kendi tarihsel ve sosyal durumlarına göre farklı şekillerde gerçekleşmiştir. Avrupa ile yaygınlaşan kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması 2000'li yılların başından itibaren Dünya'nın en mühim gündemi haline gelmiş durumdadır (Güzelsarı, 2012, s. 35).

Sağlık sisteminin yapılanma sürecinde oluşan girişimler şu şekilde özetlenebilir: Genel kamu bütçesinin desteklenmesine yönelik destekleyici kaynaklar oluşturulması, sağlık birimlerine otonom sağlanması, kamu sağlık birimlerinin özelleştirilmesi, yenilenen ücretlendirme politikası, hizmeti alan ile hizmeti sunan tarafların haklarının güncellenmesi, kamu-özel ortaklığının oluşturulması (Hermann, 2009, s. 125-144; Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 34-36; Belek ve Soyer, 1995; Hamzaoglu, 2009, s. 26-35). Girişimler, sağlık sisteminin üretim sürecinin tekrar teşkilatlanması, çalışanların istihdamının sağlanma yöntemleri ile finansal kaynakların revize edilmesine sebebiyet vermiştir (Güzelsarı, 2012, s. 35-36).

Sağlık sisteminde oluşan radikal değişikliğin en önemli öğelerinden biri, giderlerin azaltılmasının istenmesidir. Sağlık sisteminin yapılanmasının diğer bir öğesi, ilaç endüstrisi ile çok-uluslu sağlık şirketleri olmuştur (Güzelsarı, 2012, s. 36). Hizmet sektörü uluslararası ticaretin beşte birini oluşturmaktadır ve sağlık sektörü hizmet sektörlerinin arasında en çok genişleme sağlanan sektördür. Sağlık şirketlerinin haricindeki diğer şirketlerin temel amaçları kârlılık oranının yüksek gördükleri sağlık projelerine yatırım yapmaktır (Hermann, 2009, s. 127-128). Sağlık

hizmetleri alanında global piyasa ortamının oluşturulması uluslararası ve lokal (AB Yasası) anlaşmalar ile güçlendirilmiştir (Güzelsarı, 2012, s. 36-37).

Sağlık sektöründeki global genişleme ile sağlanan uygulama alanının eriştiği boyut göz ardı edilemeyecek niteliğe sahiptir. Ülkelerde yaşanan kriz ortamlarında bile sağlık sektörü ile sağlanan kâr sermayeye destek olmuştur. Yaşam döngüsünün devamlılığı içerisinde insanlar tarafından talep edilen sağlık hizmetleri alanındaki yatırımlar kriz dönemlerinde bile etkilenmemektedir (Hermann, 2009, s. 127-128). Hastalık, bireyin bir ürünü satın almayı tercih edeceği gibi zamanını ve türünü kendisinin belirleyici olacağı bir durum değildir (Deppe, 2009, s. 31). Sağlık endüstrisi güç kazanırken devletler sağlık alanında sermaye birikimini destekleyecek yapıyı oluşturmaktadır (Loeppky, 2009, s. 59-74).

Toplumsal sağlık öncelikle bireyin gerekli fiziksel hareketliliği sağlaması ile daha sonraki bileşenler olan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kalitesi ile mümkündür. Kapitalizmin etkileri ile oluşan çevresel zararlar neticesinde meydana gelen sağlıksız semptomlar ile oluşan çeşitli hastalıklar doğrultusunda toplum sağlığından bahsetmek imkansızdır. Oluşan hava ve su kirliliği, nüfusun büyük çoğunluğunun belirli kentlere toplanması, sanayi ve gıda alanındaki eksik denetlemeler neticesinde ortaya çıkan zararlı içeriklere sahip araçlar, ürünler ve gıdalar, sağlık pazarlaması mantığı ile çeşitli spekülasyon haberler oluşturarak ilaç tüketiminin artırılması gibi durumlar kapitalist sistemin neden olduğu çevresel zararlara örnek olarak gösterilebilir. Bu zararlar ile toplumun biyolojik ve psikolojik sağlık durumlarının iyilik düzeylerini doğrudan olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu gelişmeler sağlık alanındaki harcamaların da dolaylı olarak artışının nedenlerindedir (Sönmez, 2011, s. 20-21; Shahmanesh, 2007, s. 315-316).

Özetle kapitalist sistem hizmetlerin kalitesini ve verimliliğinin sağlanması adı altında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi gerektiğini savunmaktadır (Sönmez, 2011, s. 101). Bunun nedeni sağlık sektörü ile sağlanan kârın çokluğu ve kriz ortamlarında bile eksilmeden sermayeye sağladığı katkıdır. Talebi çoğaltmaya yönelik uyguladığı sistemlerin yanı sıra kapitalist sistem sağlıklı bireyleri de olası

müşteri grubuna dahil etmek için çaba göstermektedir. Bu durum başlangıçta sağlıkta yatırımların geliştirilmesine yönelik başlatılan kliniklerden kamu özel iş ortaklığı ile yapılan projelere dönüşmesinde anlaşılmaktadır (Shahmanesh, 2007, s. 100-102). Türkiye’deki sağlık alanındaki yapılanmalar doğrultusunda gerçekleştirilen “entegre sağlık kampüsü” projeleri bu duruma örnektir (Güzelsarı, 2012, s. 37).

3.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli

Nüfus oranının Dünya genelinde artış göstermesi ile sunulması gereken hizmetlerin ihtiyacı aynı paralellikte artmaktadır. Devletler özellikle sağlık alanında giderek artan talebi karşılamak ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına KÖO modeli ile yeni sağlık birimlerinin kurulmasını sağlamaktadır. Kamu ile özel sektör arasında sağlanan bu iş birliği modeli başta İngiltere olmak üzere ABD, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde sağlık tesislerinin yenilenmesi ve kurulması amacı ile tercih edilmektedir. Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık alanındaki alt-yapı ve üst-yapı ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik KÖO modeli uygulanmaktadır (Çelik ve Şenel Tekin, 2012, s. 132).

Ülkeler kamu ve özel iş ortaklığı modeli geliştirilene kadar çeşitli kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi adına farklı tip ve çeşitlerde kamu dışı şahıs veya şirketler ile sözleşmeler yapmaktaydı. Bu şekillenen model doğrultusunda yapılan sözleşmeler kamu özel iş birliği adı altında daha kapsamlı ve daha güncel olarak gerçekleştirilmektedir (Boz, 2013, s. 277).

Genel tanımı ile Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamunun özel şirketlerle anlaşmalar gerçekleştirerek devlet bütçesine yüklenmeden alt-yapı ve üst-yapı projelerinin gerçekleştirilmesi adına finansal anlamda sağladığı iş ortaklığıdır (Uğur ve Miynat, 2014, s. 21). Başka bir ifade ile KÖO, devletin toplumsal fayda sağlamaya yönelik sunmayı hedeflediği hizmetin gereksinimlerini karşılamak amacı ile gerçekleştirmeyi planladığı projelerin özel şirketler ile yapmış olduğu kurumsal anlaşmalardır (Orkunoğlu, 2010, s. 11). Daha kapsamlı olarak KÖO, kamu ve özel şirket arasında yol, hastane, okul vb. gibi projesi devlet tarafından oluşturulan

finansının özel sektör firmaları tarafından karşılanan bir finansal iş birliği olarak tanımlanabilir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27).

Zaman içerisinde oluşan büyük ölçekteki ihtiyaçlara yönelik kamu tarafından topluma hizmet esasına dayalı olarak sağlanması gereken yatırımlar KÖO modelinin benimsenmesini sağlamıştır. Çünkü bu hizmetlerin sağlanması için gerekli olan yapıların yatırımı için oluşturulacak bütçe, bu model ile sağlanan anlaşmalar ile özel şirketlerden tarafından sağlanmaktadır. Bu doğrultuda kamunun yatırım için harcaması gereken bütçeyi minimaliz ederek mevcut bütçesini başka alanlarda toplumun yararına olacak hizmetlerin sunumu için kullanılabilir. Ayrıca anlaşma sağlanan alanda uzmanlığı olan şirketler ile iş birliği yapılması gerçekleştirilmesi hedeflenen projenin verimliliği ve başarısına olumlu katkılar sağlamakla beraber yatırımın riski bölüştürülerek azaltılmaktadır (Cebeci, 2011, s. 29-31).

Model ile elde edilen bu avantajlar doğrultusunda maliyeti minimal olarak gerçekleşeceği ön görülmektedir. Modelin önemli katkılarından biri de proje finansının özel sektör firmaları tarafından karşılanmasıdır. Ayrıca bu iş birliği neticesinde gerçekleşen proje özel sektör firması tarafından devlete 49 yıl süre ile kiraya vermektedir. Fakat bu model ile yapılan okul ve hastane gibi yapıların mülkiyet hakkı tamamen kamuya ait olmaktadır. Bu model ile karşılıklı olarak ihtiyaç ve fayda prensibine dayalı devlet bütçesinden harcama yapılmadan sahip olunan kamu yapısına karşılık finansını üstlenen özel sektör firmasının 49 yıl boyunca düzenli olarak kira geliri elde etmesi sağlanmaktadır (Karahanoğulları, 2012, s. 98-99).

KÖO modeli yapısal anlamda özelleştirme olarak değerlendirilebilmektedir. Fakat geleneksel anlamı ile farklılar mevcuttur. Yapılan özelleştirmeler de kamu mülkiyeti olan gayrimenkullerin, menkullerin ve araçların tamamının veya belirli oranının ve kısmının özel şirketlere devredilmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Ancak bu model ile sadece yapımı özel şirketler tarafından gerçekleşen okul ve hastane gibi yapıların mülkiyet hakkı tamamen kamuya ait olmaktadır. Yapılan sözleşme kapsamında gerçekleştirilecek projenin belirli süreliğine ve bu süre sonunda kamuya

devredilmesi koşulu ile özel şirketlere işletme hakkı verilir. Geleneksel anlamı ile yapılan özelleştirmeler devretme veya satış gibi tek seferde sonlandırılan bir ticari anlaşma olmasına karşın KÖO modeli ile gerçekleşen ticari anlaşmalar yapının inşasından işletilmesine ve devredilmesine kadar belirli aşama ve süreçlerden oluşmaktadır (Karahanoğulları, 2012, s. 99).

3.2.1. Kamu Özel Ortaklığı Kapsamı

Devletlerin asli görevi toplumsal gereksinimlere yönelik tüm hizmetleri en etkin ve en doğru şekilde topluma sunmaktır. Toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için kaynakların verimliliği ve mevcut durumu önem taşımaktadır. Bu bağlamda kamu bütçesinde finansal değerlendirmeler yapılarak gelir gider dengesi ölçülmektedir. Yapılan finansal değerlendirmeler neticesinde gider oranı gelir oranından fazla olma durumu ile karşılaşılması bütçe açığı konusunu meydana getirecektir. Bu bağlamda bütçe açıklarının giderilmesine yönelik tasarruf önlemleri alınmalı ve var olan bütçenin genişletilmesine yönelik finansal modeller geliştirilmedir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27).

Teker (2008)'e göre gerçekleştirilmesi hedeflenen projeye ilişkin oluşturulacak finansal kaynak, büyük yatırımların gerçekleştirilmesine olanak sağlayacak bir finansal yöntemdir. Finansmanı sağlayacak şirketlerden projeyi üstlenebilme potansiyelinin yanı sıra proje ile sağlanacak gelir için ve proje varlıklarının teminatını projeyi finanse eden kurumlar tarafından istenebilmektedir. Proje finansmanlarında ağırlıklı olarak tercih edilen sermaye karışımı %80 borç, %20 öz sermaye şeklindedir. Proje finansman süreci yol, hastane, okul vb. gibi kapsamı devlet tarafından oluşturulan projelerin inşası, finansı ve işletilmesi adımlarını kapsamaktadır (Leblebici Teker, 2008, s. 5).

Kamu ve özel sektör ortaklığı, devletin toplumsal fayda sağlamaya yönelik sunmayı hedeflediği hizmetin gereksinimlerini karşılamak amacı ile gerçekleştirilmeyi planladığı projelerin özel şirketler ile yapmış olduğu kurumsal anlaşmalardır (Orkunoğlu, 2010, s. 11). Bu model karşılıklı olarak ihtiyaç ve fayda prensibine

dayalı anlaşmalar içermektedir. Özetle kamu ile özel sektör çeşitli hizmet alanlarında iş birliği ile projeler gerçekleştirilmektedir.

3.2.2. Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi

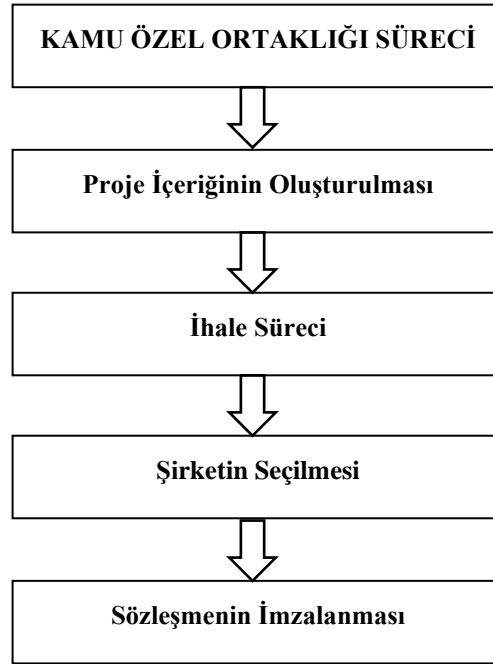
Kamu özel ortaklığının gelişiminde son dönemlerde ihtiyaç duyulan ulaşım, sulama ve enerji alanlarındaki büyük ölçekli alt yapı projelerinin gerçekleştirilmesine yönelik gereksinimler neden olarak gösterilebilir. Bu doğrultuda devletlerin bu ölçekteki projelerin finansmanını karşılayacak alternatif kaynaklar oluşturarak gerçekleştirmeye yönelik adımlar atmasına sebep olmuştur. Çünkü bu projelerin toplumsal faydaya yönelik gerçekleştirilmesi gerekmektedir fakat çok büyük yatırımlar olması sebebi ile kamu bütçesinin dengesini bozmaması sağlanmalıdır. Bu doğrultuda Kamu Özel Ortaklığı başta İngiltere olmak üzere birçok alandaki projelerin finansmanı sağlamak amacı ile uygulanılmaya başlanılmıştır. İlk olarak İngiltere’de hayata geçen model devlet bütçesinin farklı yatırım fırsatlarını değerlendirmek üzere ayrılması sebebi ile kullanılmıştır. Fakat KÖO ödemelerinin “bilanço dışı” statüsü tartışma konusu olmuştur (Ayhan ve Önder, 2018, s. 515-516).

3.2.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Yapısı

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamunun özel şirketlerle anlaşmalar gerçekleştirerek devlet bütçesine yüklenmeden alt-yapı ve üst-yapı projelerinin gerçekleştirilmesi adına finansal anlamda sağladığı iş ortaklığıdır. Daha kapsamlı olarak kamu ile özel şirket arasında yol, hastane, okul vb. gibi projesi devlet tarafından oluşturulan finansmanın özel sektör firmaları tarafından karşılanan bir finansal iş birliği olarak tanımlanabilir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27).

Kamu Özel Ortaklığı sürecinin aşamaları Şekil.1’de ifade edilmekle beraber detaylı olarak açıklanmıştır. Bu bölümde ayrıca KÖO modelinin yapısal özelliklerine değinilerek kapsamı ve uygulama çeşitleri ile avantajları ve dezavantajlarından bahsedilecektir. Ayrıca Türkiye’de KÖO modeli ile tamamlanan ve proje halindeki iş ortaklıklarına detaylı olarak değinilecektir (Alagöz ve Yokuş, 2017, s. 34).

Şekil 3.1. Kamu Özel Ortaklığı Süreci



Kaynak: (Acartürk ve Keskin, 2012)

3.2.3.1. Proje içeriğinin oluşturulması

KÖO modeli ile gerçekleştirilmesi hedeflenen projelerde öncelikli olarak proje ilişkin gereksinimlerin tespiti yapıp bu gereksinimleri karşılayacak alternatifler oluşturulur. Projenin amacı, niteliği ve proje ile elde edilmesi hedeflenen faydaların neler olacağı gibi konular bu sürecin ilk aşaması olmakla beraber gerçekleştirilmesi düşünülen iş ortaklığı ile sağlanacak avantajları ve dezavantajların analizin oluşturulmasını sağlamaktadır. Bu sebeple proje kapsamının belirlenmesi aşaması KÖO modeli ile gerçekleştirilecek iş birliğinin verimliliği ve başarısı açısından oldukça büyük önem taşımaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 34).

3.2.3.2. Stratejinin Belirlenmesi

Proje ilişkin gereksinimlerin tespitinin ardından KÖO modeli ile gerçekleştirilecek projenin ihale sürecine ilişkin strateji oluşturulmaktadır. Stratejinin oluşturulması proje kapsamının oluşturulması sürecinde elde edilen avantajlar ve dezavantajlar gibi verilerin ışığında değerlendirilmektedir. Bu süreç için ihale grubu oluşturularak tam kapsamlı şekilde bir çalışma ile stratejiler belirlenmekte ve gerçekleştirilecek projeye ilişkin ihale şartnamesi oluşturulmaktadır. Bu aşamanın önemi kendisinden sonraki tüm süreci bağlayıcı nitelikte olmasıdır (Güler, 2016, s. 34).

3.2.3.3. İhale süreci

İhale şartnamesinin hazırlanmasının ardından ilgili kurum tarafından ihalenin amacı, kapsamı, şartları ve süresine ilişkin kamuoyuna duyurularak proje ile ilgilenen şirketlerden şartname doğrultusunda gelecek teklifler beklenmektedir. Bu teklif veren şirketlerin proje kapsamına bağlı olarak uygunluğu bu süreçte önemlidir. Tekliflerin değerlendirilmek üzere kabulü bu ön değerlendirme sürecine bağlıdır (Güler, 2016, s. 35).

3.2.3.4. İhale Katılımcılarının Değerlendirilmesi ve Seçimi

Projenin şartnamesindeki koşulları taşıyan ve ön değerlendirilmeye alınan şirketler ile bu aşamada müzakereler gerçekleştirilir. Müzakerelerde ise değerlendirmeler proje için taraflar arasında gerçekleştirilecek sözleşme kapsamında yapılmaktadır. İhalenin tüm bu aşamalarını geçerek kazanan şirket ile anlaşma yapılmaktadır (Güler, 2016, s. 35).

3.2.3.5. Anlaşmanın İmzalanması

Tamamlanan ihale sürecinin ardından proje sahibi ile ihaleyi kazanan projeyi üstlenici şirket arasından projenin teknik şartnamesini içeren sözleşme imzalanmaktadır. Özellikle projeyi üstlenen şirketin projeyi nasıl, hangi şartlarla ve ne kadar süre içerisinde gerçekleştireceğine dair temel maddeleri içeren bu

sözleşmenin taraflar adına adil ve makul olması projenin gerçekleşmesindeki başarı açısından oldukça önemli bir unsurdur (Alagöz ve Yokuş, 2017, s. 34).

3.2.3.6. Proje İnşasının Başlaması

Devletin toplumsal fayda sağlamaya yönelik KÖO modeli ile gerçekleştirdiği bu alt-yapı ve üst-yapı projelerinin iş birliği sağladığı özel şirketin sözleşme kapsamında tüm gereklilikleri yerine getirerek projeyi hazırlaması ve teslim etmesinin ardından hizmete sunumu gerçekleştirilir. Kamu ve özel şirket iş ortaklığı projeyi üstlenen şirketin projeyi hizmete hazır hale getirmesi ve kamunun tamamlanan projeyi hizmete sunması ile son bulmaktadır (Minow, 2003, s. 35).

3.3. Kamu Özel Ortaklığının Modelleri'nin İncelenmesi

KÖO modelinin kendi içerisinde gerçekleştirilecek projelere yönelik uygunluk sağlayacak ve finansmanını sağlayan özel şirketler için alternatif oluşturabilecek üç ayrı model bulunmaktadır. Bu modeller finansman modelleri olarak ifade edilebilir. Bu bölümde kamu ve özel sektör iş ortaklığı kapsamında uygulanan 'Yap-işlet, Yap-Kirala-İşlet-Devret ve Yap-Sahiplen-İşlet' finansman modellerinden bahsedilecektir (Ayhan ve Önder, 2018, s. 516);

➤ **Yap-İşlet:** Bu modelde finansman sağlayan özel şirket tamamladığı yapı ve tesisin mülkiyet haklarının tamamına sahip olmaktadır.

➤ **Yap-Kirala-İşlet-Devret:** Bu model ile neticesinde gerçekleşen proje özel sektör firması tarafından devlete 49 yıl süre ile kiraya vermektedir. Fakat bu model ile yapılan okul ve hastane gibi yapıların mülkiyet hakkı tamamen kamuya ait olmaktadır. Bu model ile karşılıklı olarak ihtiyaç ve fayda prensibine dayalı devlet bütçesinden harcama yapılmadan sahip olunan kamu yapısına karşılık finansını üstlenen özel sektör firmasının 49 yıl boyunca düzenli olarak kira geliri elde etmesi sağlanmaktadır

➤ **Yap-Sahiplen-İşlet:** Bu model geleneksel tanımı ile özelleştirme kavramına daha yakındır. Finansmanı sağlayan özel şirket gerçekleşen proje veya tesisin mülkiyet haklarını devretmeden işletme hakkına sahip olmaktadır.

3.4. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Finansmanı

Kamu hizmetlerinde kullanılan farklı modeller ile gerçekleşen ortaklıklara ilişkin alternatifli yöntemler oluşmaktadır (Flinders, 2005, s. 218). Linder (1999)'a göre KÖO modeli finansman model anlamında “çağın cazip pazarlama yöntemi” dir (Linder, 1999, s. 35-40). Kamu hizmetlerine ilişkin teşkilatlanma ve finansal açıdan değerlendirildiğinde piyasaya yönelik faydalı bir modeldir (Karasu, 2011, s. 1). Bu bağlamda modelin her iki taraf için kazançlı bir formüle sahip olduğu söylenebilmektedir (Gerrard, 2001, s. 89).

Bu değerlendirmeler neticesinde KÖO modelini özelleştirme yolu olarak nitelendirmek doğru olmayacaktır. Çünkü bu model ile projeyi finansman eden özel şirket sadece sözleşmesindeki yapıyı ve tesisin inşasını gerçekleştirmektedir. Bu proje kapsamında özel şirket bir hastane yapısı inşa etmişse bu hastanede sunulacak sağlık hizmetleri ve sağlanan gelir üzerinde yönetsel olarak hak sahibi değildir. Sadece proje tamamlandıktan sonra belirli süreliğine devlete kiraya vermekte ve bu sürenin sonuna gelindiğinde işletme haklarını devlete devretmektedir. Devlet bu sayede toplumuna ayrıca hizmet sunabileceği bir sağlık tesisi oluşturur iken bu tesisin kuruluşu için ilk etapta devletin bütçesinden çıkacak toplu yatırımdan geniş zamana yayılmış minimum ödemeler ile sağlamış olmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 31).

1999 tarihinde 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddeleri üzerinde değişiklikler yapılmıştır. Bu doğrultuda kamu hizmetleri için ihtiyaç duyulacak alt-yapı ve üst-yapı projelerinin özel sektör ile gerçekleştirilmesi sağlanmıştır (Karasu, 2009, s. 81). Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde mevzuatın düzenlenmesiyle ilk adımın Yap-İşlet-Devret modeli ile bu düzenlemelerden önce ilk olarak elektrik üreten tesisler ve otoyollar kapsamında iş birlikleri yapılmıştır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s. 37).

KÖO modeli ile sadece yapımı özel şirketler tarafından gerçekleşen okul ve hastane vb. gibi yapıların mülkiyet hakkı tamamen kamuya ait olmaktadır. Devlet hizmetlerine yönelik yatırımları özel şirketler aracılığı ile finanse ederek atıl

sermayenin ek yatırımlara tahsisini sağlamaktadır. Özel şirketlerde devlet garantörlüğünde yatırım yapmaktadırlar. Yapılan iş birliği kapsamında devlet tüm sürece hakim ve dahil olarak kamu hizmetleri için finansal kaynaklar sağlamış olur. Özel şirket projenin anlaşma hükümleri doğrultusunda inşasını yapar ve belirli süreliğine işletme hakkını sahip olur. Bu model ile Türkiye’de daha geniş zaman içerisinde yapılması planlanan projelerin 3 yıl gibi bir sürede tamamlaması ön görülmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 33).

3.5. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin Avantajları ve Dezavantajları

Teknik detay ve geniş yatırım gerektirecek büyük ölçekteki kamu hizmet projeleri için özel şirketler ile KÖO modeli doğrultusunda yapılan iş birliklerinin potansiyel katkıları şu şekildedir (Ayhan ve Önder, 2018, s. 517);

- Verimliliği yüksek, kaliteli ve etkin kamu hizmetlerinin sunulmasının sağlanması,
- Finansman yönteminin özel şirketin projeyi anlaşmada yer alan süre ve bütçe doğrultusunda tamamlamasına teşviki,
- Var olan ve ileride gelişebilecek altyapıların maliyet analizini belirlemek ve bütçe içerisinde önlem almak,
- Anlaşma doğrultusunda inşaata dair işler için yerel firmalar ile taşeronluk anlaşması yapılarak hem tecrübe hem de maddi açıdan katkı sağlanması,
- Altyapı ile ilgili güncel teknolojilerin kullanımı ile sağlamlaştırıcı çalışmaların yapılması eşgüdümlü olarak sanayiye katkı sağlanarak ülke ekonomisine fayda sağlanması,
- Projenin tasarım sürecinden bakım sürecine kadar olan tüm aşamalarda maliyeti özel şirkete finanse ederek ilk etapta devletin bütçesinden çıkacak toplu yatırım yerine geniş zamana yayılmış minimum ödemeler ile sağlanmasıdır.

KÖO modeli doğrultusunda yapılan iş birliklerinin potansiyel riskleri şu şekildedir (Harris, 2006, s. 24);

- Proje maliyeti özel şirket tarafından yürütülmesinden dolayı borçlanma devletin ön gördüğünden fazla oluşabilir.
- Özel şirket ile finansal kaynak sağlanırken borçlanma süresinin uzunluğu kamu bütçesinde esneklik yapılmasına engel olabilir.
- KÖO modeli özelleştirme algısına sahip olduğundan bu model ile gerçekleştirilmesi hedeflenen bazı kamu hizmet projeleri kamuoyunun tepkisine neden olabilir.
- Özel şirketler sözleşmenin gereklilikleri doğrultusunda projeyi inşa edecekleri için tüm beklentiler atlanmadan ve açık bir şekilde ifade edilmezse proje başarısız olabilir.
- Her ne kadar proje oluşturulması ve ihale hazırlık sürecinde projeye dair olası problemler analiz edilmeye çalışılsa da projenin ölçeği, kapsamı ve inşa süresi boyunca tespit edilmeyen zorluklar ortaya çıkabilir ve taraflar arasında ihtilafa sebep verebilir.

Uygulanması düşünülen bir modelin geniş kapsamlı olarak değerlendirmek, olası problemlerin tespit edilmesini sağlamaktadır. Bu değerlendirmeler sonucunda uygulamaya dair elde edilen avantaj ve dezavantaj verileri uygulanmanın tercih edilip edilmemesi konusunda ışık olacaktır. Ayrıca tespiti sağlanan dezavantajları avantaja dönüştürme fırsatlarının hangi ölçüde olabileceğinin değerlendirmesini yapılmasına olanak sağlar (Güler, 2016, s. 36).

KÖO'ya ilişkin literatürde bulunan bazı çalışmalarda özelleştirme kavramının kamuoyunda yankı bulan tepkilerine karşın bu modelin oluşturulduğunu savunmaktadır. Yukarıdaki değerlendirmeler neticesinde KÖO modelini özelleştirme yolu olarak nitelendirmek doğru olmayacaktır. Çünkü bu model ile projeyi finansman eden özel şirket sadece sözleşmesindeki yapıyı ve tesisin inşasını gerçekleştirmektedir. Hizmetlere ilişkin yönetsel olarak hak sahibi değildir. Devlet hizmetlerine yönelik yatırımları özel şirketler aracılığı ile finanse ederek atıl sermayenin ek yatırımlara tahsisini sağlamaktadır. Ayrıca devlet bu sayede toplumuna ayrıca hizmet sunabileceği bir tesis oluşturur iken bu tesisin kuruluşu için ilk etapta devletin bütçesinden çıkacak toplu yatırımdan geniş zamana yayılmış

minimum ödemeler ile sağlamış olmaktadır. Bu devletlerin varlığını sürdürebilmesi ve hizmet olanaklarının artırılması imkan sağlamaktadır (Güler, 2016, s. 36).

Özetlenecek olunursa her uygulama gibi KÖO modelinin de kendi içerisinde avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Fakat bu uygulamanın dezavantajlarına odaklanarak kamu bütçesine, kamu hizmet kalitesine ve doğal sonucu olarak toplumsal faydalar açısından sağlanabilecek avantajlar göz ardı edilmemelidir.

3.5.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantajları

KÖO modelinin avantajlarından bahsederken devlete sağlayabileceği olumlu katkılar çerçevesinde değerlendirmek uygun olacaktır. Bu doğrultuda çeşitli ve birçok avantajı olduğu gözlemlenmektedir. Modelin kamu bütçesine ve kamu hizmetlerinde sağlaması ön görülen avantajlar şu şekilde özetlenebilir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 35);

➤ KÖO modeli ile kamu hizmetleri az maliyetle daha kaliteli bir şekilde sunulması sağlanabilir. Devletler sağlık alanında giderek artan talebi karşılamak ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına bu modelin sunduğu avantajlardan faydalanabilir.

➤ Kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi adına model alternatif bir yol oluşturmaktadır. Kamu bütçesi ile sunulan hizmetlerin finansal anlamda sıkıntı çekilmeden sağlanmasında avantajlı bir finansman yöntemi olarak değerlendirilebilir. Bu doğrultuda kamu hizmetlerinin etkinliği, verimliliği, kalitesi ve tüm bu unsurların sürdürülebilirliği açısından katkı sağlanabilir.

➤ Devlet kamu bütçesi doğrultusundaki hizmet planlama süresini kısaltarak az sürede daha çok hizmet üretebilir. Özel şirketler ile yapılacak anlaşmalar ile finansmanı sağlayarak çok daha geniş yatırımlar yapma fırsatı elde edilebilir.

➤ Devlet hizmetlerine yönelik yatırımları özel şirketler aracılığı ile finanse ederek atıl sermayenin ek yatırımlara tahsisini sağlanabilir. Ayrıca devlet bu sayede toplumuna ayrıca hizmet üretirken bu yatırım için ilk etapta devletin bütçesinden çıkacak toplu yatırımı geniş zamana yayılmış minimum ödemeler ile

yaparak finansal açıdan avantaj elde edebilir ve varlığını sürdürebilmesi ile hizmet olanaklarının arttırmaya yönelik fırsatlar yaratabilir.

➤ Var olan ve ileride gelişebilecek altyapıların maliyet analizini belirleyerek bütçe tahsisini alt-yapı çalışmalarına ve mevcut yapıların geliştirilmesinde kullanabilir. Altyapı ile ilgili güncel teknolojilerin kullanımı ile sağlamlaştırıcı çalışmaların yapılması eşgüdümlü olarak sanayiye katkı sağlanarak ülke ekonomisine fayda sağlanabilir.

➤ Büyük ölçekte yatırım yapılmasını gerektirecek projeler için bu model ile finansal açıdan avantajlar üretilebilir. Böylelikle çağın gereksinimleri bünyesinde barındıran projeler üretilerek hem ulusal hem toplumsal düzeyde avantajlar elde edilebilir. Ayrıca toplumsal beklentilerin karşılanması ile devlet üzerindeki strese azalabilir.

➤ Model ile gerçekleştirilecek projelerde inşaatla dair işler için yerel firmalar ile taşeronluk anlaşması yapılarak hem tecrübe hem de maddi açıdan katkı sağlanabilir.

Yukarıdaki değerlendirmelerden yola çıkılarak KÖO modelinin kamu adına özellikle finansal açıdan çok avantajlar elde etmesine olanak sağladığı söylenebilir. Alt-yapı ve üst-yapı hizmetlerinin daha çok, daha kapsamlı ve güncel teknoloji ile donanıma sahip olmasında özel sektör ile yapılacak iş birliklerinin katkısı kaçınılmazdır (Güler, 2016, s. 37).

3.5.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Dezavantajları

Modele ilişkin en belirgin olan algı özelleştirmedir. Bu durum kamuoyunda yankı bulmuş hatta bazı çalışmalar kamuoyunun bu tepkilerine karşın KÖO Modelin'nin oluşturularak özelleştirme algısının ortadan kaldırılmak istendiğini savunmaktadır. Genel tanımı ile yapılan özelleştirmeler de kamu mülkiyeti olan gayrimenkullerin, menkullerin ve araçların tamamının veya belirli oranının ve kısmının özel şirketlere devredilmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Fakat bu model içerisindeki YİD gibi uygulamalar özelleştirme olarak algılanmaktadır.

Modele ilişkin potansiyel riskler ve dezavantajlar şu şekilde özetlenebilir (Tekin, 2007, s. 3);

➤ Bu alanda uzman kişi ve araştırmacılar iş birliğine ilişkin yapılan anlaşmaların komplike içeriğe sahip olduğunu savunmaktadırlar. Sözleşmelerin uzmanların katkıları ile sadeleştirilmesi gerektiğini böylelikle taraflar arasındaki şüphelerin giderilebileceğini düşünmektedirler.

➤ Her ne kadar bu model ile finansman anlamdan avantaj elde edilse de ileriye dönük uzun süreli borçlanılacağı için kamu bütçesinin gelecek akıbeti açısından çekinceler bulunmaktadır.

➤ Proje maliyeti özel şirket tarafından yürütülmesinden dolayı borçlanma devletin ön gördüğünden fazla oluşabilir riski öne sürülmektedir.

➤ Projenin ölçeği, kapsamı ve inşaa süresi boyunca tespit edilmeyen zorluklar ortaya çıkması, tarafların ihtilafa düşerek projenin başarısız olabileceği düşünülmektedir.

➤ KÖO modeli özelleştirme algısına sahip olduğundan bu model ile gerçekleştirilmesi hedeflenen bazı kamu hizmet projelerinin kamuoyunun tepkisine sebep olabileceği yönünde çekinceler bulunmaktadır (Güler, 2016, s. 37).

➤ Sektörde çalışan personelin KÖO konusunda bilgi sahibi olmaması ve iş garantisi konusunda güven ortamının oluşmama riski ortaya çıkmaktadır.

3.6. Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli

Devletlerin asli görevi toplumsal gereksinimlere yönelik tüm hizmetleri etkin ve en doğru şekilde topluma sunmaktır. Toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için kaynakların verimliliği ve mevcut durumu önem taşımaktadır. Nüfus oranının Dünya genelinde artış göstermesi ile sunulması gereken hizmetlerin ihtiyacı aynı paralellikte artmaktadır. Kamu özel ortaklığının gelişiminde son dönemlerde ihtiyaç duyulan ulaşım, sulama ve enerji alanlarındaki büyük ölçekli alt yapı projelerinin gerçekleştirilmesine yönelik gereksinimler neden olarak gösterilebilir. Zaman içerisinde oluşan büyük ölçekteki ihtiyaçlara yönelik kamu tarafından topluma hizmet esasına dayalı olarak sağlanması gereken yatırımlar KÖO modelinin benimsenmesini sağlamıştır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 26).

KÖO modeli doğrultusunda gerçekleştirilen iş birlikleri ile devlet hizmetlerine yönelik yatırımları özel şirketler aracılığı ile finanse ederek atıl sermayenin ek yatırımlara tahsisini sağlamaktadır. Bu sayede özel şirketlerde devlet garantörlüğünde yatırım yapmaktadırlar. Yapılan iş birliği kapsamında devlet tüm sürece hakim ve dahil olarak kamu hizmetleri için finansal kaynaklar sağlamış olur. Özel şirket projenin anlaşma hükümleri doğrultusunda inşasını yapar ve belirli süreliğine işletme hakkını sahip olur (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27).

Kamu hizmetlerinde üçüncü şahıslardan veya kurumlardan yararlanmaya yönelik iş birlikleri Osmanlı dönemine kadar uzanmaktadır. Kamu hizmetlerine yönelik ayrıcalıklar “Menafii Umumiyye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun” (1910) ile yasallaştırılmıştır (T.C.Kalkınma Bakanlığı, 2012, s. 31).

Türkiye’de, 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun" ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, yat limanlarından gümrük kapılarına kadar pek çok farklı sektörde başarıyla uygulanan KÖİ projeleri, günümüzde 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kapsamında Yap-Kirala modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsleri ile yeni bir boyut kazanmıştır. Ayrıca 652 sayılı "Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile eğitim-öğretim tesislerinin, 351 sayılı "Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu" ile de yurt ve benzeri öğrenci konaklama tesislerinin kamu özel işbirliği yöntemiyle gerçekleştirilmesinin yolu açılmıştır (T.C.Kalkınma Bakanlığı, 2012, s. 20).

Sağlık tesislerinde kullanılan Yap-Kirala-İşlet-Devret modeli neticesinde gerçekleşen sağlık tesisi projesi özel sektör firması tarafından devlete belirli süreliğine kiraya vermektedir. Özel şirket projenin anlaşma hükümleri doğrultusunda inşasını yapar ve belirli süreliğine işletme hakkını sahip olur. Fakat bu model ile yapılan hastane gibi yapıların mülkiyet hakkı tamamen kamuya ait olmaktadır. İşletme süresi dolduğunda özel sektör kamuya devrini gerçekleştirir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 30).

KÖİ ile gerçekleştirilen alt-yapı ve sağlık tesisleri arasındaki farklılık alt-yapı projelerinde yatırımı üstlenen özel sektör kamunun talep ettiği bazı hizmetleri belirli süreliğine sunuyorken sağlık tesislerinde yapının hizmete sunuma hazır hale gelmesi ile birlikte sorumlulukları sonlanmış oluyor. Örneğin KÖİ kapsamında yapılan anlaşma ile özel şirket bir hastane yapısı inşa etmişse bu hastanede sunulacak sağlık hizmetleri ve sağlanan gelir üzerinde yönetsel olarak bir sorumluluğu ve hakkı bulunmamaktadır. Sunulan tüm hizmetler ile oluşturulacak sağlık personeli kadrosu devlet tarafından gerçekleştirilmektedir (Çınar, 2017, s. 221).

Türkiye’de KÖİ çerçevesinde ilk olarak elektrik üreten tesisler ve otoyollar kapsamında iş birlikleri yapılmıştır. Fakat KÖİ’ye ilişkin en belirgin algı özelleştirme olmuştur. Bu durum kamuoyunda yankı bulmuş hatta bazı çalışmalar kamuoyunun bu tepkilerine karşın bu modelin oluşturularak paravan edildiğini savunmuştur (Keskin, 2011, s. 83).

Türkiye’de KÖİ ağırlıklı olarak enerji tesisleri, köprü, havaalanı, hastane ve otel gibi projeler ile gerçekleşmektedir. (Pehlivan, 2009, s. 5). Sektörler doğrultusunda gerçekleşen hukuksal boyutlarına değinilecek olunursa; 3996 ve 4283 sayılı kanunlar ile KÖİ adına Hazine garantisi yaratılmıştır (Pehlivan, 2009, s. 13).

Türkiye’de gerçekleştirilen kamu ve özel sektör iş birliğinin ağırlıklı olarak KÖİ modelinin Yap-İşlet-Devret yöntemi ile gerçekleştiği bilinmektedir. 1994 yılında özelleştirmeye ilişkin kanunda düzenlemeye gidilmiştir. Bu bağlamda Kamu Özel İş Birliği uygulamalarının hukuksal yapılarının güçlendirilmesi gerektiği söylenebilmektedir. Ayrıca bu kapsamda geliştirilecek politikalarda toplumsal faydalar odak noktası olmalıdır (Keskin, 2011, s. 85).

Türkiye’deki kamu hizmetine yönelik son dönemde açıklanan projeler değerlendirildiğinde büyük ölçekli ve aynı paralellikte büyük bütçe gerektiren projeler olduğu görülmektedir. Özellikle devletin öncelikli hizmet alanını oluşturan sağlık sektöründe topluma daha kaliteli ve etkin hizmetlerin sunumunu gerçekleştirmek adına yapılması planlanan sağlık projelerinin başında Entegre Sağlık Tesisleri olmuştur (Güler, 2016, s. 37).

Türkiye özellikle son yirmi yıldır sağlık sektörü ile ilgili evrensel gelişmeleri takip etmektedir. Bunun yansımaları 2003 yılı itibariyle Acil Eylem Planı doğrultusunda şekillen Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan düzenlemeler ve iyileştirmeler, sağlık konusuna yönelik atılmış radikal adımlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Güler, 2016, s. 37-38).

KÖİ uygulamaları incelendiğinde ilk olarak İngiltere’de gerçekleştiği ardından ABD, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde de kamu ve özel sektör iş birlikleri kapsamında projeler gerçekleştirilmiştir. Gelişmiş ülkeler tarafından tercih edilen bu modeller ile % 30 oranında finansal anlamda avantajlar sağlandığına yönelik araştırma sonuçları ile karşılaşılmaktadır (Çekirge, 2006, s. 10). Bu kaynakların verilerinde KÖİ ile gerçekleştirilen projelerde uygulamanın yapıldığı ülkelerdeki taraflar arası dağılım yüzdelerinin % 49’a %51 şeklinde gerçekleştirildiği yer almaktadır (Tekin, 2007, s. 4).

Türkiye’nin sağlık sigortası olmayan vatandaş sayısının çokluğu, toplumun var olan sisteme ilişkin şikayetleri ve talepleri, mevcut kaynakların doğru şekilde kullanılmaması ile ülkenin ekonomik ve siyasal açıdan gelişimi sağlık alanında köklü değişimler gerçekleştirilmesine yönelik sebepler olarak sıralanabilir. Bu doğrultuda Türkiye’de 2003 yılında Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında oluşturulan Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmeti uygulamaları kapsamında bir dönüm noktası niteliğinde olmuştur. Bu plan kapsamında reform niteliğindeki uygulamalar özetlenecek olunursa (Güler, 2016, s. 37);

- Sağlık Bakanlığı’nın işlevleri ve yönetimi tekrar düzenlenmiştir.
- Aile hekimliği modeline geçiş sağlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu hizmetler aile hekimliği tarafından sunulmaktadır.
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yeterliliğini sağlamak amacıyla illerde kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur.
- Ana-çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik yeni uygulamalar geliştirilmiştir.

➤ Özel sektörü kamu iş ortaklığı yöntemi ile sağlık alanında yatırım yapmasına teşvik edilerek sağlık bütçesine pozitif katkılar sağlanarak hizmet verecek kurum sayıları artırılmıştır.

➤ Tüm vatandaşları genel sağlık sigorta kapsamına dahil ederek vatandaşların sağlık hizmetlerinden kesintisiz olarak faydalanılması sağlanmıştır.

Ülkelerin gelişimi ile sağlık alanındaki hizmetlerin kalite ve verimliliği aynı doğrultuda artış eğilimi gösterir. Aynı paralellikte toplumun bilinç düzeyleri artış göstererek oluşan taleplerin niteliği de artar. Tüm ülkelerde artış gösteren sağlık hizmetleri devletlerin finansmanını karşılayacak alternatif kaynaklar oluşturarak gerçekleştirmeye yönelik adımlar atmasına sebep olmuştur. Çünkü bu hizmetlerin toplumsal faydaya yönelik gerçekleştirilmesi gerekmektedir ve devlet için hizmet esastır. Fakat bu alanda yapılması hedeflenen yatırımların çok büyük yatırımlar olması sebebi ile kamu bütçesinin dengesini bozmaması sağlanmalıdır. Bu doğrultuda Kamu Özel Ortaklığı başta İngiltere olmak üzere birçok ülkede ve alandaki projelerin finansmanı sağlamak amacı ile uygulanılmaya başlanmıştır (Güler, 2016, s. 39).

3.7. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Sağlık Alanında Uygulama Tarihçesi

Avrupa Birliği ülkelerinde öncelikle sağlık alanında uygulanmaya başlanılan KÖİ modelinin Türkiye’de hemen hemen eş zamanlı olarak gerçekleşmiştir. 2000’li yıllarda yasalarda yapılan yeni düzenlemeler ile KÖİ modelinin uygulanmasına yönelik adımlar atılarak 2010 yılı itibari ile hayata geçirilmiştir (Şenel Tekin, 2017, s. 11).

2006 tarihli “Sağlık Tesislerinin Yapılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” bir diğer önemli gelişmedir. 22/05/2010 tarih 27588 sayılı Resmi Gazete’de yer alan değişiklik ile “özel” kavramına vurgu yapılarak KÖO uygulama alanları genişletilmiştir. 01/07/2011 tarih 27981 sayılı Resmi Gazete’de yer alan

değişiklik ile özel sektörü teşvike yönelik düzenlemeler yapılmıştır (Gülalsan, 2011, s. 59).

Yukarıdaki yönetmeliklerin Danıştay kararı ile iptal edilmesi bu düzenlemelerin kanun kapsamında oluşturulmasına yöneltmiştir. “Sağlık Bakanlığı’nca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” ile hizmet satın alınma alanları çoğaltılmıştır. Ayrıca bu kapsamda anayasada mevcut sağlık alanındaki hizmetler sınıfına ilişkin bölümde var olan “hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” düzenlemesine olanak sağlanmıştır (Şenel Tekin, 2017, s. 12).

Sağlık tesislerinin Yap-İşlet-Devret modeli İngiltere’de uygulanan PFI modeli örnek alınarak farklıklar ön görülerek uyarlanmıştır. İngiltere’de bu model ile gerçekleştirilen projelerin finansmanı vatandaşlardan sağlanmaktadır. Türkiye’de ise tamamen kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Buna karşın Türkiye’de gerçekleştirilen projelerin finansman konusu tartışmalıdır (Şenel Tekin, 2017, s. 12).

Bilindiği üzere kamu hastanelerine Sağlık Bakanlığı tarafından döner sermaye ödemeleri gerçekleştirilmektedir. Bu bütçeler vatandaşlardan GSS kapsamında alınan primlerden oluşturulmaktadır. Buna ek olarak muayene, ilaç ve reçete katkı payı adı altında vatandaştan ayrıca tahsil edilen bedellerde kamu bütçesine dahil edilmektedir. Bu kapsamda İngiltere’de direkt olarak vatandaştan sağlanan bütçe Türkiye’de dolaylı olarak gerçekleştiğini ve kaynakların başlıklarının farklı ama temelde her iki uygulamada da bütçenin vatandaş aracılığı ile sağlandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Genel bütçenin kapsamı vatandaşlardan çeşitli başlıklar altında toplanan vergiler ile oluşturulmaktadır. Kamu genel bütçesi doğrudan vatandaşlar aracılığı ile sağlanmaktadır (Kerman vd., 2012, s. 13).

3.8. Türkiye’de Sağlık Alanında Gerçekleşen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Modeli Uygulamalarına Geçiş Süreci

Türkiye sağlıkta dönüşüm politikası ile yapılanma sürecinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hem teşkilatlanma hem de finansman açısından KÖİ modelini tercih etmiştir (Kerman vd., 2012, s. 14). Türkiye’de sağlık hizmetlerinde

1980'den itibaren yapılan değişiklikler de, dönem boyunca benimsenen neoliberal politikaların etkisi çok olmuştur. Bu bağlamda, sağlık alanındaki uygulamalar ülkenin toplumsal nitelikli hizmetlerine dair değişimlerin izlenebileceği mühim alan özelliği taşımaktadır. Türkiye'de sağlık hizmeti uygulamaları kapsamında öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri ve yönetimi tekrar düzenlenmiştir. Bakanlığın planlama ve denetim işlerinin etkinliğini artırmak amacıyla hizmet sunum görevi kamu birliklerine devredilmiştir. Bu doğrultuda Bakanlığın kendi teşkilat şeması da yapılandırılarak yönetim kapasitesi güçlendirilmiştir (Lamba, Altan, Aktel, ve Uysal, 2014, s. 54-55).

663 Sayılı Kararname doğrultusunda SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile tüm hastanelerinden sağlık hizmeti alınması sağlanmışır (Akdağ, 2008, s. 70). Yapılanma kapsamında ayrıca tüm sağlık kurumlarının il özel idaresine tabi olunması ile sağlık işletme modeli oluşturulmuştur (Erol ve Özdemir, 2014, s. 43). Oluşturulan kamu hastane birlikleri ile il düzeyinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulması amaçlanmıştır. Bu kapsamda iller genelinde toplamda 88 Kamu Hastane Birliği kurulmuştur (663 sayılı KHK, 2014: 8). Kurulan kamu hastanelerin yönetimi, sağlanacak hizmetin kalitesi ve verimliliğinin sürdürülebilirliği gibi sorumluluklar hastane yönetimlerine devredilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 33).

Türkiye'de 1987 yılında oluşturulan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile işletmecilik odaklı yönetim ve piyasalaşma bakımından detaylı hükümler doğrultusunda kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır. Oluşturulan yönetmeliklerin Danıştay kararı ile iptal edilmesi bu düzenlemelerin kanun kapsamında oluşturulmasına yönelmiştir (Karasu, 2011, s. 223).

Pilot uygulama olarak seçilen sağlık alanındaki kamu hizmetinin temelleri 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'na ilave edilen Ek-7'nci maddede yer alan "yapılması ihtiyaç olan ve Yüksek Planlama Kurulu ile karar verilen sağlık tesisleri projelerinin, Sağlık Bakanlığın tarafından oluşturulacak ön proje ile belirlenen temel standartlar dahilinde, kendisine veya hazineye ait

taşınmazların üzerinde ihale yolu ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek koşuluyla muayyen zaman ve bedel üzerinden kiralama yöntemi ile gerçekleştirilebilir” hükmü doğrultusunda şekillenmiştir. Bahse konu maddede kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi yöntemine ilişkin bir adlandırma getirilmemekle birlikte hukuksal anlamda ihtilaflara sebebiyet veren bu konunun 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığı’na Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’un ile söz konusu bu yeni modelin hem ismi hem de usul ve esasları belirlenmiştir (Boz, 2013, s. 278-279).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında en köklü değişim SSK hastaneleri gibi kurumlar Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylelikle hangi kuruma bağlı olursa olsun tüm vatandaşların istediği hastaneden hizmet alma imkanı yaratılmış ve hizmet yerini seçebilme avantajı oluşturulmuştur. Sağlık Dönüşüm Programı kapsamında organizasyon anlamında öncelikli adım farklı çalışma gruplarını bünyesinde barındıran SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi kurumlar 5502 sayılı Kanun ile tek sigorta çatısı oluşturulmuştur. Bu doğrultuda SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylelikle hangi kuruma bağlı olursa olsun tüm vatandaşların istediği hastaneden hizmet alma imkanı yaratılmış ve hizmet yerini seçebilme avantajı oluşturulmuştur (Akdağ, 2008, s. 38-39). Bu sayede geçmişte ücret ödeyemediği için hastaların rehin tutulması gibi yaşanan utanç durumlar geride kalmıştır (Çınar, 2017, s. 223).

Türkiye sağlıkta dönüşüm politikası ile yapılanma sürecinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hem teşkilatlanma hem de finansman açısından KÖİ modelini tercih etmiştir (Kerman vd., 2012, s. 14). Bu doğrultuda vatandaşların sağlık problemlerini il düzeyinde oluşturulacak hizmet bölgelerinde çözümlenmesini amaçlamıştır. Bu kapsamda 2012 yılı itibari ile KÖİ yöntemi ile 18 farklı kapasiteye sahip sağlık kampüsleri kurulmuştur (Kerman vd., 2012, s. 14-15). Entegre sağlık kampüsleri olarak adlandırılan “Şehir Hastaneleri”, 2017 yılı itibariyle Yozgat, Mersin ve Isparta’da faaliyete girmiştir (Çınar, 2017, s. 223).

3.8.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri’nde Kamu Özel Ortaklığı Modeli Uygulamalarına Genel Bakış

Türkiye’nin sağlık sistemine ilişkin gelişmeleri sürekli artış göstermektedir. Bu bağlamda oluşturulan düzenlemelere karşı farklı tepkiler meydana gelmektedir. Sosyal devlet politikasını benimseyen Türkiye toplumsal hizmetlerin sağlanmasını asli görevi görmektedir. Bu hizmetlerde öncelikli olan sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetleri anlamında oluşan taleplerin değerlendirilmesinde talebi oluşturanların eğitim düzeyleri dikkate alınmalıdır. Çünkü eğitim ve bilinç bireylerin taleplerinin niteliği açısından oldukça etkili bir unsurdur. Bu bağlamda eğitim oluşan taleplerin irrasyonel olmasının önüne geçecektir. Genç nüfusa sahip olan Türkiye’nin ayrıca hayat kalitesini iyileştirmeye yönelik bireysel ölçekte sağlık konusu üzerinde odaklanmalıdır (Keskin, 2011, s. 86).

1980’li yıllarda özelleştirme ile oldukça yöntem denenmiştir. Fakat son yıllarda daha çok KÖİ modeline odaklanılmıştır. Bu konu ile alakalı çeşitli tartışmalar yapılmaktadır fakat konu bütünü ile değerlendirilememektedir (Keskin, 2011, s. 86).

KÖİ modeline ilişkin uygulanması beklenen işleri şu şekilde özetleyebiliriz (Karasu, 2011, s. 185):

- Yeni sağlık tesislerinin inşa edilerek hizmete sunulması, Mevcut sağlık yapılarının sağlık hizmetlerine ve çağın gereksinimlerine uygun bir biçimde donatılması ve restore edilmesi,
- Sağlık alanında destekleyici hizmetlerin özel sektöre taşeron edilmesi,
- Sağlık hizmetleri dışındaki tüm kamu hizmetlerinin sunumunun sağlanması,
- Sağlık tesislerinde ihtiyaç duyulacak tüm araçların temininin sağlanması.

Sağlık hizmetleri sadece devlet tarafından sunulmak zorundadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayımlanan araştırma raporu sonucuna göre

Türkiye’ de tıbbi hizmetlerin % 5’inin hizmet satın alımı yolu ile piyasadan sağlandığı belirtilmiştir (Akdağ, 2010, s. 30).

Sağlık Bakanlığı KÖİ kapsamında büyük sağlık tesisi projelerini hayata geçirerek toplumun modele ilişkin yargılarını olumlu yönde değişimini sağlamayı amaçlamaktadır. Devlet gerçekleştirecek sağlık projeleri yatırımlarını KÖİ modeli sayesinde kamu bütçesinden harcama yapmadan inşa edilmesini sağlayacaktır (Güler, 2016, s. 50).

Sağlıkta Dönüşüm programı kapsamında gerçekleştirilen yapılanmalara ilişkin Türkiye’nin sağlık sisteminin değerlendirilmesine yönelik yayımlanan raporda Sağlık Bakanlığı’nın ülkedeki sağlık politikalarının ve sağlık personellerinin çalışma koşullarına yönelik iyileştirme programı oluşturarak denetimlerinin sağlanması için önermelerde bulunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26).

3.8.2. Entegre Sağlık Kampüslerine Geçiş Süreci

Nüfus oranının Dünya genelinde artış göstermesi ile sunulması gereken hizmetlerin ihtiyacı aynı paralellikte artmaktadır. Devletler özellikle sağlık alanında giderek artan talebi karşılamak ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına KÖO modeli ile yeni sağlık birimlerinin kurulmasını sağlamaktadır (Ayhan ve Önder, 2018, s. 520).

Türkiye sağlıkta dönüşüm politikası ile yapılanma sürecinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hem teşkilatlanma hem de finansman açısından KÖİ modelini tercih etmiştir (Kerman vd., 2012, s. 14). Avrupa ile yaygınlaşan kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması 2000’li yılların başından itibaren Dünya’nın en mühim gündemi haline gelmiş durumdadır (Benli, Topuz, ve Ceviz, 2014, s. 210).

1999 tarihinde 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddeleri üzerinde değişiklikler yapılmıştır. Bu doğrultuda kamu hizmetleri için ihtiyaç duyulacak alt-yapı ve üst-yapı projelerinin özel sektör ile gerçekleştirilmesi sağlanmıştır (Karasu, 2009, s. 81). Devletin öncelikli hizmet alanını oluşturan sağlık sektöründe topluma daha kaliteli ve etkin hizmetlerin sunumunu gerçekleştirmek adına yapılması planlanan sağlık projelerinin başında Entegre Sağlık Tesisleri olmuştur (Güler, 2016,

s. 37). Bu doğrultuda vatandaşların sağlık problemlerini il düzeyinde oluşturulacak hizmet bölgelerinde çözümlenmesini amaçlamıştır. Bu kapsamda 2012 yılı itibari ile KÖİ yöntemi ile 18 farklı kapasiteye sahip sağlık kampüsleri kurulmuştur (Karasu, 2011, s. 220-223).

3.8.2.1. Şehir Hastaneleri ve Entegre Sağlık Tesisleri

Entegre Sağlık Kampüsleri veya Şehir Hastaneleri Türkiye’de daha etkin ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamak amacıyla KÖİ ile oluşturulan geniş yatırım gerektiren projelerdir. Hastalara daha nitelikli ve konforlu hizmet sunulması bu yöntemin seçimindeki en önemli nedendir. Sağlık tesislerinin kapasitesini azami seviyeye çıkarılması ile hem hastanın hem de refakatçinin kalite ve konfor içerisinde tedavisinin en etkin şekilde gerçekleşmesi amaçlanmıştır (Güler, 2016, s. 50-51).

Bu sağlık tesislerinin, araştırma, teşhis ve tedaviye yönelik tüm güncel teknolojiye sahip araçları bünyesinde bulunduran donanımlı merkezler olmaları ile birlikte sunulacak sağlık hizmetlerinin kalitesi en üst düzeyde olması amaçlanmaktadır (Güler, 2016, s. 51).

Hasta memnuniyetini sağlamaya yönelik bu tesislerin içerisinde bulunan diğer özellikler; Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczane ve depolar, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark ve peyzaj alanlarıdır (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 44). Anlaşılacağı üzere KÖİ ile gerçekleşen projelerde özel şirketin rolü sağlık hizmetlerinin sunumu değil sağlık hizmetlerinin bu seviyede sunulmasını sağlayan tesislerin finansmanını ve inşasını yapmaktır. Bu yöntem ile gerçekleştirilen ilk proje ise Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü olmuştur (Güler, 2016, s. 51-52).

21.02.2013 tarihli Resmi gazetede yayınlanan 6428 nolu “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile hukuki zemini oluşturulan ve Sağlık Bakanlığı’ nın Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte olan Şehir Hastaneleri “Entegre Sağlık Kampüsleri” projeleri Tablo 3.1 ve Tablo 3.2’de verilmiştir (Güler, 2016, s. 53);

Tablo 3.1: Yapımı Tamamlanmış Entegre Sağlık Tesisleri

İller	Proje Adı	Yatak Sayısı	Açılış Tarihi
Ankara	Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü	3704	2018
Eskişehir	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	2018
Isparta	Isparta Şehir Hastanesi	780	2018
Adana	Adana Şehir Hastanesi	1550	2018
Elazığ	Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	1038	2018
Mersin	Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1294	2018
Yozgat	Yozgat Şehir Hastanesi	475	2018
Manisa	Manisa Şehir Hastanesi	558	2018
Kayseri	Kayseri Şehir Hastanesi	1607	2019

Kaynak: <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/> erişim tarihi: 12.06.2019

Tablo 3.2: İnşaat Aşamasında Olan Projeler

İller	Proje Adı	Yatak Sayısı	Açılış Tarihi
Ankara	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3704	2019
Konya	Konya Şehir Hastanesi	838	2019
Tekirdağ	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480	2019
Bursa	Bursa Şehir Hastanesi	1355	2019
Şanlıurfa	Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1769	2019
Kütahya	Kütahya Şehir Hastanesi	610	2019
Gaziantep	Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	2020
Kocaeli	Kocaeli Şehir Hastanesi	600	2020
İstanbul	İstanbul(Başakşehir-İkitelli)Şehir Hastanesi	2682	2020
İzmir	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	1700	2020

Kaynak: <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/> erişim tarihi: 12.06.2019

1980 yılı sonrası Dünya genelindeki birçok ülkede sağlık alanında önemli yapılanma sürecine girildiği gözlenmektedir. Giderek artan nüfus oranı ve sağlık teknolojilerinin gelişimleri devlet bütçesi üzerinde oluşan baskılar bu yapılanmanın temel sebepleri olarak değerlendirilmektedir. Çözüm yolunun devletin sağlık hizmetlerinin maliyetini özel şirketler ile paylaşması olarak ön görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin piyasa temelinde yeniden kurgulanması reformların ana unsurunu oluşturmakta ve IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Bu reform ile sağlanacak finansmanlar ile bütçeden tasarruf eden devlet koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalara odaklanabilecektir (Günaydın, 2011, s. 323). Yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde devletlerin en büyük problemlerinden biri olan finansman konusuna birtakım modeller ile çözüm bulunması dünyada son otuz yılda yaygınlık kazanmıştır. Devletlerin kamu hizmet sunumunda etkili olması gereken hizmetlerden birini de sağlık sektörü olarak ifade etmek mümkündür. Bunun yanı sıra nüfusun çoğalması ve yaşlanması, hastalıkların artması, hareketsiz yaşam ve obezite gibi sorunlar, hizmet sunumunda maliyetlerin giderek artmasına sebep olmakta ve bu durum birçok devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamakta zorluk çekmesine neden olmaktadır. Bu sebepten ötürü de Türkiye’de uygulamaya konulan yeni oluşumlardan biri de KÖO modeli kapsamında hayat bulan şehir hastaneleri ya da entegre sağlık kampüsleridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın üçüncü fazı ya da üçüncü ayağı olarak ortaya konan şehir hastaneleri projeleri Türk sağlık sistemine yeni bir oluşum kazandırmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın güçler ayrılığı ilkesi ve planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmesi isteği ile şehir hastaneleri gündeme gelmiştir. Bunun dışında bu uygulamada Türkiye’de de 1980’lerden sonra uygulanan neo-liberal politikaların etkisinin ve diğer politik sebeplerin de olduğunu söylemek mümkündür (Gökkaya vd., 2018, s. 2237).

KÖİ ile en son gerçekleştirilen uygulama Sağlık Bakanlığı’nın pek çok ilde gerçekleştirmeye başladığı entegre sağlık kampüsleridir. Bu projelerinin temel mantığı; projenin finansmanı, araç, bakım ve yenileme gibi hizmetlerin işlerinin özel şirket tarafından devlet garantörlüğünde sağlanmasıdır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s. 39).

Kamu ve özel sektör iş birliği ile yapıların kiralanarak hayata geçirilmesi ve sağlık hizmetleri haricindeki tüm hizmetlerin işletmesinin özel sektöre vererek inşa edilmesini sağlamaktır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27). Kamunun yalnızca sağlık hizmetlerini üstleneceği bu sistemde devlet toplumuna ayrıca hizmet sunabileceği bir sağlık tesisi oluşturur iken bu tesisin kuruluşu için ilk etapta devletin bütçesinden çıkacak toplu yatırımdan geniş zamana yayılmış minimum ödemeler ile sağlamış olmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 31). KÖO'da çeşitli modeller vardır. En fazla yap-işlet-devret modeli kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut durumda kullandığı model ise, yap-kirala-devret modelidir. Sağlık Bakanlığı yapılan şehir hastanelerini bu model ile hayata geçirmektedir (Gökkaya vd., 2018, s. 2238).

Türkiye sağlıkta dönüşüm politikası ile yapılanma sürecinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hem teşkilatlanma hem de finansman açısından KÖİ modelini tercih etmiştir (Kerman vd., 2012, s. 14). Bu doğrultuda vatandaşların sağlık problemlerini il düzeyinde oluşturulacak hizmet bölgelerinde çözümlenmesini amaçlamıştır. Bu kapsamda 2012 yılı itibari ile KÖİ yöntemi ile 18 farklı kapasiteye sahip sağlık kampüsleri kurulmuştur (Kerman vd., 2012, s. 14-15). Bu projeler şu şekilde sınıflandırılabilir. 2017 yılı içerisinde sırasıyla Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana illerinde yapılması planlanan şehir hastaneleri hizmete açılmıştır. 2018 yılı içerisinde Kayseri, Elazığ, Manisa, Eskişehir ve Ankara-Bilkent illerinde şehir hastaneleri ya da, entegre sağlık tesislerinin açılması planlanmaktadır. 2019 yılında Gaziantep, Konya, Bursa, Kütahya, Kocaeli, Ankara-Etlik illerinde, 2020 yılında ise, İstanbul-İkitelli, İzmir-Bayraklı ve Şanlıurfa illerindeki şehir hastanelerinin açılması planlanmaktadır. Bunların dışında da Sağlık Bakanlığı sonradan başka illerde şehir hastanesi yapılması için adımlar atarak toplamda şuan için 34 projenin yapılmasını hedeflemiştir (Gökkaya vd., 2018, s. 2238).

Gerçekleştirilen ve gerçekleştirilmesi planlanan bu sağlık tesislerinin içerisinde kapasite açısından en büyük kampüsler Ankara ilinde bulunmaktadır. Bütün projelerde uygulanmak üzere yapım ve işletme süreçleri ile bu süreçlerin tamamını kapsayan anlaşmalar oluşturulmuştur. Herhangi bir kampüs projesi ile ifade etmek gerekirse yapım 4 yıl, işletme 30 yıl toplamda anlaşma süresinin 34 yıl

olarak yapılması olarak açıklanabilir (Kerman vd., 2012, s. 15). Anlaşma süresi bittiğinde işletme hakkı ile beraber kamuya devredilir (Gökkaya vd., 2018).

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanununun 09 Haziran 2007 tarih ve 26547 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile; 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 17/C Maddesinin (k) bendine göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adı altında müstakil Daire Başkanlığı olarak kurulmuştur (Yıldırım, Yıldırım, ve Akbulut, 2012, s. 71).

Sağlık alanında KÖİ finansman modelin uygulanması ile (Yıldırım, Yıldırım, ve Akbulut, 2012, s. 71);

- Kamu hizmetleri az maliyetle daha kaliteli bir şekilde sunulması sağlanabilir,
- Kamu bütçesi ile sunulan hizmetlerin finansal anlamda sıkıntı çekilmeden sağlanması,
- Devlet kamu bütçesi doğrultusundaki hizmet planlama süresini kısaltarak az sürede daha çok hizmet üretebilmesi,
- Devlet hizmetlerine yönelik yatırımları özel şirketler aracılığı ile finanse ederek atıl sermayenin ek yatırımlara tahsisini sağlanması,
- Altyapı ile ilgili güncel teknolojilerin kullanımı ile sağlamaştırıcı çalışmaların yapılması eşgüdümlü olarak sanayiye katkı sağlanarak ülke ekonomisine fayda sağlanması,
- Büyük yatırımlar gerektiren projeler için ilk etapta bütçeden çıkarılacak bedeli minimuma indirerek kira bedeli olarak zamana yayılarak ödenmesinin sağlanması,
- Gerçekleştirilecek projelerde inşaata dair işler için yerel firmalar ile taşeronluk anlaşması yapılarak hem tecrübe hem de maddi açıdan katkı sağlanması hedeflenmektedir.

3.8.2.2. Şehir Hastanelerinin Hukuki Süreci

Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı modeline yönelik ilk adım, 2005 tarihli 5396 sayılı yasa ile sağlanmıştır. 5396 sayılı yasa, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda hizmetin satın alım, sunum, teşkilatlanma ile finansman açısından radikal değişiklikler sağlayacak yasal değişikliğin neticesinde 3/7/2006 tarihinde Bakanlar Kurulu'nca 2006/10655 karar sayılı Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çıkartılmıştır (Karasu, 2011, s. 220-223). KÖO sağlık tesislerinin yapılmasında bir yöntem olarak kullanılması sağlamaktadır. Buna göre özel sektör tarafından gerçekleştirilecek sağlık tesislerini bakanlık kiralayacaktır. Yap-kirala-devret olarak adlandırılan bu KÖO modeli ile ilgili uygulama yönetmeliği de Temmuz 2006'da yürürlüğe girmiştir. Bu çerçevede uygulanan somut projeler şehir hastaneleri olarak adlandırılmaktadır (Gökkaya vd., 2018, s. 2239).

2006 yılında 3.7.2006 tarih ve 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" (KÖO Yönetmeliği) çıkarılmıştır. KÖO modeline ilişkin bu yasada belirtilen işler şu şekildedir (Gökkaya vd., 2018, s. 2239).

- Yeni sağlık tesislerinin kira bedeli karşılığında inşa edilerek hizmete sunulması,
- Mevcut sağlık yapılarının sağlık hizmetlerine ve çağın gereksinimlerine uygun bir biçimde donatılması ve restore edilmesi,
- Sağlık alanında destekleyici hizmetlerin özel sektöre taşeron edilmesi,
- Sağlık hizmetleri dışındaki tüm kamu hizmetlerinin sunumunun sağlanması,
- Sağlık tesislerinde ihtiyaç duyulacak tüm araçların temininin sağlanmasıdır.

Bu kanunlar KÖO kapsamında yap-kirala-devret modeliyle şehir hastanelerinin yasal alt yapılarını oluşturmaktadır. Bu yasalarla şehir hastaneleri koruma altına alınmıştır denilebilir. Bu süreçte sözleşme süreci boyunca sağlık tesisinin bakım ve onarımı özel sektöre ait olmakla birlikte sözleşme süreci bitince arsa ve üzerindeki tüm tesisler Sağlık Bakanlığı'na devredilecektir. Ayrıca söz konusu kanunlara göre yapılacak işler Kamu İhale Kanunu kapsamında olmayacaktır (Gökkaya vd., 2018, s. 2239).

KÖO modelinde aşağıdaki şartlara göre işlemler gerçekleşmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat, ve Işık, 2015, s. 229-230):

- Maksimum sözleşme süresi 49 yıldır. Ancak bu sözleşmeler genelde yapım süreci ile en fazla 30 yıl olarak hayata geçmektedir.
- Bakanlıkça ön proje ve temel şartname ekinde verilecektir.
- Bedelsiz arsa tahsis edilecektir. Yani arsayı kamu verecektir.
- Detay proje özel sektörce hazırlanacaktır.
- İhaleyi kazanan sağlık tesisi inşaatını yapacaktır.

3.8.2.3. Şehir Hastanelerinin Yönetsel Süreci

Yukarıda da ifade edildiği gibi KÖO'nun yap-kirala-devret modeli ile kamunun belirli bir sözleşme karşılığında hazine arazisi üzerinde yüklenici firma tarafından yaptırılan sağlık tesislerini 25 yıllığına kiralaması ve ayrıca çekirdek sağlık hizmetlerinin dışındaki diğer destek hizmetlerinin sunumunun da yüklenici firmaya terk edilmesinden oluşmaktadır. Karahanoğulları'na göre bu şekilde idare, çekirdek hizmetlerin gerçekleştirilebilmesi sorumluluğunu üstlenirken; destek hizmetleri, kamu gözetim ve denetiminde karşılığı yıllık kira bedeli içinde olacak şekilde yüklenici firma tarafından yürütülecektir. Buna göre, çekirdek tıbbi hizmetler kamu tarafından görülecekken, tıbbi hizmetlere yardımcı nitelikte olan sterilizasyon, laboratuvar işlemleri, temizlik hizmetleri, tıbbi görüntüleme, bilgi ve veri işleme, personel ve sekreterlik hizmetleri, teknik destek hizmetleri ve otelcilik hizmetleri, otopark ve kafeterya işletimi yüklenici firma tarafından gerçekleştirilecektir. Bu

kapsamda yüklenici firmanın yürüteceği işler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Karahanoğulları, 2011, s. 143-146);

Tablo 3.3: KÖO Kapsamında Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler

P1 HİZMETLERİ	P2 HİZMETLERİ
Bina ve Arazi Hizmetleri	Temizlik Hizmetleri, Güvenlik Hizmeti, Otopark Hizmetleri
Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmetleri	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri, Yemek Hizmetleri
Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri	Atık Yönetim Hizmetleri, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmeti	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmeti
Mefruşat Hizmeti	Hasta Yönlendirme ve Refakat / Resepsiyon / Yardım Masası / Taşıma Hizmetleri
Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmeti	İlaçlama Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Hastane içerisinde yüklenici firma P1 ve P2 hizmetleri toplamda 19 hizmeti yürütmekle görevlidir. Bunlar içerisinde görüntüleme, laboratuvar, atık yönetim, rehabilitasyon, çamaşır ve çamaşırhane, yemek ve sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri miktara bağlı olan hizmetler sınıfına girerken diğer hizmetler ise miktara bağlı olmayan hizmetler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bunların dışındaki hizmetler ise başhekimlik tarafından yürütülmektedir. Her iki taraf bu işleri kendi personeli ile yürütmektedir (Gökkaya vd., 2018, s. 2240).

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında ise şehir hastanelerinden sorumlu Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu daireye bağlı yardım masası ve istatistik birimi, şehir hastaneleri destek merkezi ve hukuk birimi olmak üzere alt birimlerle birlikte şehir hastanelerinin takibi yapılmaktadır (Gökkaya vd., 2018, s. 2240).

Çekirdek hizmetlerin yönetim ve sorumluluğu hastanenin başhekimliğinde olurken destek hizmetlerin yönetim ve sorumluluğu yüklenici firma tarafındadır. Bu durumda hastane içerisinde iki başlı bir yönetim olup herkes kendi yetki alanına giren konularda sorumluluklarını yerine getirmektedir. Bu durum bazen hastane içerisinde yönetsel olarak çatışmalara sebebiyet verebilmektedir (Gökkaya vd., 2018, s. 2240).

3.8.2.4. Şehir Hastanelerinin Finansal Süreci

KÖO modeli kapsamında mevcut sağlık yapılarının sağlık hizmetlerine ve çağın gereksinimlerine uygun bir biçimde donatılması ve restore edilmesi amaçlanmaktadır. Kamu ve özel sektör iş birliği ile yapıların kiralanarak hayata geçirilmesi ve sağlık hizmetleri haricindeki tüm hizmetlerin işletmesinin özel sektöre vererek inşa edilmesini sağlamaktır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 27). Büyük yatırımlar gerektiren projeler için ilk etapta bütçeden çıkarılacak bedeli minimuma indirerek kira bedeli olarak zamana yayılarak ödenmesi sağlanmaktadır (Karasu, 2011, s. 217).

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'un 6. maddesi ise şu şekildedir: "Yüklenici, sözleşme konusu işlerle ilgili gerekli tüm finansmanı sağlamakla yükümlüdür. Yüklenicinin bu kanun kapsamında gerçekleştireceği yapım işleri için tahsis edeceği öz kaynak oranı, yatırım dönemi süresince sözleşmede belirtilen dönemsel yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz." Bu hüküm ile özel şirketin sahip olması gereken asgari seviyedeki öz kaynak miktarı ortaya konmuştur. Bu maddeye göre yüklenici firma hastanenin yapılması sürecindeki bütün finansal sorumlulukları üstlenerek yatırımı gerçekleştirip inşaatı biten hastaneyi içindeki bütün malzemelerle birlikte kullanıma hazır hale getirip sözleşme gereği Sağlık Bakanlığı'na belli bir ücret karşılığında kiralamaktadır. Bu kiralama süreci ödeme durumu hastanenin kullanım bedeli ve hizmet bedeli olmak üzere iki şekilde planlanmıştır. Yukarıda anlatılan P1 ve P2 hizmetlerle beraber hastanenin kira olarak kullanım bedeli yüklenici firmaya 25 yıl boyunca bakanlığa bağlı

kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden veya merkezi bütçeden karşılanacaktır (Bkz. 6428 sayılı kanunun 5. Maddesi 5. Fıkra). Ayrıca şehir hastanelerinin bulunduğu sağlık kampüslerindeki ticari işletme alanlarından elde edilen gelirler yüklenici firmanın olacaktır (Gökkaya vd., 2018, s. 2240-2241).

Şehir hastanelerinin en tartışmalı alanını finansman konusu oluşturmaktadır. Çünkü bu hastanelerin yapım maliyetleri ve bunlar için ödenecek kira bedelleri tam anlamıyla açıklanmamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve yüklenici firma arasında imzalanan sözleşmeye üçüncü kişiler ulaşmamaktadır. Bu durum ise akıllara çeşitli soru işaretlerini getirmektedir. Ayrıca bu sürecin şeffaf olarak yönetilmediği de ileri sürülmektedir. Çeşitli illerde yapımı tamamlanmış ve diğer illerde de yapımı devam eden bu devasa şehir hastanelerinin uzun yıllar boyunca kiralanması söz konusu olduğu için getirisinin ve götürüsünün iyi hesaplanması gerekmektedir. Çünkü bu hastaneler milyon dolarlara yapılmakta ve bunun karşılığında firmalar belli kazançlar beklemektedir. Bu durumda kâr-zarar dengesinin iyi sağlanması gerekmektedir. Aksi halde toplam yapılacak hastaneleri düşündüğümüzde ülkenin bütçesine ilerleyen zamanlarda ağır baskılarının olacağı tahmin edilmektedir (Gökkaya vd., 2018, s. 2241).

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde 1980’den itibaren yapılan değişikliklerde, dönem boyunca benimsenen neo-liberal politikaların etkisi çok olmuştur. Türkiye’de 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planında “Herkes Sağık” başlığı ile oluşturulan ve 2003 yılında kamuoyuna duyurularak uygulanma sürecine başlanılan Sağıkta Dönüşüm Programı kapsamında; insan ve toplum için en önemli olgu olan sağık alanında birçok adım atılmıştır. Özellikle sağık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik, verimlilik ve kalite açısından hedefler ortaya konulmaktadır. Sağık Bakanlığı’nın görev tanımının yeniden oluşturulması, GSS, geliştirilen e-sağık uygulamaları, sağık alanında çalışan personel sayısının artırılması bu adımların en önemli noktalarıdır.

Türkiye’de Sağıkta Piyasalaşma konusunda en radikal adımın sağık sektöründeki ihale yapısının Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne entegre edilerek yeniden yapılanması olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Özellikle finansman ve ödeme kısmında daha önce kamu tarafından ödenek oluşturulmadan yapılamayan sağık tesisleri, Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nde ödenek ayrılması söz konusu olmayıp, finansın tamamen özel şirketler tarafından karşılanması ve özel sektörden işin bitiminde devlet tarafından devralınıp yap-kirala anlayışıyla özel şirketlere yatırımın karşılığı kullanım bedeli şeklinde yıllara yayılarak ödenmesi ihale süresi aşım riskini azaltarak nitelikli sağık tesislerinin yapım süresinin azaltılması hedeflenmiştir.

Daha önce teknoloji yenilenmesinin devlet tarafından üstlenildiği görülmekteydi. KÖİ modelinde sözleşme süreleri işletme süresi olduğundan, hizmetin daha ekonomik ve rantabl işletilmesine yönelik her türlü teknolojik gelişmenin firma tarafından yerine getirilmesi öngörülmektedir. Sağık Personeli açısından düşünüldüğünde konforlu çalışma ortamı, sosyal alanların çoğaltılması, iş kolaylığı ve daha çok istihdam ortamının yaratılması hedeflenmektedir.

Zaman içerisinde oluşan büyük ölçekteki ihtiyaçlara yönelik kamu tarafından topluma hizmet esasına dayalı olarak sağlanması gereken yatırımlar KÖO modelinin benimsenmesini sağlamıştır. Bu doğrultuda kamunun yatırım için

harcaması gereken bütçeyi azaltarak mevcut bütçesini başka alanlarda toplumun yararına olacak hizmetlerin sunumu için kullanılması durumu söz konusu olabilecektir. Ayrıca anlaşma sağlanan alanda uzmanlığı olan şirketler ile iş birliği yapılması gerçekleştirilmesi projenin verimliliği ve başarısına olumlu katkılar sağlamakla beraber yatırımın riskini bölüştürülerek azaltılması hedeflenmektedir.

KÖİ modelinin Dünya çapında da birçok ülke tarafından benimsenmesinin altında yatan sebeplere bakıldığında, devletlerin sağlık alanında giderek artan talebi karşılamak ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına bu modelin sunduğu avantajlar olduğu görülmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Piyasalaşma konusunda en radikal adımın sağlık sektöründeki ihale yapısının Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne entegre edilerek yeniden yapılanması olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Özellikle finansman ve ödeme kısmında daha önce kamu tarafından ödenek oluşturulmadan yapılamayan sağlık tesisleri, Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nde ödenek ayrılması söz konusu olmayıp, finansın tamamen özel şirketler tarafından karşılanması ve özel sektörden işin bitiminde devlet tarafından devralınıp yap-kirala anlayışıyla özel şirketlere yatırımın karşılığı kullanım bedeli şeklinde yıllara yayılarak ödenmesi ihale süresi aşım riskini azaltarak nitelikli sağlık tesislerinin yapım süresinin azaltılması hedeflenmiştir.

Daha önce teknoloji yenilenmesi devlet tarafından üstlenildiği görülmekteydi. KÖİ modelinde sözleşme süreleri işletme süresi olduğundan, hizmetin daha ekonomik ve rantabl işletilmesine yönelik her türlü teknolojik gelişmenin firma tarafından yerine getirilmesi öngörülmektedir. Sağlık Personeli açısından düşünüldüğünde ise konforlu çalışma ortamı, sosyal alanların çoğaltılması, iş kolaylığı ve daha çok istihdam ortamının yaratılması hedeflenmektedir.

Zaman içerisinde oluşan büyük ölçekteki ihtiyaçlara yönelik kamu tarafından topluma hizmet esasına dayalı olarak sağlanması gereken yatırımlar KÖO modelinin benimsenmesini sağlamıştır. Bu doğrultuda kamunun yatırım için

harcaması gereken bütçeyi azaltarak mevcut bütçesini başka alanlarda toplumun yararına olacak hizmetlerin sunumu için kullanılması durumu söz konusu olabilecektir. Ayrıca anlaşma sağlanan alanda uzmanlığı olan şirketler ile iş birliği yapılması gerçekleştirilmesi hedeflenen projenin verimliliği ve başarısına olumlu katkılar sağlanması, yatırımın riskini bölüştürülerek azaltılması hedeflenmektedir.

KÖİ modelinin Dünya çapında da birçok ülke tarafından benimsenmesinin altında yatan sebeplere bakıldığında, devletlerin sağlık alanında giderek artan talebi karşılamak ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına bu modelin sunduğu avantajlar olduğu görülmektedir.

Devlet, kamu bütçesi doğrultusundaki hizmet planlama süresini kısaltarak az sürede daha çok hizmet üretebilir. Özel şirketler ile yapılacak anlaşmalar ile finansmanı sağlayarak çok daha geniş yatırımlar yapma fırsatı elde edilebilir. Ayrıca, devlet hizmetlerine yönelik yatırımları özel şirketler aracılığı ile finanse ederek atıl sermayenin ek yatırımlara tahsisi sağlanabilir. Bu sayede toplumuna ayrıca hizmet üretirken bu yatırım için ilk etapta devletin bütçesinden çıkacak toplu yatırımı geniş zamana yayılmış minimum ödemeler ile yaparak finansal açıdan avantaj elde edebilir ve varlığını sürdürebilmesi ile hizmet olanaklarının arttırmaya yönelik fırsatlar yaratabilir. Kamu Özel İşbirliği ödemelerinin uzun dönemli olması sebebiyle kamuoyunda bu projelerin pahalı olduğu algısını yaratabilme riski ve projenin ölçeği, kapsamı ve inşaa süresi boyunca tespit edilmeyen zorluklar ortaya çıkması, tarafların ihtilafa düşerek projenin başarısız olabileceği durumların ortaya çıkması da olasılıklar arasındadır.

Uzun dönemi kapsayan projelerin kar-zarar hesaplamalarının yapılmasında gelecekte yaşanacak kriz ve kur hesaplamalarının dikkate alınmama riski, yapılan projelerde maliyet ve kira bedellerinin tam olarak açıklanmaması finansal olarak dezavantaj olarak ortaya çıkabilir.

Sağlık çalışanları açısından bakıldığında model ile ilgili gerekli eğitimin ve bilgilendirmenin yapılmaması bu modele olan güvenin azalmasına ve iş güvencesi konusunda özelleştirme algısının getirdiği riskli durumların ortaya

çıkabileceği düşüncesi sektöre karşı ön yargının oluşmasına yol açabileceği görülmektedir.

Ayrıca hastanelerin alan büyüklüğü, kapasitesi ve inşa edildiği alanlar ile ilgili hastaların ve çalışanların ulaşım konusunda yaşaması muhtemel zorlukların oluşması çalışan ve hasta şikayetlerinin artması söz konusu olumsuz durumlardan biri olarak görülebilir.

KAYNAKÇA

Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25-51.

Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporu*. Ankara.

Akdağ, R. (2010). *Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu*. (Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı).

Akdur, R. (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri Kıyaslaması. Ankara.

Akdur, R. (2006). Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma. *"Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*, s. 20.

Aktan, C. C. (2007). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Aura Kitapları.

Alagöz, M., & Yokuş, T. (2017). Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Yatırımları ve Ekonomik İllüzyon Etkisi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* , 115-122.

Arslantaş, D. (2013). Temel Sağlık Hizmetleri. *Temel Sağlık Hizmetleri*, s. 3.

Aştı, T. A. (2012). Sağlık Kavramı. *İstanbul Üniversitesi (İ.Ü) Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu*. İstanbul.

Atasever, M. (2014). *Türkiye Salık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Ankara.

Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta Yayın.

Ayhan, E., & Önder, E. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Dergisi*, 4(1).

Aykır, E. (2014). Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm (2002-2012). 3. İstanbul.

Bardakçı, M. (2013). *Habertürk*. 03 16, 2019 tarihinde www.haberturk.com: <https://www.haberturk.com/gundem/haber/861489-ilk-tip-fakultemizde-kadavra-icin-bir-imama-rusvet-teklif-edilmisti> adresinden alındı

Basan, N. M., & Bilir, N. (2016). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *15*(1), 45.

Belek, İ., & Soyer, A. (1995). Sağlıkta Özelleştirme. İstanbul: Sorun Yayınları.

Benli, F., Topuz, G., & Ceviz, E. (2014). Kamu Özel Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi Ve Riske Maruz Değer (Var) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümlemesi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*(28), 210-226.

Boz, S. (2013). Kamu Özel Ortaklığı (PPP) Modeli. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2).

Bulut, A. (tarih yok). Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar, & B. Akkıyal (Dü.) içinde, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları* (s. 111-124). İstanbul: İletişim Yayınları.

Can, A., & İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253.

Cebeci, A. (2011). Kamu Özel Ortaklığı ve Koordinasyonu Sağlayan Kurum Olarak Yoikk. *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Çavmak, D., & Çavmak, Ş. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*.

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*.

Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çelik, Y., & Şenel Tekin, P. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Otaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 81-98.

Çınar, N. F. (2017/4). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(29), 215-232.

Çırpıcı, E. (2015). *Sağlıkta Dönüşüm Çıkmazı*. Gece Kitaplığı.

Demirel, Y., Yoldaş, M. A., & Uslu Divanoğlu, S. (2009). Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*(17).

Deppe, H.-U. (2009). The Nature Of Health Care: Commodification Versus Solidarity. *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism Socialist Register 2010*, 30-39. (L. Panitch, & C. Leys, Dü) The Merlin Press, London.

Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9-34.

Flinders, M. (2005). The Politics Of Public-Private Partnerships. *The British Journal Of Politics And International Relations*.

Gerrard, M. (2001). What Are Public-Private Partnerships And How Do They Differ From Privatization. *Finance & Development, A Quarterly Magazine Of The Imf*.

Gökkaya vd., D. (2018). Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 2235-2243.

Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkiler*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Güdük, Ö., & Kılıç, H. (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye'de Gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 102-107.

Gül, S. (2004). *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*,. Ankara: Etik Yayınları.

Güler, T. (2016). 2000'li Yıllar Türkiyesinde Siyaset-Bürokrasi İlişkilerinin Kamu Yönetimi Reformları Üzerinden Okunması. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 347-382.

Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları*, (s. 323-365).

Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.

Hamzaoğlu, O. (2007). Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 22(6).

Hamzaoğlu, O. (2009, Ocak-Şubat). Kapitalizmin Krizi ve Sağlık:Türkiye Örneği. *Toplum ve Hekim*, 24(1), 26-35.

Harris, S. (2006). Ppp: Key Messages Of Government Based On Uk And International Experience. *Uluslararası Kösi (Ppp) Zirvesi Ve Sempozyumu*. Ankara.

Hermann, C. (2009). The Marketisation of Health Care in Europe. *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism Socialist Register 2010*, 125-144. (L. Panitch, & C. Leys, Dü) London, The Press Merlin.

İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*(12), 177.

Karabulut, U. (2007). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı Ve Hizmetleri (1925-1937). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 6.

Karahanoğulları, O. (2011, Mayıs 6-7). Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı). *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Karahanoğulları, Y. (2012). Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67.

Karasu, K. (2009). Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi. *Kamu Yönetimi:Yapı İşleyiş Reform*. Ankara: Kayaum Yayınları.

Karasu, K. (2011, Mayıs 6-7). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı. *Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu*.

Kasapoğlu, A. (2016, Ekim). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), s. 133.

Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kerman vd., U. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1-23.

Keskin, S. (2011). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu-özel ortaklığı modeli: Aydın örneği. *Adnan Mendere Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi)*. Aydın.

Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., & Uysal, K. (2014). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.

Leblebici Teker, D. (2008). *Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi*. Okan Üniversitesi.

Linder, S. (1999). Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings. *The American Behavioral Scientist*.

Loeppky, R. (2009). Certain Wealth: Accumulation İn The Health Industry. *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism Socialist Register 2010*, 59-83. (L. Panitch, & L. Colin, Dü) Teh Merlin Press, London.

Minow, M. (2003). *Public And Private Patnerships*. 11 06, 2019 tarihinde Public And Private Patnerships: Accounting Fort He New Religion: <https://dash.harvard.edu/handle/1/3138655> adresinden alındı

Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*(1), 3.

Orkunoglu, I. (2010). Özelleştirme ve Alternatifleri. *Akademik Bakış Dergisi*, 22.

Özer, M., & Bakır, B. (2003). Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmelerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 45(2), 122.

Özkal Sayan, İ., & Küçük, A. (2012). Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 171-203.

Öztürk, O. (2017). Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları. A. Çelik, & M. Koray içinde, *Himmet, Fitrat, Piyasa AKP Döneminde Sosyal Politika*. Ankara: İletişim Yayınları 1.Baskı.

Pehlivan, Ö. (2009, Mart). Kamu Özel Sektör İşbirliği Türkiye Uygulamaları. *Hazine Müsteşarlığı*.

Pişkinsüt, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik. *Toplum ve Hekim*, s. 92.

Shahmanesh, M. (2007). Neo-Liberal Globalization And Health: Modern Tragedy. *Critique*, 35(3), 315-338.

Sönmez, M. (2011). *Türkiye'de Sağlık Ticarileşmesi- Paran Kadar Sağlık*. İstanbul: Yordam Kitap.

Sözen, C. (2002). Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim. Ankara: Nobel Yayın.

Şahar, L. (2015). Sağlık Sektörü Hizmetleri Sunumunda Eksik Rekabet Koşulları(Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.

Şenel Tekin, P. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003, Aralık). Sağlıkta Dönüşüm.

T.C.Kalkınma Bakanlığı, K. (2012). *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*.

Tekin, A. (2007, Mayıs). Kamu Özel İşbirlikleri/Ortaklıkları [PPP] ve Türkiye Örneği. *ÖİB*.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Uğur, A., & Miynat, M. (2014). Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının Ekonomik Politikası. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(2).

Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1).

Uzkesici, N. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını*. Eskişehir.

Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*. Bursa: Ekim Basın Yayın.

Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Nota Bene Yayınları.

Yazıcı, E. (2018). Sağlık Politikalarında Değişim ve İstihdam Biçimine Etkisi. *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 20(3), 131-132.

Yıldırım, H. H. (2012). 03 16, 2019 tarihinde alındı

Yıldırım, H., Yıldırım, T., & Akbulut, Y. (2012). “Sağlık Sigortacılığı”, *Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi Yayını*. 04 13, 2014 tarihinde <http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/sak205u.pdf> adresinden alındı

Yılmaz, F., & Karakaş, D. (2011, Mayıs 6-7). Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye ye Özgü Nedenleri. *ağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu Bildiriler Kitabı*.

Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*.