DOSYA/DERLEME

# KAMUDAKİ ÖZEL

Aslı DAVAS*

**Özet**

Türkiye'de sağlık reformları sadece sağlık hizmet sunumunda özel sektörün payının artmasına değil, kamu hizmetlerinin ticarileşmesine de neden olmuştur.

Bu yazıda kamu ve özel sağlık hizmetleri kabaca tanımlanmış, Türkiye'de özelleştirme ve hizmetlerin ticarileşme sürecine kısaca değinildikten sonra kamu hastane hizmetlerinde özel sektörün varlığı ve özele sermaye aktarımının mekanizmaları gözden geçirilmiştir. Devlet, Türkiye'de sağlık alanındaki sorumluluklarını azaltmakla birlikte henüz oldukça büyük bir bölümünü üstlenmekte ama bunu özelden hizmet alarak sürdürmektedir. Bu süreç, 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde yapılan değişiklikle devletin sağlık hizmeti görevinde değişiklik yapılmasıyla ve 1983 yılında 2907 sayılı döner sermaye hakkındaki kanunda yapılan değişikliklerle başlamıştır.

Kamunun özel sektörden hizmet satın almaya başlaması özel sektör yatırımlarını en fazla arttıran teşviklerden biri olmuştur. Hizmet satın almanın kapsamı kamu hizmet sunumunda yapılan değişikliklerle, çeşitliliğin arttırılmasıyla genişletilmiştir. İhale, imtiyaz, şirketleşme, kamu özel işbirliği, kiralama gibi yöntemlerin çoğu Türkiye'de uygulanmaktadır. Bu yöntemler aslında birer kamu özel ortaklığı modelleridir.

Türkiye'de özel sektör bu mekanizmalarla oldukça büyütülmüştür. Kamu neredeyse çalışan personel hariç bir özel sektör kurumu olma yolundadır. İmtiyazlar, kamu özel ortaklıkları ve bunun gibi bir çok yasa içeriği emekçilerle daha anlaşılmadan, sermayeye büyük olanaklar sağlamakta ve giderek taşeronlaşan bir sağlık sektörünü oluşturmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Özelleştirme, Ticarileşme, Kamu Sağlığı Hizmetleri

*Öğr. Gör.; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

## Hidden private in public health services


### Abstract

Health reforms in Turkey have both caused private sector to have more allocation in the presentation of health services and contributed public services to commercialise. In this paper, public and private health services are identified briefly; the period for privatization and commercialization of health services is shortly mentioned and hereafter the presence of private sector in hospital services and private capital transfer mechanisms are reviewed. While government has decreased its responsibilities in healthcare field, it still undertakes a considerable part of them by receiving support from the private sector. This period started in Turkey with amendments such as 56th article of 1982 Constitution which changed the health service function of the government and 2907th law which made changes in circulating capital in 1983.

With the initiation of service purchase from private sector, public sector has encouraged the investments of private sector at the utmost. The scope of service purchase has been extended by revisions in public service presentation and enhancement of variety. Most methods such as tender offer, privilige, incorporation, collaboration of public and private and hiring have been carried out in Turkey. These methods are primarily the models of the partnership of public and private sectors.

The private sector in Turkey has been maximized by the mechanisms aforementioned above. The public sector excluding its working personnel gradually becomes a private sector establishment. Prior to any agreement with working class, many law contents such as priviliges, the association of public and private sectors and etc. enable capitals great opportunities and create a health sector with sub-contracts day by day.


**Keywords:** Privatisation, commercialisation, public health services

Performans puanına göre kamuda çalışan bir hekimin hangi işlemi yaptığında ne puan alacağı dolayısıyla ne kadar kazanacağı ona sunulan talimatla belirlenir. Bu talimat sadece puanları değil, kamunun yapılmasını daha çok tercih ettiği işlemlere göre yapılandırılır. Kamu dikişsiz katarakt ameliyatını fako tekniğiyle yapılmasını tercih ediyorsa, çizelgeye sadece bu ameliyatı ekler. Fako tekniğiyle yapmak aslında daha çok malzeme kullanmanızı gerektiriyor olabilir, daha çok malzeme ithal etmek zorunda kalabilirsiniz hatta hastane döner sermayesini zarara uğratacaksınız da demek olabilir. Ama çizelgede sadece bu teknik yazılıysa bir göz hekimi sadece bu tekniği kullanabilir. Başka çareniz yoktur. Bir hekim olarak karar verme yetkiniz ulusal ya da uluslararası sermayeyle sağlık bakanlığı arasında yapılan pazarlıklarca belirlenmiştir.

Kamudaki özeli tartışmak bu nedenle zor ve karmaşık hale gelmiştir. Aynı nedenle de çok önemlidir. Piyasa mekanizmalarıyla belirlenen bir sağlık hizmetinde tıbbi zorunlulukların çerçevesi belirsizdir. Artık aldığımız sağlık hizmetinin ne kadarının tıbbi ne kadarının mali gerekçelerle şekillendiğini en azından hizmeti alan olarak belirleyemeyiz.

Bu yazıda kamu ve özel sağlık hizmetleri kabaca tanımlanmaya çalışılacak, hizmetlerin ticarileşme sürecine kısaca değinildikten sonra kamu hastane hizmetlerinde özelin boyutu, dolayısıyla özele sermaye aktarımının mekanizmaları gözden geçirilecektir.

İkinci Dünya savaşından 1970'lere dek bu dergide de bir çok makalede konu edildiği üzere Keynesyen politikalar ön planda olmuş, devlet bu dönem boyunca emek gücünün yeniden üretimini üstlenmiş ve kimi toplumsal hizmetleri elinde toplamıştır. Bu dönemde sömürü anlayışında bir değişiklik

olmadan, artı değerden bir miktar fedakarlık edilerek tıbbi bakım, eğitim hizmetleri, yiyecek ve konut sağlama politikalarıyla talebi yaratacak ücretliler desteklenmiştir. Bu dönemde kapitalist sosyal devlet, sınıf mücadeleleri arasında denge oluşturmuş, kitlelerin artan beklentileriyle sermayenin krizsiz gelişimini dengelemiştir **(Belek, 2009)**. Sosyal devletin gelişimi daha çok Avrupa'da ve gelişmiş kapitalist ekonomilerde ön plana çıkmış, Dünya Bankası, IMF gibi küresel aktörlere borçlu olan gelişmekte olan birçok ülkede sınıf mücadeleleri ve kapitalizmin gelişim evresi sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla kamusal bir hizmet olmasını sağlayamamıştır **(Lister, 2008)**.

1970 sonrası neoliberal politikaların ön plana çıkmasıyla kamunun ödev ve sorumluluklarında değişim başlamıştır. Kamu tarifi 2000'lere uzanan süreçte gerek ekonomik müdahaleler, gerekse kamusal olması öngörülen sağlık, eğitim gibi kavramların sisteme meşrutiyet kazandırma rollerindeki ideolojik dönüşümle değişmiştir. Kapitalizm yeni döneminde kamu hizmetlerini piyasada alınıp satılacak metalara dönüştürmüştür **(Leys, 2011)**.

Literatürde özelleştirme ve ticarileşme birbirlerinin yerine kullanıldığı durumlar az olmamakla birlikte aslında birbirini tamamlayan iki farklı kavramdır. Bununla birlikte kamu hizmetlerinde ticarileşme özel sağlık sektör sermayesinin daha risksiz bir ortamda büyümesini sağlayan önemli bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin özelleşmesi, daha önce kamunun olanın kar amaçlı olsun ya da olmasın özele devrini içerir. Buna örnek olarak sosyalist bloğun yıkılmasından sonraki dönemde bazı Doğu Avrupa ülkelerindeki değişim gösterilebilir. Piyasalaşması ise hükümet ya da yarı hükümet kurumlarının kendi mali performansından sorumlu hale gelmesi ya da ticari anlamda karlı olmasının beklenmeye başlanması olarak tanımlanabilir. Kamu kurumları sosyal hedeflerinden vazgeçmeden ve kamu mülkiyetinde olma özelliklerini yitirmeden, özel örgütlenmelerin yapılarını ve verimliliklerini taklit ederler. Piyasalaşma farklı ülkelerde farklı tiplerde uygulanmaktadır **(Travaglia, 2007)**. Sağlık hizmetlerinde piyasalaşmanın en önemli sonucu kamu ve özel sektör arasındaki sınırları belirsizleştirmesidir. Özelleştirmenin de piyasalaşmanın da sağlık hizmetlerine olumsuz etkisini gösteren birçok araştırma mevcuttur. Travaglia ve Braithwaite özelleştirmenin hizmet kalitesinin kötüleşmesiyle sonuçlandığını; yoksulların sağlık hizmetlerine erişimini kötüleştirdiğini, hasta ve hekim arasında şiddeti arttırdığını gösteren; piyasalaşmanın da bakım hizmetleri ve verimlilik arasında çatışma yarattığını, tıbbi hizmet kalitesinin önemsenmemesine neden olduğunu gösteren araştırmaları özelleştirme ve ticarileşmenin sonuçlarıyla ilgili literatürü derledikleri makalelerinde sunmuşlardır.

Kamunun kar amacı gütmeye başlamasıyla nasıl bir kamu olduğu sorgulanmaya başlamışken, özelin de üzerindeki hükümet denetimlerinin düzeyi eskisine göre daha sınırlayıcıdır **(Maarse, 2007)**. Türkiye'de de Sosyal Güvenlik Kurumu'yla (SGK) anlaşma yapmış özel sektör kurumlarının ücretleri ve katkı payları hükümet tarafından belirlenmeye başlamıştır. Nerede hastane açılabileceği, kaç uzmanın hangi koşullarda çalıştırılabileceğiyle ilgili de düzenlemeler yapılmaktadır. Hükümetlerin özel sektör üzerindeki kontrolü de ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Sınıf mücadelelerinin hala daha iyi durumda olduğu Avrupa'da hükümet kontrolü daha fazlayken, ABD'de ve DB ve IMF'ye borçlu olan az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin kontrolü yetersizdir **(Maarse, 2007)**.

Sermaye daha önce sadece hastane binaları inşa etmek, kamuya tıbbi malzeme satmakla ilgilenirken şimdi hizmetin kendisine taliptir. Sağlık hizmetlerini kamuya satmaktadır. Bir çok ülke sağlık finansmanında sigorta sistemini tek finans biçimi haline getirmeye başlamıştır. Ayrıca kamu sigortacılığına rakip, birçok vergiden muaf özel sağlık sigortaları da günümüzde on yıl öncesine göre payını arttırmış durumdadır **(Leys, 2011)**.

### Özelleştirmede ayrımlar

Özelleştirme sürekli gelişen ve değişen bir süreç olarak izlenmeli. Tek bir tarifi yok. Kamu ve özel

arasındaki gri alan sağlık kavramının metalaştığı, yeni sağlık üreticisi ve tüketicisi tipinin geliştirildiği alan. Maarse sekiz Avrupa ülkesindeki özelleştirme tecrübesini incelediği yazısında özelleştirmeyle ilgili bazı ayrımlara dikkat çekmektedir. Bunlar özelleştirmenin hükümetin politikası olup olmaması, hizmet sonlandırma ve dışarıdan satın alma, özelleştirme desantralizasyondur. Hükümet politikası olarak özelleştirmede hükümet bir karar verir ve sağlık hizmetinin daha tüketici odaklı ve verimli olması için bireylerin sorumluluklarını arttırır. Özelin performansının kamuya göre daha iyi olduğu hipotezine dayanır. Maliyet paylaşımı düzenlemeleri, sağlık hizmetlerin yönetiminin özelden alınması, kamu ve özel hizmetler arası dönüşüm, sağlık kurumlarında ticari aktiviteler için daha fazla oda ayırmaya başlanması buna örnek verilebilir. Özelleştirme bir hükümet politikası olmadan da belli oranda gelişir. Yeni teknolojilerin önce özelde olması, kullanıcıların özel sağlık hizmetlerinde kalitenin daha iyi olduğuna inanması ve zenginlerin kendilerine özel lüks tüketim ihtiyacı da özeli doğurur. Talep odaklıdır **(Maarse, 2007).** Özeleştirmede ikinci önemli ayrım kamudaki bazı hizmetlerin sonlandırılması ve dışarıdan hizmet alma arasındadır. Hizmetin sonlandırılmasında, o hizmet kamunun görev ve sorumlulukları kamunun olmaktan çıkar ve özelin olur. Kamunun ilaç ya da tıbbi malzeme üretiminden tamamen çekilmesi gibi. Kamunun müdahale alanının daraltılması söz konusudur. O hizmeti artık kamu üretmez. Dışarıdan hizmet alma ise bundan farklıdır. Kamu hizmetteki sorumluluk alanını daraltmaz ama bunu özel sektörden satın alır. Devletin politik sorumluluğu devam eder. Devlet ilaç ücretlerini ödemeye devam eder. Ama bunu kar amaçlı başka bir kurumdan alır. Temizlik, güvenlik, idari hizmetlerde özelden hizmet alımı da buna örnek olarak verilebilir. Üçüncü ayrım noktası kararların verilme düzeyidir. Kararlar hükümet kararlarıyla yukarıdan aşağıya doğru alınır ve uygulanır. Belediye hastanelerinin özelleşmesine karar verilmesi gibi ya da tersi olarak kararlar aşağıdan yukarıya doğru da alınabilir. Bir hastanenin özel sigortalarla anlaşma yapması ve bunu diğerlerinin izlemesi gibi **(Maarse, 2007).**

Özelleştirme özellikle sağlık hizmetlerinde her zaman pazarda sınırsız rekabetle birlikte yürümeyebilir. Özellikle kamuyla rekabet bir çok ülkede sınırlandırılmaktadır. Özelleştirme ve desantralizasyonun birbirinden kavram olarak ayrılması da önemlidir. Karar alma yetkisinin merkezi düzeyden yerel düzeye devri özelleştirme kapsamının dışında değerlendirilmelidir. Desantralizasyon kamu sektörü içinde bir değişiklik ya da bir gelişme olarak algılanmalıdır. Bununla birlikte kamu bütçesiyle çalışan hastanelerin özerkleşmesi gibi uygulamalarda desantralizasyonun özelleştirmenin habercisi olabileceği de unutulmamalıdır **(Maarse 2007; Preker, 2003).**

## Türkiye'de sağlık hizmetlerinin piyasalaşma süreci

Bu sürece nasıl gelindiğine bakarsak 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde yapılan değişiklikle devletin sağlık hizmeti görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından alabileceği ve onları denetlemeyi üstelenerek yerine getireceği belirtilmiştir. 1981 yılı sonunda alınan bir bakanlar kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuştur **(Soyer, 2003).** Bu dönemden sonra Avrupa'da Thatcher'la, ABD'de Reagan'la simgeleşen, emekçilerin o güne kadar kazandığı tüm sosyal hakları sermaye için yeni bir kazanç kapısı haline getirmeyi hedefleyen neoliberal politikalar tüm dünyaya damgasını vurmuştur. Türkiye'de de Özal bu dönemin simgesi olmuş, kamunun hantal, verimsiz, maliyetli olduğu iddiaları hakim hale gelmiş, kamu kaynakları kısılarak özele kaynak ve olanak aktarımı başlamıştır.

1983 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir.

Döner sermaye ilk önce 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun" ile yaşamımıza girmiştir bu dönemde amaç, kar etme değil, tedavi kurumlarının satın alma ve

kiralandırmalarla yetkilendirerek, bürokrasinin azaltılması olmuştur. Kar amaçlı kullanımı, 27.06.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasayla gerçekleşmiştir. Döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir. Daha sonra 209 sayılı yasada 27.06.1989 tarihinde ve 375 sayılı yasa gücünde kararname ile yapılan değişikliklerle; her türlü hak edişi (istihkakı) ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla yataklı sağaltım kurumlarında dışardan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye gelirlerinin %50'sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul edilmiştir **(Sevim, 2006).**

Döner sermaye ve bu kalemden yapılabilen harcama ve işlemlerin kapsamının genişletilmesi, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinde çok önemli bir role sahip olmuştur.

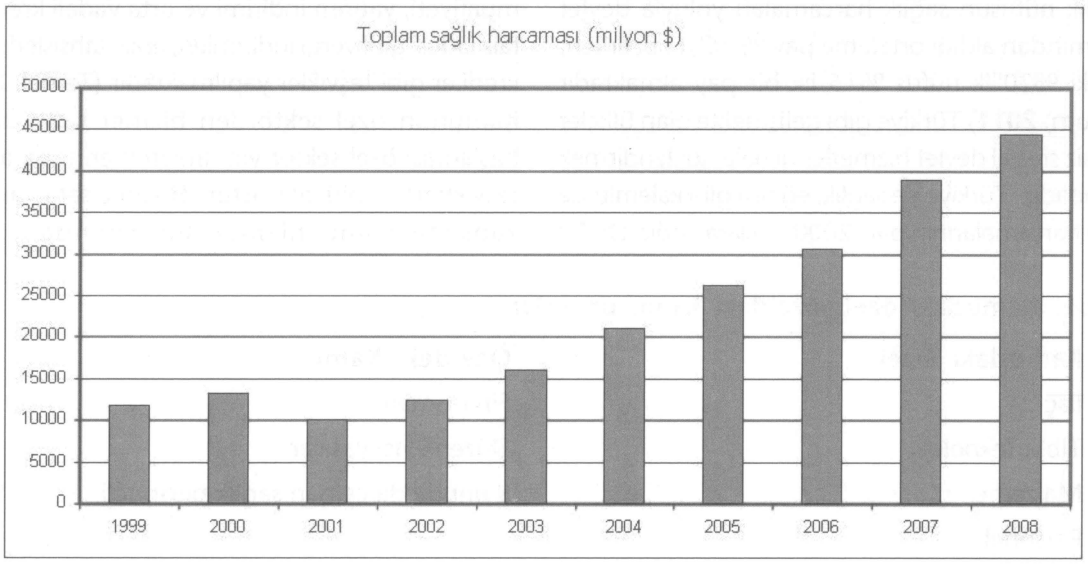
1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK) ile devletin, hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarına aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel kuruluşların gerek kamu kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış ve sosyal güvencesi olanlara özelden hizmet satın almanın yolu açılmıştır **(Sevim, 2006).**

1990 yılında ANAP hükümeti DB "Sağlık Projesi Kredi Anlaşması" imzalamış, "Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü" kurulmuştur. Bu anlaşmanın amaçları; "kamu sağlık kuruluşlarının özerkleşmesi ve yerelleşmesi", "sağlık hizmetinin fiyatlandırılması ve çalışanlara prim ödeme yükümlülüğü getirilmesi" ve son olarak kapsamlı bir "özelleştirme" olarak sıralabilir. **(Soyer, 2003)**

Yine bu dönemde, sağlık hizmetlerine önemli katkıları bulunan bir diğer kuruluş da GATS'dır. GATS ile Türkiye'nin Dünya Ticaret Örgütü'ne sunduğu taahhüt listesindeki hizmet sektörleri arasında, sağlıkla ilgili hizmetler de (hastane hizmetleri) yer almaktadır. Türkiye, GATS çerçevesinde yabancı sermayeye bu alanlara yatırım yapma hakkını tanımıştır **(Sevim, 2006).**

Soydan, Türkiye'de 1980 sonrası dönemde "yapısal uyum" ve kamunun yani devletin yeniden yapılandırılması ile yapılan değişikliklerini

**Şekil 1. Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları**




*Kaynak: TÜİK, 2011*

özelleştirme, ticarileştirme, serbestleştirme ve yerelleşme olarak sınıflandırmıştır.

2002 sonrasında Sağlıkta Dönüşüm Programıyla daha önce koalisyonlar, sendika ve meslek örgütlerinin çabalarıyla yavaşlatılan süreç hızlanmış, AKP hükümeti radikal adımlar atmıştır. Finansman'da SGK kanununun çıkarılması, cepten ödemelerin arttırılması, döner sermayelerin hastanelerin temel geliri olması gibi radikal değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Hizmet sunumunda SSK hastanelerinin SB'na devriyle başlayan süreç özelden hizmet satın almanın kapsamının arttırılmasıyla devam etmiştir. SGK özel hastane sözleşmelerini arttırdıkça daha önce az gelişmiş olması nedeniyle özel yatırımların uğramadığı birçok ilde özel hastane açılmıştır. Sağlık yönetiminde Bakanlık denetleyici rolünü belirginleştirmiş, kamunun içinde özel hizmet sunumu, kamu-özel işbirliği, performansa dayalı ödeme sistemi, kamu hastane birlikleri gibi yeni uygulamalar hayata geçirilmiştir. Özel hastane yatırımcılarına teşviklerde artış muazzam bir boyuta ulaşmıştır **(WB, 2006).**

**Finansmanda değişimler**

21 ülkede 2003 yılında yapılan bir araştırmaya göre, gelir bakımından en tepede bulunan yüzde yirmilik nüfusun sağlık harcamaları yoluyla devlet yardımından aldığı ortalama pay % 26'yı geçerken, dipteki %20'lik nüfus %16 lık bir pay almaktadır **(Coburn, 2011)** Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler yetersiz sosyal devlet hizmetlerini hala güçlendirmek zorundadır. Türkiye'de sağlık, eğitim gibi kalemlerde kamu harcamalarının payı 2000'li yıllara değin OECD ortalamasının altında kalmıştır. Bununla birlikte dünyada yaygın bir hale gelen devletin küçültülmesi ve sosyal harcamaların kısılması anlayışından da etkilenmektedir. Bunun sonucu olarak bir yandan tarımda destekleme politikalarından vazgeçilmeye, emeklilik haklarının kapsamı ve yararlanma koşulları daraltılmaya, kamudaki istihdam küçültülmeye vs. çalışılırken diğer yandan Genel Sağlık Sigortası (GSS), Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM), valilikler, kaymakamlıklar ve belediyeler aracılığıyla yoksullara yönelik sosyal yardım harcamaları artırılmakta, öğrencilere yönelik ücretsiz kitap yardımı yapılmaktadır **(Özdemir, 2005).** Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerindeki görev ve sorumluluklarını sonlandırmamakta ama kendi de üretmemektedir. Kamu, hizmetleri dışarıdan sağlama yoluna gitmiştir Türkiye'de hem sağlık harcamaları hem de sağlık harcamaları içinde kamunun payı giderek artmaktadır (Şekil 1). 1999 yılında kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki oranı %61,1'ken, 2008 yılında %73,0'a ulaşmıştır **(TÜİK, 2011).**

Gelinen noktada kamudaki özelin kapsamı oldukça genişlemiştir. (Tablo 1)

Özel sektörün gelişimi için, kamu özel hastane ve modern sıhhi kontrol tesisleri yatırımları gümrük muafiyeti, yatırım indirimi ve orta vadeli kredilerde faiz iadesi gibi vergi indirimleri, arazi tahsisleri, düşük krediler gibi teşvikler yapılmaktadır **(Temel, 2003).** Kamunun özel sektörden hizmet satın almaya başlaması özel sektör yatırımlarını en fazla arttıran teşviklerden biri olmuştur. Hizmet satın almanın kapsamı kamu hizmet sunumunda yapılan

**Tablo1. Kamudaki özel, özeldeki kamu unsurlar**

| Kamudaki Özel | Özeldeki Kamu |
|---|---|
| İlaç | Finansman |
| Tıbbi Teknoloji | Düzenleyici yasalar |
| Malzeme | Kamuda da çalışan sağlık personeli |
| Personel | |
| Sağlık dışı hizmet | |
| Sağlık hizmeti | |

değişikliklerle çeşitliliğin arttırılmasıyla genişletilmiştir. İhale, imtiyaz, şirketleşme, kamu özel işbirliği, kiralama gibi yöntemlerin çoğu Türkiye'de uygulanmaktadır. Bu yöntemler aslında birer kamu özel ortaklığı modelleridir.

### Hizmet imtiyazı

İmtiyaz Sözleşmeleri; kamu idaresini altyapı veya kamu hizmetine ilişkin yönetimi özel sektöre devretme olanağı tanımaktadır. Normalde kamu idaresine ödenecek olan hizmet bedeli özel yatırımcı tarafından tahsil edilmektedir. İmtiyaz sözleşmeleri Danıştay tarafından incelemeye tabidirler. 14 Ağustos 1999 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 4446 sayılı Kanun ile Anayasa'da yapılan değişiklikle, bu inceleme sadece görüş bildirme ile sınırlandırılmıştır. Türkiye'de imtiyaz sözleşmelerinin kime, hangi koşullarda verildiği, bu imtiyazlar sonucu ortaya çıkan kar ve zararın denetlenmesi yeterince iyi olmadığından bu sözleşmelerle ilgili oldukça eleştiri almaktadır. Ayrıca imtiyaz tanınan özel işletmelere zaman içinde ek vergi muafiyetleri, elektrik borçlarının alınmaması gibi ek yardımlar da gündeme gelmiştir. **(Tan, 1992)**

### Arazi tahsisi ve kiralama

Sağlık Bakanlığı ile ilgili yasanın 17/c maddesinde yine 5683 sayılı yasayla gerçekleştiren değişiklik ile Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın 7.5.1987 tarih ve 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun ek 7. maddesiyle öngörülen iş ve işlemleri yapması hükme bağlanmıştır. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda belirtilen iş ve işlemler şöyledir: "Ek Madde: Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir" 3.7.2006 tarihinde yukarıda Ek Madde 7'de belirtilen işlerin yürütülmesine yönelik olarak "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" yürürlüğe girmiş, yönetmelik ile uygulama esasları belirlenmiştir.**(Karasu,2011)** Kiralama için tahsis son dönemlerde sıklıkla TOKİ aracılığıyla yapılmakta, birçok hastane için kamulaştırmaların yapıldığı bilinmektedir.

### Hizmet satın alma-ihaleler

Hizmet İhaleleri (contracting out), hali hazırda devletin özelleştirme politikalarında yer alan ve yaygın bir biçimde uygulanan yöntemlerden birisidir. Bu özelleştirme yöntemi, özel kesim tarafından sağlanan bazı hizmetlerin yerel veya merkezi hükümet tarafından finanse edilmesi ve kamuya ait olan çeşitli hizmet alanlarının özel sektör ile paylaşılması ya da devri ile ilgilidir **(Ergin, 2005).** Sağlık hizmetlerinde Hizmet İhalesi uygulamaları, yoğunlukla ev idaresi hizmetleri denilen çamaşır, temizlik ve mutfak gibi hizmetlerde kullanılmasına karşın son yıllarda özellikle "dahili piyasalar" (internal market) oluşturma amacıyla gerçekleştirilen reformlarda klinik hizmetlerin de ihale edilmesi gündeme gelmiştir **(Tatar, 1997).**

SB dışarıdan hizmet (ve mal) satın alma yasal olarak önü çok daha önce açılmış olmasına rağmen, 2005 öncesi, çok az, 2005 ve 2006'da ise hizmetlerin %30'unu oluşturmaktadır **(Aksan, 2010).** Bu ihalelerin kaynaklarını döner sermaye gelirleri ve merkezi bütçe dışındaki kaynaklar oluşturmaktadır. Ergin ve Şahin'in 2005 yılında hastane yöneticilerinin hizmet ihaleleriyle ilgili görüşlerini değerlendirdikleri çalışmalarında ihale yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin dağılımına bakıldığında, personelin sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluğun ilk gerekçe olduğu belirtilmiştir İhalelerin sonuçlarında da "personel eksikliği giderildi" önermesi en olumlu sonuç olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte ihale uygulamada karşılaşılan sorunların en önemlileri "yönetim erkini paylaşma zorluğu", "hizmetin kurumunun kendisi tarafından üretilmesinin daha az maliyetli oluşu" olarak bildirilmiştir.

Yiğit ve arkadaşlarının Türkiye'deki hizmet satın almaları değerlendirdikleri bir araştırmada özelin de kamu kadar hizmet satın almayı kullandığı bildirilmiştir. Beş ilde ve 80 hastanede yürütülen bu araştırma sonuçlarına göre; hastane bilgi sistemleri hizmetlerinin %83.8'i, temizlik hizmetlerinin %81.3'ü, bakım hizmetlerinin %72.5'i , tıbbi cihaz leasinglerinin %75.0'ı, yemek hizmetlerinin % 60.0'ı hasta yönlendirme hizmetlerinin %63.8'i, manyetik rezonans görüntüleme hizmetlerinin %60.0'ı, diğer görüntüleme hizmetlerinin %48,8'i, laboratuar hizmetlerinin %42,5'i diğer görüntüleme hizmetlerinin %48.8'i, llaboratuvar hizmetlerinin %42.5'i özelden satın alınmaktadır **(Yigit, 2007).**

Klinik hizmetler hizmet satın almayla ilgili diğer önemli bir başlıktır. Şu an Türkiye'de diyaliz hizmetinin neredeyse tamamı özel merkezlerce verilmekte, tüm klinik hizmetlerin yaklaşık %30'u özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Hastane klinik hizmetlerinin özel sektörce verilmesi özel sektörün büyümesini çok hızlandırmıştır **(DB, 2006).**

İlgili kaynaklarda ihalelerle taşeron-alt işveren çalıştırmaya bağlı bildirilen olumsuzluklar; istenilen performansın sağlanmaması, hizmet sunucusuna bağımlı kalınması, kontrolün kaybedilmesi, personelin işten çıkarılması, personel açısından eşitsizliklerin oluşması, rüşvet ve yolsuzluktur **(İlkorkor, 2010)**

Sağlık çalışanlarının oldukça büyük bir bölümü taşeron aracılı çalışmaya başlamıştır. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, il merkezinde konuşlanmış 3 adet 112 istasyonu için, doktor, hekim dışı sağlık personeli ve ambulans şoförü ile birlikte hizmet satın alımı için bir ihale düzenlemiş ve açık ihale sonucunda, üç istasyonu da "çöp poşeti" imalatıyla uğraşan bir şirket almıştır. **(Tıp Dünyası, 2009)**. Bu ihale sendikanın açtığı dava sonucunda iptal edilmiş olmasına rağmen bunu Bilgisayarlı Dijital Radyoloji Hizmet Alımlarının (3 Yıllık) 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 19 uncu maddesine göre açık ihaleyle yapılabilmesiyle ilgili düzenleme izlemiştir. Bu düzenlemeye teknisyen ve doktor da dahil edilmiştir.

İhalelerle kamunun içinde özel sektörün doktoru, teknisyeni, temizlik personeli, donanımıyla hizmet üreten yeni kamu anlayışı için özel sektöre bu derece kaynak aktarımı da yeterli olmamıştır. Bir türlü yasalaştırılamayan kamu özel ortaklıkları, yap, işlet devret modelinin daha ileri bir formudur.

### Kamu özel ortaklığı

1984 yılında 3096 sayılı Kanun Yap-işlet-devret uygulamaları ile ilgili ilk yasal düzenlemedir. Yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala devret, işletme hakkı devri gibi farklı modeller gündeme gelmiştir. Son yıllarda kamu-özel ortaklığı adıyla karşımıza çıkmaktadır. Kamu Özel Sektör İşbirliği modeli; yap-işlet-devret, gelir hasılat paylaşımı, işletmenin devri, gelir ortaklığı senedi gibi yöntemlere çok benzeyen bir finansman modelidir ve bu anlamda yeni değildir. Kamu Özel Sektör İşbirliği modeli, bu yöntemleri de kapsayan ama; uygulama, işletme, yönetim ve risk paylaşımı gibi konularda yeni yaklaşımlar getiren bir finansman modelidir.

Kamu Özel Sektör İşbirliği modelinin bir başka özelliği, doğrudan özelleştirmeye karşı yönelebilecek tepkileri bertaraf etmeye uygun nitelikte olması ve kamunun varlığını sürdürmesinde yarar olan hallerde bile kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesine olanak sağlamasıdır. Türkiye'de kamu özel ortaklığıyla ilgili düzenlemenin yapılmaması uluslar arası ilgi konusu olmuştur. Avrupa Komisyonu'nun 2008 ve 2009 İlerleme Raporlarında kamu özel ortaklığı uygulamalarıında beklenen noktaya gelinememiş olması eleştirilmiştir **(Gülen F.)** Bununla birlikte sağlık alanında çok sayıda yasada yapılan değişiklik ile kamu-özel ortaklığı modelinin uygulanmaya başlamıştır. 3.7.2006 tarihinde yukarıda Ek Madde 7'de belirtilen işlerin yürütülmesine yönelik olarak "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" yürürlüğe girmiş, yönetmelik ile uygulama esasları belirlenmiştir **(Karasu, 2010).**

Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın ilk kamu-özel ortaklığı modeline ilişkin ilk ihalesi olan Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Yapım

İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temini ihalesinde, 1548 yataklı bir sağlık tesisi yatırımının unsurları açısından ön yeterlik ilanında yer verilen sözleşme konusu işler beklenmeyecek bir şekilde tek bir ihale kapsamında verilmiştir. Bu işler, tesisin finansmanını, uygulama projesini, tasarımını, inşaatını, medikal cihazlar ve diğer donanımın tedarikini, tesis için gerekli mefruşatını, tesislerin bakım ve onarımını, tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetlerini içermektedir. Bu kadar çok başlığın tek ihaleyle verilmesi ciddi bir sermaye aktarımına işaret etmektedir. Ayrıca Sağlık Kampüsü'ne yönelik arazi tahsisi ve son maddede belirtilen sağlık hizmetleriyle uyumlu ticari alanların yapım ve işletilmesinin de ihale kapsamına adeta tekel niteliğinde bir yetki verilerek dahil edildiği düşünüldüğünde bu kamu-özel ortaklığı uygulamasının ticari açıdan son derece karlı bir yatırım oluşturmaktadır **(Karasu, 2010).** Kamu Özel Ortaklığı ile birlikte, devlet özel (yerli-yabancı) şirketlere arsa sağlayacak, bu arsa üzerinde sağlık tesisi yapmalarına izin verecek, karşılığında - şimdilik- destek ve laboratuvar hizmetlerin sunumunu özel şirketlere devredecek.

2010 yılı için 27 ilde sağlık kampüsü yapılması planlanmış durumdadır. Bu iller öncelikle Kayseri ve Ankara olmak üzere, İstanbul-İkitelli, Bursa, Kocaeli, Manisa, İzmir, Antalya, Mersin, Adana, Hatay, Eskişehir, Konya, Elazığ, Erzurum, Şanlıurfa, Gaziantep olarak belirlenmiştir. 24 bin 640 yataklı bir büyük bir hizmetin kamu özel işbirliğiyle sunulması planlanmaktadır **(Soyer, 2010).**

Türkiye'de özel sektör devlet eliyle oldukça büyütülmüştür. Kamu'da neredeyse çalışan personel hariç bir özel sektör kurumu olma yolundadır. İmtiyazlar, kamu özel ortaklıkları ve bunun gibi bir çok yasa içeriği emekçilerle daha anlaşılmadan, sermayeye büyük olanaklar sağlamakta ve giderek taşeronlaşan bir sağlık sektörünü oluşturmaktadır.

## KAYNAKLAR

**Aksan HA, Ergin I, Ocek Z.** (2010) The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: a closer look at regional differences. BMC Health Serv Res. 2010 Nov 1;10:300.

**Belek İ** (2009).Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü (3. Baskı)İstanbul. Kayhan Matbaacılık Syf299-305.

**Coburn D.** (2011) Eşitsizlik ve Sağlık içinde Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları. Editörler: Panitch L, Leys C .Birinci Baskı.İstanbul: Yordam Kitap

**Dünya Bankası** (2006). Worldbank: Turkey Public Expenditure Review. World Bank Poverty Reduction and Economic Management Unit Europe and Central Asia Region, 2006. Report No. 36764-TRWB, Available online at: http://www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,contentMDK:21247080~pagePK:14113 7~piPK:141127~theSitePK: 361712,00.html, accessed 25 November 2009

**Ergin G, Şahin İ.** (2005) Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1syf.51-70.

**Gülen F, Özelleştirme, Yap - İşlet - Devret, Kamu Özel Sektör İşbirliği.** http://www.yayed.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=719&tipi=7&sube=0

**İlkorkor Z** (2010), Kamu Yönetiminde Etkinliğin Sağlanmasında Alternatif Bir Model: İhale Yöntemi: Türk İdare Dergisi, Sayı: 468:63-84)

**Lister** (2008). Sağlık Politikası Reformu. Yanlış Yolda mı gidiyoruz? İçinde 1. Bölüm Umutsuz Bir Reform İhtiyacı: Eşitsizlikler ve Sağlık Hizmeti Sistemleri Üzerindeki Baskılar. Birinci Baskı. İnsev Yayınları. İstanbul.

**Leys C.** (2011) Sağlık ve Kapitalizm içinde Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Semptomları. Editörler: Panitch L, Leys C .Birinci Baskı.İstanbul: Yordam Kitap

**Karasu K** (2010), Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi . Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform syf 79-91 http://yonetimbilimi. politics. ankara.edu.tr/karasuPPP.pdf Erişim tarihi:26/06/ 2011.

**Maarse H** (2006): The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis Journal of Health Politics, Policy and Law.2006, (31)5: 981-1015

**Özdemir S** (2005) Başlangıcından Günümüze Refah Devletlerinde Sosyal Harcamaların Analizi Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, Sayı 50 (2005) http://www.sosyalsiyaset.net/documents/ refah_devletleri.htm#_ftnref66

**Travaglia J., Braithwaite J** (2007). The Centre for Clinical Governance Research in Health The privatization and Corporatisation of Hospitals: a Review of the Citations and Abstracts in the Literature. http://www.med.unsw.edu.au/ medweb.nsf/resources/2007Articles1/$file/ Privatisation+final.pdf Erişim tarihi: 18/06/2010

**Türkiye İstatistik Kurumu** (TÜİK). (2011) Sağlık Harcama İstatistikleri 2008.TÜİK Haber Bülteni Sayı 34.

**Sevim İ**, (2006) , 1980 sonrası uygulanan yeni liberal politikaların sağlık sektörüne etkisi, türkiye örneği., 2006. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans tezi.İstanbul.

**Soyer A** (2003), 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları, Praksis, Sayı:9 s.306.

**Soyer A.**(2010) Sağlık Hizmetlerinde "Fabrika" Dönemine Geçiliyor. http://iyihekimlik.com/dr-ata-soyer-saglik-hizmetlerinde-fabrika-donemine-geciliyor. Erişim tarihi. 26/06/2011. Erişim tarihi: 26/ 06/2011.

**Tan T** (1992), Kamu hizmeti imtiyazından yap-işlet devret modeline. Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap-İşlet-Devret Modeline", SBF Dergisi, c. 47, S. 3-4, Haziran-Aralık 1992) .

**Tatar F, Tatar M., Şahin İ.** (1997) Hastane Hizmet İhaleleri: Teori Ve Türkiye'deki Uygulamaları. Amme İdaresi Dergisi 30(3):77-96 )

**Temel T**(2003) Özel Hastaneler Sektör Profili. İstanbul Ticaret Odası Yayını. http://www.ito.org.tr/ Dokuman/Sektor/1-71.pdf Erişim24/06/2011

**Tıp Dünyası** (2009) Sahibinden acil satılık 112. 15 Mayıs

**Yiğit V, Tengilimoglu D, Kisa A, Younis MZ** (2007). Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey. Journal of Health Care Finance. 33(4):86-92.