DOSYA / DERLEME

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİNDE KAMU–ÖZEL ORTAKLIĞI*

Koray KARASU**

ÖZET

Kamu-özel ortaklığı, yönetim ilişkisini kuşatan ve dönüştüren sözleşme temelinde bir örgütlenme modelidir. Sağlık alanında hızla yaygınlaşan bu model, hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlendirilmesine dayanmakta olup, hizmetlerin finansmanı ve örgütlenme ilke ve değerleri açısından piyasa dostu bir modeldir. Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) blok halinde devredilmektedir. Bu şekilde ölçeğin de büyütüldüğü modelin kilit özelliği, finansman biçimidir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını bütçe dışı yollarla, yıllık kira şeklinde ödemektedir. Yazı, sağlık hizmetleri alanında Türkiye'de kamu-özel ortaklığı modeliyle yapılacak hastanelerin örgütlenme biçimini, modeli uygulayan farklı ülkelerin deneyimlerinden de yararlanarak analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada model, dayandığı neo liberal örgüt kuramlarının varsayımları açısından da test edilerek eleştirel bakışla değerlendirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kamu-özel ortaklığı, kamu örgütlenmesi, sözleşme ilişkisi, sözleşme yönetimi, sağlık yönetimi

Public-Private Partnership in the Organization of Health Services

Abstract

Public-private partnership is an organization model based on contract which embrace and convert the administration relationship. This model, which spreads swiftly in health sector, is built upon organizing the services in managerialism principles. It is a market-friendly model in terms of the principles and values of financing and organizing the public services. In this model, government takes part only in clinical services (core services). The construction of health facilities, delivery of clinical support services and non-clinical services, and operation of commercial spaces are transferred *en bloc*, to private sector (to a single joint-venture). In this manner, the scale of the model is expanded too. The key feature of the model is its financing methods. Government is makes the payments as annual rents which are off-budget, for the goods, services and construction-works procured by private sector with long-term contracts.

* *Bu yazı daha önce AÜ SBF Dergisi'nde (Cilt 66, Sayı, 3, 2011, s. 217 - 262) yayımlanmıştır.*
** *Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi*

This article is aiming to analyze -by benefiting from the experiences of several countries- the organization structure of the hospitals, which are in the bidding process in the health sector in Turkey, and which are to be constructed by public-private partnership model. In this study, the model is evaluated with a critical point of view, also tested in terms of the hypothesis of neo-liberal organization theories that the model depends on.

Key words: Public-private partnership, public organization, contract relationship, contract administration, health administration

GİRİŞ

70'li yılların ortalarından itibaren kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde tercihler, kapitalizmin krizden çıkış reçetelerine uygun olarak farklılaşmış, devlet başarısızlığı tezinden hareketle birbirini izleyen neo liberal siyasal politikaların özelleştirme ve düzenleme dışı bırakma gibi uygulama araçları ile devletin hem işlevsel hem de örgütsel sınırları yeniden belirlenmiştir. Neo liberal dönemin 2000'li yıllara karşılık gelen zaman diliminde devlete biçilen birkaç rol, küçülme ve kamu hizmetlerinin piyasalaşması sonrası yapıda düzenleme-denetleme, özellikle 2008 krizi sonrasında piyasayı rahatlatmaya yönelik kaynak aktarımı şeklinde doğrudan müdahale etme (şirket kurtarmaları, şirket yönetimlerine el koyma, devletleştirme uygulamaları) ve kamu-özel ortaklığı (KÖO) gibi büyük yatırım projeleri ile özel sektöre karlı alanlarda yatırım olanağı sağlama biçiminde sayılabilir. Devlete biçilen bu rollerin ortak özelliği, küçük ancak "gerektiğinde devlet"i, yani "yapılabilir kılma"yı ve "müdahale"yi temel almasıdır. Kamu hizmeti anlayışı ve örgütlenme tarzı da doğal olarak bu devlet anlayışının öngördüğü biçime bürünmektedir.

80 sonrasının ekonomik ve toplumsal örgütlenme biçiminde kamu hizmetlerinin üretiminde/sunumunda/yürütülmesinde geleneksel yöntemlerin (örneğin emanet gibi) giderek istisna haline geldiği, buna karşılık piyasadan temini temel alan alternatif yöntemlerin giderek kural haline dönüştüğü söylenebilir. Kamu hizmetlerinde üçüncü yol yaklaşımı olarak çeşitli biçimlerdeki ortaklık/işbirliği modelleri de alternatif yöntemler arasında sayılmaktadır **(Flinders, 2005; Karasu: 2009a).** Sermayenin kendini yeniden üretebilmesine yönelik olarak özelleştirmeler sonrasındaki yeni bir aşamaya karşılık gelen KÖO da üçüncü yol kapsamında alternatif olarak sunulan, ancak giderek kural/standart uygulama haline gelen yöntemlerden biridir.[1]

KÖO, bir kamu alımı mı, bir örgütlenme biçimi mi, hizmet sunma yöntemi mi, kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme yöntemi mi, finansman yöntemi midir? KÖO sayılanların hepsinin bazı özelliklerini içeren şemsiye niteliğine sahip bir tanımlamadır. Farklı siyasal ve yönetsel yapılardaki giderek standart hale gelen yapılanma ve işleyiş özellikleriyle KÖO'nun bir model halini aldığı söylenebilir. KÖO, kamu hizmetlerinin örgütlenmesine, inşaat, hizmet ve finans gibi farklı sektörlerden gelen özel örgütlerin (genellikle bir ortak girişim şeklinde) farklı rollerle (mal, hizmet ve yapım işi sağlama) dahil edildiği, yönetim ilişkisinin sözleşme temelinde kurulduğu, bu yönüyle de sözleşme ilişkisinin kendine özgü özelliklerini içinde barındıran, esnek örgütlenmeyi öngören bir modeldir. Bu açıdan KÖO'yu yukarıdaki sorudaki birbiri ile ilişkili tanımlamaların herhangi biri ile sınırlı düşünmek doğru değildir. İlgili yazında farklı adlandırmalarla çok sayıda KÖO modelinden söz edilmektedir.[2] Bu model, uzun yıllardır uygulanan kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi yöntemleriyle bazı açılardan benzerlik göstermektedir.[3] Bununla birlikte bu yazıda da ortaya koyulacağı üzere KÖO birçok özelliği ile diğer yöntemlerden farklılaşmaktadır. KÖO'nun farklı bir

model olarak nitelendirilmesini sağlayan temel özelliklerinin, mal-hizmet-yapım işinin aynı örgütten blok halinde temini, finansman yöntemi ve tarafların üstlendiği rol ve riskler olduğu söylenebilir.

KÖO modelinin adlandırmasında yer alan "ortaklık" sözcüğü, birçok yazar tarafından haklı olarak eleştirilmiştir.[4] Ortaklık/işbirliği sözcüklerini "bir dil oyunu" olarak nitelendiren Linder'e göre bu bilinçli sözcük tercihleri ile özelleştirme ve ihale gibi bir döneme damgasını vuran ve bazı kesimlerden yoğun tepki çeken uygulamaların kötü izlerinin silinmesi amaçlanmaktadır **(Linder, 1999).** Aslında içeriği itibariyle önceki piyasalaşma uygulamalarından bir farklılık taşımamakla birlikte, modelin daha dostça görünen işbirliği, dayanışma, birliktelik ve paylaşım gibi vurguları içeren ortaklık sözcüğü ile adlandırılması onun piyasa değerleriyle olan yakınlığını gizleyen bir işlev görmektedir. İşbirliği ya da ortaklık biçimleri her yönetsel kültürün içinde farklı biçimleriyle var olmakla birlikte ele aldığımız KÖO modeli bütünüyle Anglo-Sakson kökenlidir **(Jorna, 2010).** Bu tanımlamada ortaklık sözcüğüne hem geleneksel değerler hem de piyasa değerleri yüklenmiştir. Üçüncü yol vurgusu da bu noktada devreye girmektedir. Hem neo muhafazakar hem de neo liberal ideolojileri barındıran modelin ortaklık biçiminde sunulması, devlete ve piyasaya biçilen yeni rollerin benimsenmesini sağlamaya yönelik *"yeni sağın etkileyici bir pazarlama stratejisi"* olarak nitelendirilmektedir **(Linder, 1999).**

Sağlık alanında KÖO modelinin yaklaşık 20 yıllık bir geçmişi vardır. KÖO tercihi, esas olarak iki temel ihtiyaçla gerekçelendirilmektedir: Kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde bütçe sınırlılıklarını/kısıtlamalarını aşmada özel finansman desteğinin sağlanması ve özel sektörün işletme kapasitesinden ve tekniklerinden yararlanma **(OECD, 2010; Council of Europe, 2004).** KÖO, ilgili yazında ya da modeli uygulayan idarelerin açıklamalarında genellikle *"kazan-kazan"* formülü ile ifade edilmektedir **(Gerrard, 2001; Miraftab, 2004).** Buna göre kamu sektörü, büyük alt yapı yatırımlarına özel finansman sağlayarak harcama-borçlanma konusunda rahatlama elde ettiği ve teknoloji, bilgi ve beceri eksikliğini özel sektörden sağlayarak gidermesi; özel sektör, sermayesini riske atmadan geri dönüşü büyük ölçüde güvence altına alınmış bir yatırıma girmesi; yurttaşlar da büyük yatırımlara kısa sürede kavuşmaları ve 'konforlu' hizmet elde etmeleri nedeniyle kazanmaktadırlar. Bunların yanında, farklı kaynaklarda model ile ilgili olarak, özellikle de ideolojik engelin aşılmasına yönelik olarak çok sayıda argümana da (risk paylaşımı, kamu hizmetlerinin maliyetlerini düşürme, verimlilik, personel harcamalarının azaltılması, işlem maliyetlerinin azaltılması gibi) yer verilmektedir. İnceleme konumuz olan sağlık alanı ile ilgili olarak ayrıca dağınık sağlık örgütlenmesinin tek bir yerde toplanacak olması, kısa sürede faaliyete geçecek hastaneler, geniş yeşil alanlar içinde değişime ve yeniliğe açık ileri teknoloji ile donatılmış 'beş yıldızlı otel konforunda' hastane işletmeciliği gibi "çekici" argümanlar da öne sürülmektedir. Küresel düzeyde faaliyet gösteren danışmanlık-denetim şirketi PricewaterhouseCoopers (PwC) Aralık 2010'da sağlık alanıyla ilgili yayımladığı bir raporda KÖO modelini bir "devrim" olarak nitelendirmiştir **(PwC, 2010).** Bu durumda KÖO modelinin, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde uygulanan yöntemlerden farklı olarak 'devrim' olarak nitelendirilebilecek özelliklerinin neler olabileceği sorusu akla gelmektedir. Devrim nitelemesini yapan PwC adlı şirket aynı raporunda modeli, özel sektör açısından devlet güvencesi altında 49 yıla kadar süreli çok büyük bir potansiyeli olan karlı bir yatırım alanı olarak tanımlamıştır **(PwC, 2010).** Kamu açısından sorunun yanıtını raporda bulmak mümkün değildir. Bağımsız kredi derecelendirme kuruluşu *Standard & Poor's* 2005 yılında yayımladığı bir raporda, dolaylı ya da dolaysız olarak çeşitli biçimlerdeki devlet müdahalelerine ve yüksek işlem maliyetlerine rağmen sağlık alanındaki KÖO projelerine verdiği yüksek not ile yüksek karlılık ve düşük risk değerlendirmesi yapmış, yatırımcılara bu modeli önermiştir **(Standard & Poor's, 2005).** Özel sektörün yüksek karlılık oranı birçok araştırmada da ortaya koyulmuştur **(Parker – Hartley, 2003).** ABD'de entegre sağlık kampüsleri şeklindeki KÖO uygulamaları özellikle de emlak piyasasında büyük heyecan yaratmış, KÖO modeliyle inşa edilecek

büyük ölçekli yatırımlar, finans, yapı ve yönetim-danışmanlık şirketleri tarafından "*rüyadan gerçeğe*" şeklinde tanımlanmıştır.[5] Bu tanımlamalarda yer verilen kazanımların ne şekilde yaşam bulduğu, risk-maliyet-kazanç paylaşımının uygulamada nasıl olduğu bu yazıda bazı yönleriyle test edilmeye çalışılacaktır.

KÖO uygulamaları, neo liberal politikaları benimseyen hükümetlerin ve bu örgütlenme modelinin doğal ortağı sermayenin (bankacılık-finans, denetim, danışmanlık, yapım, hukuk ve otelcilik hizmetleri ile ilgili şirketleri) ve IMF, OECD ve Dünya Bankası gibi kuruluşların politikaları, girişimleri ve uygulamaları neticesinde 1990'lardan itibaren olağanüstü bir hızla yaygınlaşmıştır. AB de 2000'li yılların başlarından itibaren çok sayıda karar, direktif ve rapor ile bu modelin kullanılmasını teşvik etmekte, desteklemektedir **(Council of Europe, 2003; Council of Europe, 2004).**

KÖO, modelin savunucuları ve uygulayıcıları tarafından siyasal amacına yer verilmeksizin genellikle teknik gerekçelerle meşrulaştırılmaktadır. Yeni kamu işletmeciliği ve yönetişim gibi iktisadi temelli örgüt kuramları da bu gerekçelendirmenin 'bilimsel' zeminini oluşturmaktadır. Yönetim alanında 1980'lerden itibaren neo liberal örgüt kuramlarında örgütlenmeye ilişkin birçok kavrama, tanımlamaya sıkça rastlanmaktadır. Bunlar arasında; "post fordizm ya da post bürokrasi", "bürokrasiden kurtulmak", "esnek, katılımcı, ileri teknolojiye, değişime ve yeniliklere duyarlı yeni örgüt yapıları", "kamu-özel ikiliğinin ortadan kalkması", "kamu hizmetlerinin sunumunda üçüncü yol", "hiyerarşilerin yerini piyasanın/ortaklıkların/ağların alması" ve "sözleşme yönetişimi" sayılabilir **(Grimshaw, 2001; Argyriades, 2010).** Örgütlenme boyutuyla KÖO modeli ile ilgili yazındaki açıklamalarda da saydıklarımızın hemen hemen tümüne rastlamak mümkündür. Peki, bunlar KÖO modeli için açıklayıcı olabilir mi? Yazıda bu soruya yanıt aranmaya çalışılmaktadır.

Bu yazıda farklı KÖO modellerine, KÖO'nun idare hukuku açısından ne tür bir sözleşme olduğuna dair bir inceleme yapılmayacak, uzun yıllardır uygulanan kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesine yönelik farklı yöntemlere yer verilmeyecektir. Kimi zaman anlatım gereği yer verilmekle birlikte farklı hizmet sunum yöntemleri arasında bir karşılaştırma yapılması çalışmanın odak konuları arasında yer almamaktadır. Sağlık hizmetlerinde özel hastanelerin rolü de kapsam dışındadır. Yazı, esas olarak son aylarda Türkiye'de sağlık alanında ihaleleri yapılan, uzun dönemli kira sözleşmesiyle yapım işlerini, bakım ve onarımı, tıbbi destek hizmetinin ve tıbbi hizmet dışı hizmetlerin sunumunu ve ticari alanların işletimi işlerinin özel bir örgüte blok halinde devredilmesini öngören 'entegre sağlık kampüsleri' ve 'şehir hastaneleri' biçimindeki KÖO uygulamasını ele almayı amaçlamaktadır. Türkiye'de uygulanan KÖO, ilk olarak İngiltere'de modelleştirilen ve yoğun biçimde uygulanan Özel Finansman Girişimi (*private finance initiative*) ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.[6] Yazı, başta bu ülke olmak üzere modeli uygulayan farklı ülkelerin deneyimlerinden karşılaştırmalı yöntemin gerektirdiği şekilde yararlanarak ve modelin dayandığı neo liberal örgüt kuramlarının varsayımları ve reçeteleri açısından test ederek KÖO modelini eleştirel bakışla analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada sıklıkla gönderme yapılan KÖO'ya yönelik eleştirilerin az sayıda çalışmadan/araştırmadan cımbızla seçilerek aktarılan değerlendirmeler olmadığını, aksine çok farklı ülkede farklı kurumlar tarafından yayımlanan raporlarda ve akademik çalışmalarda bazı genellemeleri yapabilmeye olanak tanıyacak düzeyde yaygın biçimde dile getirildiğini belirtmemiz gerekir.

SAĞLIK ALANINDA KÖO MODELİ

Kamu hizmetlerinde piyasalaşma, özelleştirme uygulamaları ve yine bu çerçevedeki kamu hizmetlerinin özel kişiler eliyle görülmesini sağlayacak yeni sözleşme türleri ile yaygınlaşmıştır. Türkiye'de 1987 yılında çıkarılan ve dönemin "işletmecilik" esaslı yönetim anlayışına son derece uygun olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, piyasalaşma açısından kapsamlı hükümleri içeren sıçrama niteliğinde bir düzenleme olarak nitelendirilebilir. Başta 5. maddesindeki sağlık kuruluşlarının Bakanlar

Kurulu kararıyla kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülebileceği hükmü olmak üzere birçok hükmü ile Yasa, sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenmesi açısından bir kırılma noktasıdır. Sağlık alanında 1988 yılında Numune hastanesi ile başlayan hizmet alımı uygulamaları (temizlik ihalesi), 1999 Anayasa değişikliği sonrasında çok daha yaygınlaşmıştır. 2003 yılında 657 sayılı Yasa'nın 36. maddesindeki değişiklik ile "sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıf"a *dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, hizmet satın alınması yoluyla gördürülebil(eceği)"* hükmü eklenmiştir. Bu değişikliğin ve bu dönemde merkezi yönetimin bu alanlardaki kadroların kullanımındaki sınırlamalarının da etkisiyle 2000'li yıllarda sağlık alanında hem hizmet alımı yapılan alanlar hem de uygulama sayısı artmıştır **(Büber, 2010)**. Sağlık hizmetlerinde idarenin mal, hizmet ve yapım işi alımını yaygınlaştıran, derinleştiren uygulamaları ile hizmetlerin genel idare ve işletmecilik esaslarından hangisine göre yürütüleceğine ilişkin tercihlerin işletmecilik lehine hızla genişlediğini söylemek mümkündür.

2000'li yılların ortalarında, hizmet örgütlenmesinde bir süredir diğer ülkelerde uygulanan yeni bir yöntem sessiz sedasız Türk mevzuatına dahil edilmiştir. 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'na 15.7.2005 tarih ve 5396 sayılı Yasa ile eklenen bir madde ile hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından köklü değişimleri getirecek KÖO modeli kamu örgütlenmesine girmiştir. Bu yasa maddesinin uygulamasına ilişkin olarak da 2006 yılında 3.7.2006 tarih ve 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile "*Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik*" (KÖO Yönetmeliği) çıkarılmıştır.

Yasa'ya göre KÖO, esas olarak "*bir ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzelkişilerine kırkdokuz yılı geçmemek koşuluyla belirli süre ve bedeli üzerinden kiralama karşılığı yaptırıl(ması)*" uygulamasıdır. KÖO sadece kiralama karşılığı yapım işi ile sınırlı değildir. Modelin özellikleri yasa maddesinin diğer bentlerinde yer almaktadır. Örneğin KÖO uygulamasının özel şirketler açısından çekici özelliklerinden biri Hazineye ait taşınmazların bedelsiz devrinin mümkün olmasıdır. Bu yolla yatırımcı için çok önemli bir yatırım giriş maliyet unsuru ortadan kalkabilmektedir. KÖO uygulamasına ilişkin Yasa'da tanımlanan işler şunlardır: 1) *Kira bedeli karşılığında sağlık tesisleri yapımı*[7] 2) *Sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri* 3) *Tıbbi destek hizmetlerinin sunumu* 4) *Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu* 5) *Tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi* 6) *Sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanlar ile mefruşatın sağlanması.*

KÖO, 80'lerden sonra geleneksel yapılara alternatif olarak sunulan örgütlenme yapılarının hemen hemen tümünde olduğu gibi piyasadan mal, hizmet ve yapım işi alımına dayanmaktadır.[8] Geçmişten günümüze uygulanan hizmet alımı ya da kamu hizmetini özel kişilere gördürme yöntemleriyle benzerlikleri olmakla birlikte uygulamanın tabi olduğu hukuk rejimi, sürecin (ihale ve sözleşme) yönetimi, alımın sektörel genişliği ve büyüklüğü, devletin sağladığı güvenceler, hizmetlerin finansman biçimi, yüklenicinin konumu, siyasal, yönetsel ve mali sorumluluk, örgütlenme tarzı ve personel rejimi açısından KÖO, çok daha esnek bir zemin üzerinde yükselen piyasa dostu bir modeldir. Yasal düzenlemelerde sıklıkla idareye, kendisine verilen görevleri '*yapma ve yaptırma yetkisi*' tanınmaktadır. Son yirmi yıldır hükümetlerin/idarenin hizmet örgütlenmesinin piyasalaşmasına yönelik olarak artan bir şekilde tercihini "*yaptırma*" yönünde kullandığı görülmektedir. Sağlık alanındaki KÖO düzenlemelerinde de idareye bu tür yetkiler tanınmıştır. Dolayısıyla KÖO modelinde, çok sayıda hizmetin ve ticari alan işletmeciliğinin blok halinde devredilmesi ile yaşanan piyasalaşmaya ek olarak, hizmet satın alımı yoluna gidilmesi nedeniyle idarenin üstlendiği birçok görev için de ayrıca bir piyasalaşmanın yaşandığını söylemek mümkündür.

Yürürlükteki yasalarda öngörülmediği için Türkiye'de şu anda diğer ülkelerde örnekleri sıkça görülen[9] KÖO uygulamalarını yönetmek üzere

merkezi düzeyde bir kurum yoktur. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na verilmesi örneğinde olduğu gibi tek tek hizmet alanlarıyla ile ilgili düzenlemelerde kurumlara bazı yetkiler verilmiştir.[10] Şu anda Türk kamu örgütlenmesinde KÖO'ya ilişkin genel bir düzenleme de yoktur.[11] Sağlık alanındaki KÖO'larda çok büyük ölçekli yatırım uygulamalarının yasal alt yapısını ise biraz önce değindiğimiz birkaç paragraftan oluşan bir ek madde oluşturmaktadır. Yasa, üyelik sürecinde mevzuat uyum çalışmalarının sürdürüldüğü alanlardan biri olan kamu alımları ile ilgili AB direktiflerinin öngördüğünün aksine KÖO uygulamalarını kamu alımlarına ilişkin düzenlemelerden muaf kılmaktadır: "*Bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi değildir.*" Farklı kurumların hazırladığı Kamu-Özel İşbirliği ve İmtiyaz ile ilgili taslakların yasalaşmaması, yasal altyapısını genel ilkeleri ve uygulamayı biçimlendirecek esasları ortaya koymayan bir ek maddenin oluşturması ve uygulamalara tanınan ihale ve denetim usullerinden muafiyetler birlikte düşünüldüğünde bütün bunların, hükümete KÖO modelini uygulamada hareket serbestisi sağlama amacını taşıdığı söylenebilir.[12] KÖO ile ilgili olarak Türkiye'deki yasal alt yapı, yatırımcı şirketler açısından bakıldığında da yeterli ve sağlam değildir. Genel olarak kamu alımlarına ve KÖO'ya ilişkin bir yasal düzenleme olmadan, sadece bir ek madde ve çok fazla tartışmalı hükme sahip bir yönetmeliğe dayanarak büyük sermaye yatırımlarının gerçekleştirildiği bu alanın potansiyel bir çatışma alanı olduğu söylenebilir.

TIBBİ (ÇEKİRDEK) HİZMET VE KÖO MODELİ

Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında projeye sağlık hizmetinin çekirdek alanı olan tıbbi hizmetlerin dahil edilip edilmeyeceği kritik önemdedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki rolü, KÖO uygulamasında tıbbi hizmetin devredilip devredilmeyeceğine göre değişecektir. KÖO uygulamalarında tıbbi hizmet, tıbbi destek hizmeti ve tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanlardan söz edilmektedir. Yasa'da ve KÖO Yönetmeliği'nde tıbbi hizmet ve özel amaçlı şirkete (yüklenici) devredilecek alanlar içinde sayılan tıbbi destek hizmetlerinin ne olduğu tanımlamamaktadır. Bu belirsizlik tıbbi hizmetlerin devredilebilmesi konusunda idareye önemli bir serbesti tanınmaktadır. Belirtmek gerekir ki tıbbi destek hizmetlerinin neler olduğuna dair üzerinde uzlaşı sağlanmış bir tanımlama da yoktur. Genellikle diğer ülke KÖO uygulamalarında destek hizmetleri arasında tıbbi görüntüleme ve laboratuar hizmetleri sayılmaktadır. Bununla birlikte birçok çalışmada, birçok kurum tarafından, sayılan bu hizmetler destek hizmeti şeklinde ayrı bir kategori olarak değil, tıbbi hizmet olarak nitelendirilmektedir.

KÖO Yönetmeliği'nin ilk halinde tıbbi hizmetler dışındaki alanlar içinde 'eczane'ye de yer verilmekteydi. Türk Eczacılar Birliği'nin, 'eczane' ibaresinin iptaline ilişkin açmış olduğu davada Danıştay 10. Dairesi, eczacılık mesleğinin *sağlık hizmeti ağırlıklı bir alan* olduğu gerekçesiyle eczanenin tıbbi hizmetler dışındaki alan kapsamında değerlendirilemeyeceği, bunun sonucu olarak da eczanenin işletilmesinin hastanelerden bağımsız olarak yükleniciye devredilmesinin mevzuat hükümlerine uygun olmadığı kararını vermiştir.[13] Eczane için getirilen gerek Mahkeme'nin "sağlık hizmeti ağırlıklı alan" tanımı gerek yine bu davada Danıştay savcısının "*sağlık hizmetinin ayrılmaz ve tamamlayıcı bir parçası*" tanımlaması önemlidir. Eczane için yapılan yorumu, özel amaçlı şirkete devredilecek işler kapsamında sayılan tıbbi destek hizmetleri için de yapabiliriz. Tıbbi hizmeti parçalara ayrılmış biçimde düşünmek, hekimlerin görev yaptığı tıbbi görüntüleme hizmetlerini tıbbi hizmet dışında kabul etmek ne derece doğrudur, tartışılır. Sağlık hizmeti, ayrılmaz ve tamamlayıcı parçaları ile bir bütündür. Hizmeti çekirdek ve destek (yardımcı) şeklinde (örneğin sağlık hizmetini tıbbi ve tıbbi destek hizmeti biçiminde) ayırmak, hizmetin niteliği ile ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilir. Aslında Sağlık Bakanlığı'nın da kendi yayınlarında tıbbi görüntülemeyi "tıbbi hizmet" olarak nitelendirdiği görülmektedir **(Akdağ, 2010)**. Peki, bu tür bir kabul durumunda tıbbi görüntüleme KÖO

uygulamalarında "devredilmeyecek" hizmetler içinde mi olacaktır? Tıbbi destek hizmetinin devredilmesinin öngörüldüğü KÖO ihalelerine bakılırsa Bakanlığın bu tür bir yorum yapmadığı kesindir.

Son otuz yıldaki neo liberal reformların temelinde çekirdek hizmet de dahil kamu hizmetlerinin bütününün işletmecilik esaslarına göre yürütülebileceği kabulü vardır. Nitekim hizmeti yürütme esasları açısından daha önce değindiğimiz işletmecilik lehine büyük genişleme bunu göstermektedir. İlgili yazında ve modelin oluşmasında temel rol oynayan AB ve OECD resmi belgelerinde/raporlarında KÖO projelerinde tıbbi hizmetin özel sektöre devredilip devredilmeyeceği konusunun tartışıldığı görülmektedir **(Edwards, 2004)**. Birçok Avrupa ülkesinde tıbbi hizmet giderek daha fazla oranda KÖO uygulamasına dahil edilmiştir. Örneğin İspanya'da Alzira Hastanesi bu konuda model uygulamalar arasında gösterilmektedir. Yine Almanya'da KÖO modeliyle inşa edilen kanser hastanesinde bütün hizmetler projeye dahil edilmiştir **(PwC, 2010)**.

En azından şu andaki uygulamalarda Türkiye'deki KÖO projelerine tıbbi hizmet dahil edilmemektedir. KÖO projelerinde neden tıbbi hizmet dışarıda bırakılmaktadır? İlk olarak akla, modele karşı olası yoğun tepkilerin önüne geçilmesinin amaçlandığı gelmektedir. Şimdiki biçimiyle tıbbi hizmet dışındaki bütün hizmet ve alanlar için sistem (çok sınırlı tepkiler dışında) işlerliğini kazanmaktadır. En azından yasal değişiklik, yönetmeliğin çıkarılması ve ihale süreçleri düşünüldüğünde KÖO modelinin kolaylıkla yaşama geçtiği görülmektedir. Acil sağlık hizmetleri örneğinde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı tıbbi hizmet ile ilgili de hizmet satın alımına gitmektedir. Sağlık Bakanlığı'nca 2010 yılında yayımlanan bir araştırma raporunda tıbbi hizmetlerin %5'inin hizmet satın alımı ile piyasadan sağlandığı belirtilmektedir. Tıbbi hizmet alanındaki hizmet alımlarına yönelik belirli kesimler dışında yoğun bir tepkiden söz etmek mümkün değildir. Bu açıdan KÖO uygulamalarında tıbbi hizmetin devredilmeme nedenini gelebilecek olası tepkilerle açıklamak güçtür. Yukarıda sözü edilen raporda Bakanlık "*maliyetleri düşüren, esnekliği artıran ve değer yaratan bir yönetim stratejisi*" olarak tanımladığı piyasadan hizmet alımını 'klinik' ve 'klinik olmayan' hizmetler için yaygınlaştırma hedefini açıklamıştır **(Akdağ, 2010)**. Buradan idarenin, hizmetin niteliği ile yürütüm biçimi arasında bir bağ kurmadığı, tıbbi hizmetin satın alım yöntemiyle özel kişiler tarafından sunulmasına ilkesel olarak karşı olmadığı, tıbbi hizmetleri genel idare esaslarına göre yürütülmesi zorunlu bir hizmet olarak görmediği sonucu çıkarılabilir.

KÖO modeline tıbbi hizmetin dahil edilip edilmemesinin ilkesel değil, daha çok pragmatist bir nedene dayandığını söylemeliyiz. Sağlık piyasası açısından mevcut KÖO uygulamalarında tıbbi hizmetlerin kamu tarafından sunulmasının sistemin içsel mantığı açısından bir önemi vardır. Hatta bir zorunluluktan da söz edebiliriz. Tıbbi hizmetlerin de modele dahil edilerek özel şirkete devredilmesi durumunda, finansman yöntemi ve hastanenin devletin sağladığı arazi üzerine inşa edilmiş olması özelliği dışında (ki bu da bir zorunluluk değildir, idarenin takdirine bırakılmıştır) uygulama klasik biçimiyle 'yap-işlet-devret'e dönüşecek ve sağlık işletmeciliği açısından da KÖO hastanesinin özel hastanelerden bir farkı kalmayacaktır. Bu, talep riski başta olmak üzere çok sayıda riski bütünüyle özel amaçlı şirketin üstlenmesi anlamına gelmektedir ki, bu durum sermaye açısından cazip değildir. Sağlık hizmetlerinde yardımcı personel ile başlayan piyasadan temin uygulamalarının giderek tıbbi hizmetler alanında da yaygınlaştığı düşünüldüğünde, diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de KÖO modelinin yakın bir gelecekte tıbbi hizmeti de içereceği düşünülebilir.

KÖO VE ÖRGÜTLENME YAPISI

Sözleşme ilişkisinin yaygınlaşması doğal olarak kamu hizmetlerinin örgütlenmesini de dönüştürmektedir. 80'lerden sonraki yeni örgütlenme yapısında devlet/kamu örgütleri, farklı yürütme biçimini gerektiren iki fonksiyonu birlikte üstlenmektedir. Kamu örgütleri hem hizmet sunucusu hem de geçmişten farklı olarak aynı zamanda yoğun biçimde hizmet alıcısı konumundadır. Bu yeni yapıda kamu örgütleri sadece daha önce olduğu gibi piyasadan değil, aynı

zamanda yine sözleşme ilişkisi ile birbirlerinden de hizmet alımı yapmaktadırlar. Özellikle de sağlık alanı hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı konumundaki farklı kamu örgütlerinin yaygın biçimde görüldüğü alanlardan biridir. KÖO, bazı yazarların "yeni kamu sözleşme sistemi" (*the new public contracting*) olarak tanımladığı çok sayıda örgütün birbiri ile sözleşme ilişkisi içinde olduğu yapı içinde doğmuş bir modeldir **(Vincent-Jones, 2007).**

KÖO, geleneksel hizmet sunum yöntemlerine, örgütlenme biçimlerine kıyasla neden tercih edilmektedir? Son yıllarda hükümetler hizmetlerin hangi yöntemle sunulacağına ilişkin tercihe temel olması açısından bazı karşılaştırmalı analiz yöntemleri kullanmakta, hatta bu yöntemleri uygulayacaklarına dair bazı taahhütlerde bulunmaktadırlar. Bu yöntemlerin hemen hemen tümü maliyet-fayda analizine dayalıdır. Kökeni de neo liberal örgüt kuramlarıdır.[14] Bu tür analiz yöntemleri neo liberal programları uygulayan hükümetlerin vazgeçilmezleri arasında yer almaktadırlar. Örneğin kamunun bir kamu hizmeti üretmesini, yeni bir hizmet üstlenmesini, yeni bir kamu örgütü kurmasını ayrıntılı bir maliyet-fayda analizinin sonucuna bağlayan düzenleyici etki analizi (DEA) bu yöntemlerden biridir. Bir başka yöntem de İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde hizmet örgütlenmesi ile ilgili tercihleri belirlemek üzere kullanılan Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı'dır (*Public Sector Comparator*) **(Grimsey-Lewis, 2005; OECD, 2008a; National Audit Office/NAO, 2002).** 2000'li yıllarda Türkiye'de de köklü kamu yönetimi reformları gerçekleştiren hükümetin bu tür yöntemleri kendi programına koyduğu, çeşitli yasal düzenlemelerde bunlara yer verdiği ve çeşitli biçimlerde bunları uyguladığı görülmektedir. Örneğin DEA, 17.2.2006 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan *Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* (*Mevzuat Hazırlama Yönetmeliği*) ile düzenlenmiş, birçok uygulamada zorunlu kılınmıştır.[15] Hükümetlerin karşılaştırmalı analiz yöntemini uygulama taahhütleri ve bu düzenlemelerdeki gereklilikler çerçevesinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde önemli değişikler yaratacak KÖO modeli tercihi nasıl açıklanabilir?

Yasaya göre sağlık alanındaki KÖO modeli ile yaptırılacak sağlık tesislerine Yüksek Planlama Kurulu karar vermektedir. Bu kararın, Yüksek Planlama Kurulu'nca veriliyor olması planlama ve siyasal sorumluluk ilişkisi boyutuyla önemlidir. KÖO projeleri yasaya göre süresi 49 yıla kadar çıkabilen projelerdir. Bu yönüyle projelerin sağlık hizmetleri açısından çok uzun vadeli ve çok yönlü planlamayı gerektiren bir yönü vardır. Bu projelerin doğuracağı sonuçlar sadece sağlık alanıyla, dolayısıyla Sağlık Bakanlığı ile ilgili de değildir. Bu projelerin maliye, kamu yönetimi, kent planlaması ve çalışma ilişkileri gibi birçok alan ile doğrudan ilgili sonuçları vardır. Ancak YPK'nın KÖO ile yaptırılacak sağlık tesisleri ile ilgili kararını, bir başka deyişle son ihaleler düşünüldüğünde projeler için öngörülen en az 28 yıla ilişkin sağlık hizmeti planlamasını, tercihe temel olacak karşılaştırmalı analizlere, uzmanlık çalışmalarına dayandırıp dayandırmadığı (kamuoyu bilgilendirilmediği için) bilinmemektedir. Reformun sahibi Bakanlar Kurulu'nun KÖO Yönetmeliği ya da Sağlık Bakanlığı'nın KÖO modeli tercihi ya da Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık tesisi projesini YPK'ya sunmadan önce yönetmelik gereğince hazırlamakla yükümlü olduğu 'Ön Fizibilite Raporu' için de aynı değerlendirmeyi yapmak mümkündür. Düzenleyici etki analizini benimsemiş, bu yöntemin uygulanmasını yasal düzenlemelerde zorunlu kılmış bir hükümetin, kamu hizmetleri ve kamu harcamaları boyutuyla önemli sonuçlar doğuracak bu kamu politikası tercihi ile birlikte, en azından iç tutarlılığının gereği olarak, bu tercihi meşru kılacak gerekçelerini de ortaya koyması beklenir. Genellikle Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın resmi internet sitesinde yer verilen genel yargıları içeren ve de çoğunlukla beklentileri ifade eden kısa açıklamalar dışında KÖO'nun neden tercih edildiğine dair yayımlanmış karşılaştırmalı analiz içeren bir çalışma, belge ya da rapor yoktur. Bu tür eksik bilgilendirmeler, Türk yönetim gerçekliği ile modelin uygulanabilirliği arasındaki ilişkiyi kurmada en azından bir ayağın boşta kalmasına da yol açmaktadır.

KÖO modeli nasıl bir örgütlenme yapısı öngörmektedir? Sorunun yanıtlanmasına öngörülen örgütlenme biçiminin ne olmadığını söylemekle başlayabiliriz. KÖO modeli, hizmetlerin merkezi

planlama ile kamusal rejime tabi olarak kamu personeli ile idarenin bütünlüğü ilkesi çerçevesinde yürütüldüğü, finansmanının vergi gelirlerinden karşılandığı ve buna yönelik risklerin havuzda toplandığı kısacası genel idare esaslarına dayanan tümleşik kamu örgütlenmesi özelliklerini taşımamaktadır. Aksine, KÖO modeli tümleşik kamu örgütlenmesinin bütün bu sayılan özelliklerinin her biri için alternatif olarak gündeme getirilmiştir. KÖO geleneksel yöntemlere (emanet gibi) olduğu gibi, uzun yıllardır uygulanan kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme biçimlerine, hizmet alım yöntemlerine de alternatif olarak sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖO hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini getirmektedir. Entegre sağlık kampüsü ve şehir hastaneleri biçimindeki KÖO uygulamaları ile kamu hastaneleri birlikleri tasarısının ölçeksel amacına *de facto* ulaşılmış olmaktadır.[16] Yeni büyük ölçekteki KÖO hastanesi açısından değerlendirildiğinde, öncelikle şu sorular akla gelmektedir: Bu hastaneler açısından sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili optimal büyüklükler ölçüt alınmış mıdır? Ölçeği büyütmek sağlık hizmetleri açısından ne gibi sonuçlar doğuracaktır? Planlama, denetleme, mali, personel vb. gibi boyutlar açısından büyük ölçekli KÖO hastaneleri yönetilebilecek büyüklükte/ölçekte midir?[17] Özellikle de 1980 sonrasında yeni kamu işletmeciliği, post-fordizm yaklaşımlarıyla "*küçük ve etkin*" yapılar savunulurken bu dev yapıların varlığı nasıl açıklanabilir? Bir yandan yetki devri, küçük ve etkin yapılar savunulurken diğer yandan ölçek büyütülmesi ve merkezileşme, sermayenin yoğunlaşması ve hizmet ve ticari alan işletmeciliğindeki tekelleşme talebi/beklentisi ile açıklanabilir.[18]

İlgili yazında örgütlenme boyutuyla iki farklı KÖO uygulamasından söz edilmektedir **(Gerrard, 2001; Council of Europe, 2004).** Birincisi, kamu örgütü ile özel örgütün (ortaklığa üçüncü sektör örgütleri de dahil olabilir) bir araya gelerek sorumluluk ve hak paylaşımına dayanan bir ortaklık kurmasıdır. Kurumsal bir yapıya bürünen bu ortaklık ilişkisinde kamu sektörünün ve özel sektörün hissedar olduğu ayrı bir örgüt söz konusudur. Ortak girişim (*joint venture*) bunun bir örneğidir. İkinci tür KÖO uygulaması ise sadece sözleşmeden doğan bir ilişkidir. Bu tür 'ortaklık'ta taraflar bir araya gelerek ayrı bir örgüt kurmazlar. Alıcı konumundaki devlet, sunuculardan (özel sektör) sözleşme ilişkisi ile mal, hizmet ve yapım işi satın almaktadır. Tarafların hak ve sorumlulukları aynı 'ortaklık' örgütü içinde olmaktan kaynaklanmaz; ayrı birer hukuki kişilik olarak sözleşmeden kaynaklanan hak ve sorumlulukları vardır. İncelediğimiz sağlık alanındaki KÖO modeli bu ikinci türe girmektedir.[19] İdare (Sağlık Bakanlığı / hastane / döner sermaye işletmesi) ve karşısında sözleşme ilişkisi içinde olduğu bir özel örgüt (özel amaçlı şirket/ortak girişim) olmak üzere iki farklı örgüt söz konusudur. KÖO modelinde devredilen işlevlere göre farklı örgütlenme yapıları ortaya çıkabilmektedir.

Tıbbi olmayan hizmet ve ticari alanların işletmesinin özel amaçlı şirkete bırakıldığı yapıda idare (standart belirleme ya da belirli denetimler dışında) bu alanlardan bütünüyle çekilmiştir. İdare, doğrudan alıcı konumunda olduğu bu hizmet ve alanların işletmesinde karar/yönetim sürecinde yer almaz. İdarenin bu hizmet ve alanlarda "alıcı" konumunda olması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından ne gibi bir sonuç yaratmaktadır? Blok halinde sunulan hizmetin alıcısına dönüşen idarenin sayılan bu alanlar açısından müdahale alanının sınırlanmış olması yurttaş-hizmet ilişkisinde ne gibi sonuçlar doğurabilir? Bu sorulara yeri geldikçe yanıt aranmaya çalışılacaktır.

Türkiye'de KÖO'nun örgütlenme yapısında üçüncü sektör örgütlerinin katılımı en azından ihaleleri yapılan KÖO hastaneleri açısından henüz öngörülmemektedir. Sağlık alanında KÖO uygulamalarında önemli bir yol kat eden İngiltere'de sağlık tesislerinin yapımı, finansmanı ve mal-hizmet alımları ile ilgili aşamadan sonra hastanelerin yönetim-karar yapısına odaklanılmıştır. Örneğin bu kapsamda devlet hastaneleri vakıf statüsüne (*foundation hospitals*) dönüştürülerek birer özerk

hastane işletmesi halini almışlardır. Bu vakıf hastanelerinin yönetimi, piyasa aktörlerinin ve yerel karar aktörlerinin de dahil edildiği *yönetişimci* bir yapıda örgütlendirilmiştir **(Karasu, 2009a).** Henüz Türkiye'de model, yapım, hizmet ve finansman konularındaki uygulamalarla ilk aşamadadır. İngiltere'de ve diğer ülke uygulamalarında olduğu gibi Türkiye'de de hastaneler özerk sağlık işletmelerine (örneğin kamu hastane birliklerine) dönüştürüldüğü zaman sağlık işletmelerinin yönetimine (*yönetişimci* karar yapısı olarak yönetim kurullarına/mütevelli heyetlerine) yeni bir aktör olarak üçüncü sektör örgütleri de dahil edilecektir. En azından bakanlık resmi açıklamalarında bu yönde ortaya koyulan çeşitli hedefler bunu göstermektedir. Gerek yasalaşma sürecini tamamlayamayan 5227 sayılı *Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun*'daki (yaygın olarak bilinen adıyla Kamu Yönetimi Temel Kanunu) sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine devrini öngören düzenlemeler, gerek 2007 yılında Hükümet tarafından Meclis'e sevk edilen ve 2010 yılında Plan–Bütçe Komisyonu'ndan geçen ancak hala yasalaşmamış olan 'Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı'ndaki düzenlemeler, Hükümetin sağlık hizmetlerindeki yerelleşme hedefini ortaya koymaktadır. Bu açıdan diğer ülkelerdeki *yönetişimci* karar yapısı ve üçüncü sektörün katılımıyla ilgili düzenlemelerin gündeme gelmesinin ihtimal dışı olmadığı söylenebilir. Bu durumda da KÖO projelerinde tıbbi olmayan hizmet ve ticari alanlarda faaliyet gösteren özel amaçlı şirketin hastanenin (dönüştürülmüş olursa hastane birliklerinin) yönetiminde de "paydaş" olarak etkin söz sahibi olması kaçınılmazdır.

Sağlık alanındaki KÖO'nun yasal alt yapısı (Ek 7. madde ve KÖO Yönetmeliği) KÖO hastanelerinde nasıl bir örgütlenme yapısı olacağına ilişkin bir düzenleme içermemektedir. Örgütlenme ayrıntılarına girdiğimizde KÖO modeliyle ilgili olarak değerlendirmeyi iki farklı seçeneği göz önünde bulundurarak yapabiliriz. Birincisi, şu andaki bakanlık yapılanmasının ve KÖO yasal alt yapısının sürdüğünü varsaymaktır. Buna göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesi ve idarenin mal, hizmet ve yapım işi alımı yaptığı özel şirket söz konusudur. İkinci seçenek ise özerk sağlık işletmeciliğine geçilmesidir. Sağlık alanıyla ilgili hükümet tarafından açıklanan hedeflerde tercihin bu yönde olduğu görülmektedir. Bu hedef gerçekleşirse KÖO modelinde düzenleyici ve denetleyici fonksiyonlarla sınırlanmış Sağlık Bakanlığı, bir kamu tüzel kişisi olarak özerk hastane işletmeleri/hastane birlikleri ve özel amaçlı şirket söz konusu olacaktır, ki bu ilk durumdan bütünüyle farklı bir yönetim ilişkisi sonucunu doğuracaktır.

20. yüzyılın önemli bir bölümünde bürokratik yapılar, amaçlara ulaşmada etkili ve verimli örgütlenme aracı olarak tanımlanırken **(Eisenstadt, 1959)**, 80'lerden sonra neo liberal örgüt kuramlarında verimsizliğin baş sorumlusu olarak gösterilmiştir. Bu dönemdeki yeni örgütlenme tercihleri, bürokratikleşmenin azaltılmasına (*debureaucratization*) yönelik olarak büyük örgütlerin parçalanarak küçültülmesi, hizmetlerin küçük, esnek, proje odaklı *ad hoc* yapılarla yürütülmesine dayandırılmaktadır **(Argyriades, 2010).** Peki KÖO, kendisine zemin oluşturan kuramlarda iddia edildiği şekilde küçük, etkin bir yapı olarak bürokrasiyi azaltmakta mıdır? Yine dayandığı kuramların iddia ettiği şekliyle KÖO, etkililik ve verimliliği temel alan ussal bir örgütlenme biçimi midir?

KÖO uygulamalarında bürokrasi açısından kaçınma, uzaklaşma, azalma gibi söylemlerin gerçekleştiğini söylemek güçtür. Yönetim biliminin büyüme, bürokratikleşme ve merkezileşme arasındaki ilişkiye yönelik sağladığı bilgiler bu noktada yeterli bir dayanak oluşturmaktadır. 80'lerden sonra yeni, alternatif örgütlenme yapılarını tanımlamada yabancı dildeki "–de" olumsuzluk ön eki ile kullanılan kavramlar ile ifade edilen süreçlerin (örneğin *debureaucratization* ya da *decentralization*) aslında sürecin ön eksiz biçimini yeniden inşa ettiklerini görmek gerekir. Yeni kamu işletmeciliği temelinde örgütlenen KÖO'da iddia edildiğinin aksine bürokratikleşme azalmamaktadır, bürokrasi ortadan kalkmamaktadır. Bu yapıda yeni kontrol biçimlerini içeren yönetim ilişkilerinin olduğu yeni bir bürokrasi ve bürokratikleşme biçimi ile karşı karşıyayız. İkinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılması ile

bürokrasinin azaltıldığı iddia edilirken KÖO sözleşmelerine dayalı yeni örgütlenme yapısında belki niteliksel açıdan farklı, ancak niceliksel açıdan farklı olmayan yeni bir bürokrasi yaratılmaktadır. KÖO hastaneleriyle ölçek büyümesinin bir sonucu olarak kaçınılmaz biçimde bürokratikleşme (alan, nüfus, iş, işlem hacmi, personel büyüklüğü ve ilişkiler boyutuyla) de artmaktadır. KÖO'da yapı da küçülmemekte, aksine büyümektedir. KÖO hastanesinde küçültülen bir şey varsa o da hastanenin kamusal olan tarafıdır. KÖO hastanelerinde ölçek büyümesi ve parçalanma nedeniyle hizmetlerin örgütlenmesinde yönetilemezlik riski de söz konusudur. Aynı şekilde KÖO'da karar süreçleri açısından adem-i merkezileşme de yaşanmamaktadır. Özerk işletmeler haline dönüştürülseler de, hastane birliği şeklinde kamu tüzel kişisi olsalar da KÖO projeleri açısından hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın sözleşme uygulayıcısı birimleri olmaktan öteye geçemeyeceklerdir. Belki ilerleyen dönemde Bakanlık KÖO projeleriyle ilgili olarak Yönetmelikte kendisine tanınan yetkiyi kullanarak hastanelere bazı işletimsel yürütme yetkileri devredebilir. Ancak en az 25 yıl süreli olarak imzalanan sözleşmelerde hastanelerin sözleşme yönetimindeki yetkileri oldukça sınırlı olacaktır. Önem arz etmeyen basit işletimsel işler dışında (örneğin döner sermaye işletmelerinin günlük para trafiğini yönetmesi) iddia edildiği gibi gerçek anlamıyla yetki devri de söz konusu olmayacaktır. Bu modelde en kritik karar konuları (ihale-sözleşme) zaten proje başında merkezileştirilmiştir. Paradoksal biçimde yetki devri söylemi ile merkezde yoğunlaşmış otoritenin alt birimler üzerindeki denetimin sıkılaşması modelde bir aradadır. Adem-i merkezileşme ve özerkleşme görüntüsü, aslında eş zamanlı olarak gerçekleşen stratejik kararlara yönelik merkezileşmeyi gizleyici bir işlev görmektedir. Adem-i merkezileşme görüntüsüyle güçlü bir merkezin yaratılması, KÖO modelinin dayandığı 'yeni kamu sözleşme sistemi'nin tipik özelliklerinden biridir. Bu sistemin diğer bir özelliği, bürokrasinin katılıklarına karşı geliştirilen esneklik söylemine rağmen aslında sözleşme ilişkisinin bir sonucu olarak oldukça katı olmasıdır.

KÖO'nun da içinde yer aldığı alternatif olarak sunulan örgütlenme modelleri/yapılarıyla ilgili temel sorun, bunların birbiriyle çelişkili ilkeleri/uygulamaları barındırıyor olmasıdır. Bu, örgütlenme yapılarının dayandıkları kuramsal temelin (neo liberal örgüt kuramları) kendisinden kaynaklanmaktadır **(Hoggett, 1996; Vincent-Jones, 2007).** KÖO, yeni kamu işletmeciliğinin birçok varsayımı (küçük, etkili, verimli, adem-i merkezi örgütlenme) ile değil ama nihai amacı (piyasalaşma) ile örtüşen bir yapılanmadır. Bu anlamda belki yapı, ölçek itibariyle değil ama ussal iş örgütlenmesine dayalı taylorist örgütlenme temelinde "*hastane şartlarının 'fabrika' şartlarına dönüştürülmesi*" ile sözü edilen örgüt kuramlarının hedeflerinin yaşam bulduğunu söylemek gerekir **(Sönmez, 2011).**

KÖO MODELİNDE ÖRGÜTLER

Kısmen ele aldığımız modeldeki örgütleri biraz daha mercek altına almak, bu kapsamda bakanlık, hastaneler ve ihaleyi alan özel amaçlı şirket açısından bir inceleme yapmak yönetim ilişkilerini anlamak açısından yararlı olacaktır.

Devletin Değişen Rolüne Uygun Sağlık Bakanlığı

Son yıllarda uygulanan *Sağlıkta Dönüşüm* programında ve çeşitli kuruluşların Türk sağlık sistemine dair yayımlanmış raporlarında Sağlık Bakanlığı'na biçilen rol, sağlık politikasını ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleme ve denetimler gerçekleştirme ile sınırlanan bir tür planlama-düzenleme-denetleme fonksiyonudur **(Sağlık Bakanlığı, 2003; TÜSİAD, 2005; OECD, 2008b).** Bakanlığın, bu fonksiyon ile birlikte, bununla uyumlu, bunu tamamlayacak bir başka rolü de üstlenmesi öngörülmektedir. Bu rol, bir tür güvenlik sibobu olarak hizmetlerin örgütlenmesinde "gerektiğinde" aktif olarak müdahil olmasıdır. Henüz bakanlığın düzenleyici-denetleyici fonksiyon ile sınırlandırılması noktasına gelinmemiştir. Devletin, sağlık alanından bütünüyle çekilmesi en azından şimdilik savunulan bir tez değildir. Devlet, büyük oranda piyasalaşan sağlık alanında planlama, finanse etme, tıbbi hizmeti sunma ve denetleme

fonksiyonunu belirli oranlarda sürdürmektedir. Tıbbi hizmet dışındaki tüm hizmet ve ticari alanların sözleşmeciye bırakıldığı KÖO modelinde Sağlık Bakanlığı'nın rolü ne olacaktır? Bakanlık ile KÖO hastanelerinin nasıl bir ilişkisi olacaktır?

Daha önce değindiğimiz gibi Türkiye'de diğer bazı ülkelerde olduğu gibi KÖO projelerini yürütmek üzere merkezi bir kurum oluşturulmamıştır. Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında Sağlık Bakanlığı'na yetki verilmiştir. Bakanlık, KÖO projelerinin temel aktörüdür. KÖO, Sağlık Bakanlığı için öngörülen düzenleyici–denetleyici role uygun bir modeldir. Bu modele geçiş ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın yapısı, sağlık hizmetlerini örgütleme biçimi ve sağlık hizmetini yürüten örgütler ile ilişkisi, sözleşme ilişkisinin gerektirdiği biçime bürünmektedir. KÖO modeline geçişin ilk sonucu Sağlık Bakanlığı'nın iç örgütlenmesinde yarattığı değişikliktir. Bakanlıkta, 2007 yılında 5683 sayılı Yasa ile Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ve İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı adıyla iki *anahizmet* birimi kurulmuştur. Bu birimler KÖO ihale sürecinden ve sözleşmenin uygulanmasından sorumlu kılınmışlardır (Bu iki birimin sağlık hizmeti ile doğrudan ilgisi olmadığı halde anahizmet birimi olarak oluşturulması ayrıca irdelenmelidir). Bakanlıktaki bu yeniden yapılanma, sağlık hizmetini KÖO modeliyle örgütlemenin Sağlık Bakanlığı'nın asli fonksiyonlarından biri haline getirildiği anlamını taşımaktadır. Bu değişiklikler, yönetsel yapılanmanın sözleşme ilişkisine uyumlandırılması olarak değerlendirilebilir. Sağlık Bakanlığı, bu projelerde uzmanlık alanı olmadığı halde sözleşme yöneticisi konumuna gelmekte, kapsamlı, uzun dönemli ve çok karmaşık sözleşmelere imza atmaktadır. İngiltere gibi bazı ülkelerde KÖO projelerinin imzacısı özerk hastane birlikleri ya da özerk sağlık işletmeleridir. Bu noktanın iyi irdelenmesi gerekmektedir. Bir hizmet örgütlenmesinde aynı aktörün hem politika belirleyici, hem sunucu, hem finansör, hem düzenleyici, hem denetleyici olması *son dönem kamu yönetimi reformlarının kendi iç mantığı* açısından doğru değildir. Bir yandan özerkleşme, bu kapsamda da yetkilerin devredilmesi savunulurken diğer yandan 25 yıl ve daha uzun süreli KÖO projelerini bakanlığın ihale etmesi ve sözleşme yönetiminde bakanlığın söz sahibi olması en azından kendi içinde bir çelişkidir (Hastanelerin özerk kamu kurumlarına dönüştürülmesi, KÖO ile ilgili ihaleleri hastanelerin yapması ya da bakanlığın yetkilerinin hastanelere devredilmesi gerekliliği ayrı tartışma konularıdır; buradaki değerlendirme modelin iç tutarlılığı boyutuyla sınırlı olarak yapılmıştır).

Ek 7. madde ve KÖO Yönetmeliği'ne bakıldığında Bakanlığa gerek ihale süreci gerek sözleşme yönetimi ile ilgili çok sayıda görev ve sorumluluk verilmiştir. Sağlık hizmetini planlama, hizmeti örgütleme biçimi ile ilgili tercih gibi sağlık sistemini düzenleme konusunda sahip olduğu genel yetkiler dışında Bakanlık, KÖO uygulaması ile ilgili kendisine verilen bu özel yetkiler ile doğal olarak sistemin baş aktörü konumunda olmaktadır. Yasa'da sayılan görev ve sorumluluklardan bazıları şöyledir: *Karar (hangi hizmet ve ticari alanların devredileceği, kiralama süresinin ve yıllık ödeme miktarının belirlenmesi); Hazırlık (ön projenin hazırlanması); Düzenleme-Denetim (sözleşmelerin kapsamına ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirleme, sağlık tesisinin projelendirilmesi, yapımı, bakımı ile tesislerdeki tıbbi alan dışındaki ticari alanlar ile hizmet alanlarının ne şekilde işletileceğine dair temel standartları belirleme, denetimleri yapma, sözleşme süresince yüklenicinin eylem ve işlemlerinden doğacak zararların giderilmesini sağlama, buna yönelik cezai müeyyideler koyma); Güvence Sağlama-Önleyici Tedbir Alma (kira ödemelerini güvence altına almak üzere döner sermaye işletmelerine gelir desteği sağlama ve bu konuda bütün önlemleri alma, talep riskini üstlenme).*

Bakanlığın sayılan bu görevleri yerine getirmesi açısından her şeyden önce yönetsel kapasite ile ilgili bazı güçlükler vardır. Aynı anda devam eden çok sayıda projeye ilişkin sözleşmeleri yönetmek, bu kapsamda örneğin özel amaçlı şirketlerin bütün faaliyetlerini denetlemek, en azından şimdiki yapılanma ile mümkün değildir. KÖO ile ilgili iki daire başkanlığının kuruluşuna ilişkin yasal düzenlemede tahsis edilen kadrolar da bu görevler için yeterli değildir. Bu noktada bu birimlere geçici görevlendirmelerle diğer kurumlardan personel

aktarılması da sorunu çözmeyecektir. Aslında modeli uygulamaya sokanların bu görevlerin büyük bir bölümünü bakanlığın kendi örgütüyle yürütmesini amaçlamadığı bir gerçektir. Bakanlığın kendisine verilen görevleri, "*yaptırır*" hükmünden hareketle yetkisini kullanarak hizmet satın alımı yöntemiyle özel kişilere gördürme yoluna gitmesi en başından itibaren düşünülen yoldur. Bu, Bakanlık için öngörülen düzenleyici-denetleyici role de uygundur.

Entegre Sağlık Kampüsü - Hastaneler (Döner Sermaye İşletmesi)

KÖO projelerinde kamu örgütlenmesinde çok alışık olmadığımız, son dönem kamu yönetimi reformlarında pek rastlamadığımız bir ifadeye rastlamaktayız: Entegre sağlık kampüsü. Örgütlenme boyutuyla entegre (*integrated*), birçok parçadan oluşan yapının, yönetim süreçleri açısından birbirleriyle ilişkilendirilerek tümleşik hale getirilmesini (bütünleştirilmesini) ifade etmektedir. Bütünleşik/Tümleşik kamu örgütlenmesi, hiyerarşi ve bütünlüğü sağlamaya yönelik diğer hukuksal ve yönetsel araçlar ile sağlanan *entegre* bir özellik gösterir. Özellikle modern bürokratik yapıların ortaya çıkışı ile hizmet örgütlenmesine yerleşen bu yapılanma biçimi, siyasal ve yönetsel sorumluluk temelinde, eşitliği, standartlaşmayı sağlamaya yönelik merkezi planlama, eşgüdüm ve denetimi öngörmektedir.

Coğrafi olarak dağılmış ve farklı basamaklardaki sağlık örgütlerinin ilişkisinin merkezi bir sistem dahilinde (örneğin Sağlık Bakanlığı bünyesinde) bütünleştirilmesini ifade etmek üzere entegre sözcüğü sağlık sisteminde yaygın olarak kullanılmaktadır.[20] Üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç bütün kamu kurumlarına ait hastanelerin 2005 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine alınması da bir entegrasyon/bütünleştirme uygulaması olarak kabul edilmektedir. Bu noktada yeni olan, KÖO projelerindeki entegre sağlık kampüsleridir.[21] Sağlık hizmetlerinde bölge ve birkaç dal/uzmanlık hastanesinden oluşan entegre örgüt yapılarına neden ihtiyaç duyulmuştur? KÖO projelerindeki entegre sağlık kampüsleri ile 20. yy boyunca örgütlenme kuramlarında yer verilen şekliyle yönetimin süreçleri itibariyle tümleşik bir hizmet örgütlenmesi mi amaçlanmaktadır? Bilindiği üzere 1980'lerden sonra neo liberal kamu yönetimi reformlarının başlıca amacı kamu örgütlenmesinde tümleşik yapının çözülerek esnek ve küçük örgütlerin yer aldığı bir örgütlenme yapısına geçilmesidir. Bu amaca uygun bir yapılanma olarak KÖO hastaneleri ile, hiyerarşi esaslı bütünleşik kamu hizmeti örgütlenmesi modeline bir dönüşün hedeflendiğini düşünmemek gerekir. Peki entegre edilmiş olan nedir? Örneğin Ankara Etlik'te yapılacak hastane, bölge ve sekiz dal hastanesini içeren toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsüdür. Entegre sağlık kampüsünün ayrı bir yönetimi olacak mıdır? Olacak ise tüzel kişiliği olacak mıdır? Olacak ise bu örgütün bakanlık ve kampüs içindeki hastanelerle ve özel amaçlı şirket ile ilişkisi nasıl olacaktır? Bu durumda her hastanenin ayrı bir döner sermaye işletmesi mi olacaktır? Yoksa entegre sağlık kampüsü tek bir bütçeye mi sahip olacaktır?

Yasa ve Yönetmelikte entegre sağlık kampüsünü oluşturan hastanelerin yönetsel/mali açıdan entegre bir yapıda olacağına, hastanelerin eşgüdümcüsü ya da hiyerarşik üstü olarak ayrı bir entegre sağlık kampüsü yönetiminin olacağına ilişkin bir düzenleme yoktur. Bakanlık kaynaklarında entegre sözcüğünün daha çok mekansal toplanmayı ve bazı hizmet alanlarındaki birimlerin (örneğin acil) kampüs içindeki hastaneler tarafından ortak kullanımını ifade ettiği belirtilmektedir. Oluşturulması yönünde girişimlerde bulunulan hastane birlikleri ile entegre sağlık kampüsleri arasında bir koşutluk kurmak mümkündür. Entegre sağlık kampüsü, ölçeği ve yapısı itibariyle hastane birliği ile büyük benzerlik göstermektedir. Hatta daha önce de değindiğimiz gibi hastane birliği ile amaçlanan birçok şeye (ihale büyüklüğü, sermaye yoğunlaşması gibi) bu kampüsler ile ulaşıldığını da söylemek mümkündür. Ancak henüz adlandırma dışında yapının entegre özelliği ile ilgili yasal düzenlemelerde ve resmi açıklamalarda bir bilgi olmadığı için hastane birliklerinde olduğu şekilde bu kampüsler ile "*program, planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağı*" **(OECD, 2008b)** amaçlanıp amaçlanmadığı bilinmemektedir.

Özerk Hastane İşletmeciliği – "Gerektiğinde Devlet"

Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında sözleşme konusu olan sağlık tesisi faaliyete geçinceye kadar özel amaçlı şirketin tek muhatabı Bakanlık'tır. Sağlık tesisi faaliyete geçtikten sonra durum biraz daha karmaşık bir hal almaktadır. Bakanlık dışında tıbbi hizmeti sunacak olan hastaneler (mali boyutuyla döner sermaye işletmeleri) de Yönetmelikteki idare tanımına girmeye başlayacaktır. Sözleşme, Bakanlık tarafından imzalanmakla birlikte hastaneler, özel amaçlı şirketin uzun süreyle hem kiracısı hem de mal ve hizmet alıcısıdırlar. Hastanelerin özel amaçlı şirket ile ilişkisi sadece kendi döner sermayelerinden ödeyecekleri yıllık kiralar ile sınırlı değildir. Hastanenin yürüttüğü bütün hizmetler ile özel amaçlı şirketin üstlendiği faaliyetler arasında organik bir ilişki vardır. Bu açıdan hastaneler ile özel amaçlı şirket hem sağlık hizmeti hem de mali ve yönetsel boyutuyla doğal olarak her an yoğun bir ilişki içindelerdir.

Şu anda idarenin (bakanlık-hastane) Yasa ve KÖO Yönetmeliği'nde düzenlenen yükümlülüklerinin nasıl paylaştırılacağının ya da hastane ile özel amaçlı şirket ilişkisinin bütün yönleriyle öngörülmesi mümkün değildir.[22] Hastanelerin sözleşme yönetimi konusundaki yetkileri Bakanlık tarafından belirlenecektir. Bakanlığın hangi yetkileri devredeceği henüz belirsizdir. Ancak bizzat hizmeti sunan kurumlar olarak hastane yönetimlerinin sözleşmenin yönetiminde yetki devrine gerek olmaksızın zorunlu olarak yer alacakları hususları (yasal düzenleme kaynaklı yetkiden değil, bizzat uygulamadan kaynaklı) tahmin etmek mümkündür. Mevcut sistemde olduğu gibi KÖO hastanelerinde de "yürütüm" açısından esas olarak döner sermaye işletmeleri temel alınmıştır. Esnek mali yönetimin hedeflendiği düşünüldüğünde döner sermaye işletmelerinin sistemin belkemiği olması KÖO modelinin iç mantığının bir gereğidir. Sözleşmesi bakanlık tarafından imzalanmakla birlikte KÖO, bakanlık bütçesinden karşılanacak bir yatırım ya da harcama değildir. KÖO uygulamasının en önemli ayağı olan mali boyutta döner sermaye işletmelerinin rolü, KÖO Yönetmeliği'nin "Temel İlkeler" başlığını taşıyan 5. maddesinden de anlaşılmaktadır: "*İhaleler, merkeze aktarılan paylar da dahil olmak üzere döner sermaye işletmelerinin gelirleri dikkate alınarak yapılır.*" Bu tanımlama, KÖO hastanesinin hasta sayısının, buna bağlı olarak da döner sermaye gelirinin öngörülmüş olduğunu ve buna göre bir ihale yapıldığını düşündürmektedir. Ancak bu mümkün müdür? Özellikle en az 25 yıllık sözleşme süresi düşünüldüğünde döner sermaye işletmelerinin gelirlerini öngörmek çok güçtür. Döner sermayelerin temel gelir kaynağı hastalardır. Hastanenin kira ve diğer ödemeleri yapabilmesi için hasta sayısının (dolayısıyla da döner sermaye gelirinin) belirli bir düzeyin altına düşmemesi gerekecektir. Bir başka seçenek, yeterli gelir elde edemeyen hastanelerin hizmetleri faturalandırmada yurttaşlara ek ödeme getirecek yeni yöntemler benimsemesidir.[23]

Döner sermaye işletmeleri odakta olmakla birlikte Türkiye'de KÖO, henüz diğer ülkelerde olduğu gibi özerk sağlık işletmeleri üzerinde yükselmemektedir. Örneğin İngiltere'de KÖO ihaleleriyle ilgili yetkiler, Sağlık Bakanlığı'nda ya da sağlık hizmetlerinin yürütücüsü konumundaki ulusal düzeyde örgütlenen özerk kuruluş Ulusal Sağlık İdaresi'nde değil, birer özerk sağlık işletmesi olan hastane birliklerindedir (*NHS Trusts*) **(NAO, 2010)**. Özerk sağlık işletmeleri (örneğin hastane birlikleri) oluşturulduğu takdirde KÖO hastanelerinin durumu ne olacaktır? Bakanlığın sözleşme yönetimi ile ilgili bütün yetkileri özerk sağlık işletmelerine devredilecek midir?

Özerk hastane işletmeciliğine geçildiği takdirde ya da hastane birlikleri kurulduğunda bakanlık – entegre sağlık kampüsleri – özerk hastane işletmeleri/hastane birlikleri arasında yeni bir işbölümü söz konusu olacaktır. Bakanlığın KÖO gibi büyük ihaleler ile ilgili karar yetkisini özerk sağlık işletmelerine devretme konusunda ne kadar istekli olacağı tartışılır. Nitekim özerk sağlık işletmelerini oluşturacak olan kamu hastane birlikleri tasarısının yasalaşma sürecinin tamamlanmasının, Bakanlığın KÖO ihalelerini kendisinin sonuçlandırması ve sözleşmelerin imzalanması sonrasına ertelendiğini düşündürmektedir. Bakanlığın bütünüyle sistemden çıkmasını, kritik kararlar açısından geri çekilmesini

düşünmek güçtür. Buna mevcut neo liberal örgütlenme tarzı ile ilgili tercihler de izin vermeyecektir. Daha önce belirttiğimiz gibi adem-i merkezileşme iddiasını ortaya koyan neo liberal örgütlenme yaklaşımının özünde, iddia edilenin aksine "güçlü merkez" vardır.

Özerk hastane işletmeciliğine geçildiğinde ilk olarak akla mali güçlük durumunda KÖO kira ödemelerinin ne olacağı sorusu gelmektedir. Ayrı tüzel kişilik olarak bütçeye sahip olan özerk hastane işletmelerine şimdi olduğu gibi bakanlık destek olacak mıdır? Diğer ülke KÖO uygulamaları, yıllık kira ödemelerinin ne derece ağır bir mali yük getirdiğini ve KÖO hastanelerinin ve sağlık hizmetinin geleceği açısından önemli sorunlar doğurduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık gibi, hizmetin aksaması durumunda telafisi mümkün olmayan sonuçlar yaratacak bir alan söz konusu olduğunda Bakanlığın, sistemin işlerliğini sağlamak üzere özerk sağlık işletmelerinin güvencesi olarak "gerektiğinde" yeni roller üstlenmesi kaçınılmazdır. Mevcut hastanelerin döner sermaye işletmeleri ile ilgili olarak da birçok devlet güvencesi söz konusudur. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda sağlık işletmesine dönüştürülecek hastanelerin gelirleri arasında "*gerek görüldüğünde yapılacak devlet desteği*" sayılmaktadır. Bu açıdan özerk sağlık işletmesine dönüştürülseler de sağlanacak devlet desteği ile hastanelerin özellikle de KÖO yıllık kira ödemelerini aksatmasına izin verilmeyecek, sistemin sürdürülebilirliği için devlet *gerektiğinde* yardım yapacaktır.[24] Özerk sağlık işletmeciliği ve "gerektiğinde devlet", esneklik sağlamak amacıyla bütçe sisteminden uzaklaşmanın yarattığı risk ve maliyeti devlete yükleyen bir örgütlenme anlayışının uzantılarıdır.

KÖO sözleşmelerinin yönetiminde hangi kurum yetkilidir, sorumludur? Proje sözleşmelerini imzalayan Sağlık Bakanlığı mı, hizmetleri yürüten hastaneler mi? KÖO sözleşmeleri ile ilgili her iki kurumun da ayrı ayrı üstlendiği görev ve sorumluluklar söz konusudur. Yönetmelikte Bakanlığın görev ve sorumlulukları sayılmaktadır. Bunların büyük bölümüne (standart belirleme, denetleme vb. gibi) önceki başlıkta değinmiştik. Hastaneler açısından durum biraz daha karmaşıktır. Kısa süreli, küçük ölçekli tek hizmet ile ilgili, sözleşme feshi görece daha kolay olan mevcut hizmet alım ihaleleri (yemekhane, temizlik gibi) ile karşılaştırıldığında KÖO sözleşmelerinin, sözleşmenin yürütücüsü konumundaki hastaneler açısından dayatıcı bir özelliği vardır. Hastaneler çok fazla söz sahibi olmadıkları sözleşme yönetimi açısından adeta "*durumu idare etme*" ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Sözleşmenin fesih yetkisi sözleşmenin yürütümünde rol alan hastanelere tanınmamıştır. Sözleşme hükümleri konusunda yaşanan anlaşmazlıklarla ilgili olarak hastanenin bakanlık ile ilişkiye girmesi gerekecektir. Sözleşmelerde yer verilen bazı mekanizmalar (yardım masası gibi) hastaneleri sadece sorun tespit eden konumuyla sınırlandırmaktadır. Hastanelerin özel amaçlı şirket karşısındaki konumu mevcut hizmet alımı ihalelerinde yer alan şirketler karşısındakine göre çok daha zayıftır.

Karlı Yatırım Alanının Blok Sunucusu: Özel Amaçlı Şirket / Ortak Girişim

KÖO projelerinde ihale ile yapım, mal tedariki ve hizmet sunumu ve alan işletmeciliği işlerini üstlenen özel örgüt için şirketler hukukundaki ayrımlar temelinde farklı adlandırmalar yapılmaktadır. KÖO Yönetmeliği'nin bu örgüte ilişkin düzenlemeyi içeren 12. maddesinin ilk hali, "Ortak Girişimler" başlığını taşımakta idi. 2010 yılında yapılan değişiklikle madde başlığına ve hükümlerine diğer ülke uygulamalarından aynen aktarılarak "Özel Amaçlı Şirket" (*special purpose vehicle*) eklenmiştir. Yönetmelikte her iki hukuksal kişilik için tanımlamalar yapılmaktadır. Konumuz açısından Yönetmelik hükmünden anladığımız, idarenin karşısında parçalı bir yapı değil, yüklenici/özel amaçlı şirket/ortak girişim gibi farklı adlarla yer verilen tek bir örgüt olması istenmektedir. Bu düzenlemenin özellikle sözleşme yönetimi sırasında karşılaşılacak sorunlar açısından pratik bir amaç taşıdığı söylenebilir.

Mevcut mal ve hizmet alım ihalelerinin büyüklükleri ile karşılaştırıldığında KÖO

hastanelerinde hastane yönetiminin karşısında çok daha büyük ölçekli bir örgüt vardır. Her örgüt, büyüklüğü (örgütsel ya da mali açıdan) ve kurumsallaşması ölçüsünde kendi etki alanını doğurmaktadır. Kısa süreli sözleşmelerle hastanelerdeki küçük ölçekteki ihaleleri alan, genellikle de küçük sermaye özelliği taşıyan şirketlerle karşılaştırıldığında büyük sermayenin KÖO projesi için oluşturduğu ortaklık bu güce önemli düzeyde sahip olabilmektedir. Çok sayıda ve çeşitte mal ve hizmetin temininin (ve alanların işletmeciliğinin) uzun süreli olarak blok halinde tek bir örgütün[25] denetimine geçmesi hastanelerdeki yönetim ilişkilerinde önemli sonuçlar doğurmaktadır. Hastane örgütlenmesinin bütün unsurlarına uzun süreyle yerleşen bu örgüt, bir yandan yönetim ilişkisinin ana bileşenlerinden biri haline gelerek hastane içinde, diğer yandan da bu sözleşmenin kendisine sağladığı avantajlar ile piyasada önemli bir güç elde etmektedir. Bu durum hastane yönetimlerinin, sorumlu oldukları yönetsel çevreye egemen olmalarını engelleyecek bir sonuç yaratabilmektedir. D. Grimshaw ve diğerlerinin araştırması, bu durumun sadece idarenin örgüt üzerindeki egemenliğini yitirmesine neden olmadığını, ayrıca ve daha da önemlisi idarenin giderek hizmetin kontrolünü de yitirmesine yol açtığını göstermektedir **(Grimshaw, 2001)**.

KÖO Yönetmeliği'nde "sözleşmede yer alacak hususlar" başlığında "*yükleniciye bırakılan tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların fiyatlandırma ölçütleri*" sayılmaktadır. Ancak sözleşme sürecinde müzakere ile belirlenecek bu ölçütlerin nasıl olacağı belirsizdir. Basit olarak ölçek boyutuyla bakıldığında tıbbi görüntüleme ve laboratuar hizmetleri ile, yemekhane, temizlik vb. gibi hizmetler açısından her hastanenin ayrı ayrı hizmet alımına gitmesi ilk bakışta daha pahalı bir yöntem gibi düşünülebilir. Ancak ölçek büyümesine bağlı olarak maliyet düşmesi beklenirken, KÖO uygulamalarında mevcut kamu alımlarına göre bu hizmetlerin maliyetlerinin arttığı ve yüklenici tarafından işletilen kantin, otopark vb. gibi hizmetlerin de çok daha pahalı sunulduğuna dair çok sayıda araştırma bulgusu vardır **(NAO, 2010; NAO 2011; Edwards, 2004)**.

Şimdi uygulanan KÖO modelinde talep riskini özel amaçlı şirket değil, devlet üstlenmektedir (Sabah Gazetesi web sayfası).[26] KÖO hastaneleri, uygulamayı müjdeleyen hükümet açıklamalarında ısrarla vurgulandığı gibi devlet hastanesidir. Tıbbi hizmetin kamuda kalması, hastanenin devlet hastanesi olması, sosyal güvenlik kurumunun ödeme sistemi açısından önemlidir. Devlet hastanesi olmasının bir sonucu olarak bütün yurttaşlar bu hastanelere gidebildiği için KÖO hastanelerinin kullanıcı kitlesi çok geniştir. Entegre sağlık kampüsleri genellikle kent dışında ve büyük alanlar içinde mekansal açıdan diğer yaşam alanlarından tecrit edilmiş bir alanda inşa edilmektedirler. Bu açıdan hastanede bulunan herkes ihtiyacını özel amaçlı şirketin işlettiği alanlardan sağlama gibi bir zorunluluk ile karşı karşıyadır. Talep riski boyutuyla bakıldığında, ticari alanların işletmeciliği açısından tekel konumunda olan özel amaçlı şirket, otopark ve kafeterya gibi hizmetleri devlet tarafından yönlendirilen ve seçeneği olmayan geniş 'müşteri' kitlesine sunma olanağına kavuşmuş olmaktadır. Daha önce de değindiğimiz gibi KÖO uygulamaları aynı zamanda idarenin ve hizmetten yararlananların çok sayıda ve çeşitte mal ve hizmeti blok halinde sunan özel amaçlı şirkete aşırı bağımlı olmasına da yol açmaktadır. KÖO modelinin sermaye açısından yüksek kar getiren yönünün esas olarak hizmet sunumu ve ticari alanların işletilmesi olduğu vurgusu bu noktada önem kazanmaktadır **(PwC, 2010)**. Gerek tekel olma özelliği, gerek talep riski olmaması sermaye açısından bu modelin belki de en çekici yanlarıdır. Özel amaçlı şirket açısından çok önemli avantajlar sağlayan bu özelliklerin yurttaşlar açısından aynı sonucu doğurmadığı açıktır.

SÖZLEŞME YÖNETİMİ

Sözleşme hukuku, özel bir inceleme alanıdır. Kamu hizmetlerinin yürütümünde sözleşme ilişkisi çok yaygınlaşmış olmasına, hatta yönetim ilişkisi neredeyse sözleşme temelinde kurulur ve tanımlanır hale gelmesine rağmen sözleşme yönetimi için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Oysa mal, hizmet ve yapım işini sağlamak üzere özel örgütlerle imzalanan sözleşmeler, salt hak ve yükümlülükleri içeren hukuksal metinler olarak düşünülemez; aynı

zamanda politika tercihini yansıtan bir belgelerdir. Hizmet sunmanın ve personel istihdamının neredeyse ana düzenleyici formu haline gelen sözleşmeler yönetim ilişkisinin tüm yönlerini içerirler.

KÖO, idare ile yüklenici arasında imzalanan uzun süreli sözleşmeye dayanan bir modeldir. Sözleşme süresi Türkiye'de 49 yıla kadardır. İngiltere'de olduğu gibi 67 yıla kadar olan örnekleri de vardır. KÖO projelerinde olduğu gibi kapsamlı, ayrıntılı ihale şartnamelerini hazırlamak, sözleşmeleri imzalamak ve yönetmek idarenin giderek yeni görev alanlarından biri haline gelmiştir. Bu yeni görev alanını ihale sürecine ve sözleşme uygulamalarına ilişkin bütün eylem ve işlemleri kapsayan sözleşme yönetimi biçiminde tanımlamak mümkündür. Mevcut hizmet alım sözleşmeleri ile karşılaştırıldığında KÖO sözleşmeleri çok daha karmaşık, kapsamlı, uzun sürelidir. Bu nedenle bu projeler açısından sözleşme yönetimi çok daha önemlidir. Türkiye'de Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı resmi internet sitesinden alınan bilgilere göre 16 farklı projede toplamda 23 bin yataklı 92 hastane yapımı ihale sürecindedir.[27] Bu durum 16 farklı proje, 16 farklı ihale süreci ve 16 farklı sözleşme yönetimi anlamına gelecektir. Bunun da ne kadar büyük bir yönetsel kapasiteyi gerektirdiği açıktır. İdarenin, bu karmaşık görevi var olan yapı içinde değil, ayrı, özel bir uzmanlık birimi ile yönetebileceği yönündeki görüşler yaygın olarak kabul görmektedir. OECD, sadece KÖO sözleşmelerinin yönetimini ele alan bir rapor yayımlayarak bu konuya verdiği önemi ortaya koymuştur. Raporda, tip sözleşmelerin ve ön projelerin hazırlanmasından, bütçe hesaplamalarından, ihale sürecinin yönetimi ve sözleşmenin uygulanmasından ve sürekli denetimlerin gerçekleştirilmesinden sorumlu ayrı uzmanlık birimlerinin gerekli olduğu savunulmuştur. Rapor'a göre bu yapının KÖO modelini uygulayan bakanlıklarda ayrı bir birim mi, merkezi düzeyde bir kurum mu, üst kurul tipi özerk bir yapı mı, özel sektör temsilcilerinin de yer aldığı bir ortaklık mı, kamu tüzel kişisi mi ya da özel hukuk tüzel kişi mi olacağı ülkelerin koşullarına göre belirlenmelidir. Diğer ülkelerde genellikle Maliye Bakanlığı altında bir birim projelerin sorumluluğunu üstlenmiştir **(OECD, 2010)**. Daha önce değindiğimiz gibi KÖO projelerini yönetmek üzere Türkiye'de merkezi düzeyde bir örgüt yoktur. Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarını da asıl olarak Bakanlıkta yeni kurulan iki daire başkanlığı yürütmektedir. Yakın bir gelecekte, diğer ülkelerde örnekleri görülen faaliyet konusu sadece KÖO projeleri olan, düzenleyici-denetleyici üst kurul tipi bir örgütün kurulması yönünde tartışmalar gündeme gelebilir.

Sözleşme yönetimi, genellikle göz ardı edilen (ya da bilinçli olarak üzerinde durulmayan demek daha doğru olabilir) bir maliyet kalemidir. KÖO projelerinde yapım, mal ve hizmetlerin maliyeti dışında, sözleşme ilişkisinin kendisinin yarattığı önemli bir maliyet de söz konusudur. KÖO ile ilgili düzenlemelerdeki *"yapar ya da yaptırır"*, *"denetler ya da denetletir"*, *"hazırlar ya da hazırlatır"* şeklindeki hükümler idareye hizmet alımı yetkisi tanımaktadır. Bu yetkiye bağlı olarak idarenin ihale sürecinde ve sözleşme yönetiminde çok temel yönetsel fonksiyonlar (örneğin denetim) için dahi hizmet satın alımına gittiği, sözleşme ilişkisine girdiği görülmektedir. Projelerin hemen hemen her aşamasında çeşitli konularda yoğun olarak hizmet satın alımı yoluna giden idarenin ihale sürecindeki ve sözleşmenin uygulanmasındaki yönetsel giderleri iyi analiz edilmelidir. Örneğin proje-danışmanlık şirketlerine ödenen para önemli bir kalemi oluşturmaktadır. Aynı şekilde sözleşme yönetiminin bir diğer ek maliyeti, sözleşme yönetiminden sorumlu yeni uzmanlık birimlerinin kurulmasıdır. Sözleşme yönetiminin örgütlenmesinin maliyeti hiç de az değildir. Modeli yıllardır uygulayan ülkelerdeki veriler, yeni birimlerin/örgütlerin kurulmasını, personelin işlendirilmesini ve çok sayıda işin piyasadan temin edilmesini gerektiren KÖO'nun, diğer özellikleri yanında bu özellikleriyle de kamu harcamalarını artırdığını ortaya koymaktadır. Bu maliyetler, geleneksel kamu hizmeti sunum yöntemleri ile KÖO yönteminin karşılaştırmalı analizinde ayrıca hesaba katılmayı gerektirecek büyüklüklere ulaşmaktadır.

KÖO uygulamalarında farklı roller üstlenen çok fazla örgüt söz konusudur. Bunlar; Bakanlık,

hastaneler, ortak girişim, ortak girişimi oluşturan şirketler ve alt yüklenicilerdir. Bir de bunlara henüz belirsizlik taşıyan entegre sağlık kampüsü yönetimi ve kurulması girişimleri olan hastane birliği de katılabilir. KÖO'da sözleşme ilişkisi sadece Bakanlık ve özel amaçlı şirket arasında söz konusu değildir. Eğer ihaleyi alan bir ortak girişim ise, -ki büyük ölçekli ve farklı uzmanlıkları içeren projelerin doğası gereği hemen hemen bütün projelerde böyle olmaktadır- ortak girişimi oluşturan şirketler arasında da bir sözleşme ilişkisi söz konusudur. Aynı şekilde özel amaçlı şirket/ortak girişim, alt yükleniciler ile de sözleşme ilişkisi içindedir. Hukuksal açıdan doğrudan doğruya idare ile ilgili olmadığı düşünülen yüklenici-alt yüklenici (taşeron) ilişkisi de genel olarak hizmetlerin örgütlenmesine olan etkileri, özel olarak da hizmet üzerinde aksama vb. gibi yaratacağı sonuçlar açısından sözleşme yönetiminin bir parçası olarak görülmelidir.

Tüm alt sözleşmelerle birlikte KÖO sözleşmelerinde, hizmet büyüklüğü ve çeşitliliği, alansal büyüklük düşünüldüğünde binlerce kalemin varlığından söz edilebilir. Çok fazla alt bileşeni barındıran kapsamlı ve karmaşık, uzun süreli olmasından dolayı da belirsizlik düzeyinin yüksek olduğu KÖO sözleşmelerinin analizi güçtür. Mevcut hizmet alım uygulamalarından farklı olarak örneğin toplam 3000 yataklı 9 farklı hastanenin KÖO kapsamındaki tüm hizmetlerinin en az 25 yıl süreyle alınmasını içeren bir sözleşmeden söz etmekteyiz. KÖO Yönetmeliği'nin '*sözleşmede yer alacak hususlar*' başlıklı maddesinde yapım/yenileme ve hizmetlerin standart ve kalitesinin idare tarafından belirlenmesinden söz edilmektedir. Peki ölçeğin çok büyük, hizmetin sağlık gibi karmaşık nitelikte olduğu, oldukça uzun süreli sözleşmelerde bunlar nasıl belirlenecek, nasıl denetlenecektir? Projelerde tanımlanan amaçlar soyut, genellikle de somutlaştırılması, dolayısıyla da denetlenmesi zor niteliktedir. Bu tür projelerde ayrıntılı ve yoğun iş trafiğinin denetlenmesi sorunu vardır. Bu derece kapsamlı, ayrıntılı ve uzun süreli projelerde sözleşmelerde öngörülemeyen çok sayıda konunun olması, bazı konularda da sadece genel ifadelere yer verilmesi doğaldır. Örneğin teknolojinin öngörülemezliği nedeniyle sözleşme maddelerine açık olarak yazılması mümkün olmayan konular vardır. Örneğin beş yılda bir piyasa testi yapılacağından söz edilmektedir. Ancak bu yöntemin nasıl uygulanacağı ve sonuçlarının uygulamada ne gibi etkileri olacağı belirsizdir. Bu tür durumlarda taraflar arasında müzakere esas olmaktadır. Müzakerenin temel olduğu sözleşme yöneti(*şi*)mi, özel sektörün çok daha etkili olduğu yeni kontrol biçimlerini doğurmaktadır. Bu yeni yapıda kamu sektörü ile özel sektör arasında özel sektör lehine bir güç dengesizliği söz konusudur **(Hoggett, 1996; Grimshaw, 2002:)**. Sözleşme yönetiminin kurumsallaşması kamu sektöründe, özel sektördekine göre çok daha zayıftır. Özel sektör penceresinden bakıldığında uzmanlaşmış, güdülenmiş, proje ile ilgili hem düşünsel açıdan hem de uygulama açısından izlemenin sürekli olduğu bir proje yönetiminin varlığı, sözleşmenin uygulanmasında özel şirkete çok önemli kazançlar sağlamaktadır. Özel amaçlı şirketin belki de en güçlü olduğu ve en çok kazanç sağladığı noktalar, sözleşmelerde açıkça düzenlenmemiş hususlar ve yine idarenin sözleşmede açıkça hüküm altına alınmamış değişiklik talepleridir. Bütün bunların idare açısından ek maliyet unsuru olacağı gözden kaçırılmamalıdır. Sözleşme yönetimi ile ilgili belirtilen bu sorunlar, sadece KÖO sözleşmelerine ya da bu modeli uygulayan bazı ülkelere özgü sorunlar olarak düşünülmemelidir; son yıllarda idarenin özel kişilerle girdiği farklı türdeki sözleşme ilişkilerinde de sıkça yaşanmaktadır

KÖO uygulamalarında sözleşme yönetiminin başka bir boyutu uzun süreli bu sözleşmelerde sürekli olarak ortak girişim lehine yapılan yeniden düzenlemelerdir. KÖO projelerinde sözleşmeyle özel şirketlere sağlanan birçok avantajın sözleşme süresince sürekli olarak daha da genişletildiği görülmektedir. Bunlardan biri yeniden hesaplamalardır. Ekonomik kriz, beklenmeyen enflasyon artışı başta olmak üzere çok sayıda gerekçeye bağlı olarak ortak girişim lehine yeniden düzenlemeler yapılmakta, ortak girişimin karşılaştığı maliyet artışları idarenin ödemelerine gereğinden fazla yansıtılmakta, bu da idarenin üstlendiği maliyetlerin sözleşmenin imzalandığı tarihte

öngörülenden çok daha fazla olmasına neden olmaktadır **(Shaoul, 2005)**.[28]

Ortak girişim lehine yapılan yeniden düzenlemelerin yakın zamanda gerçekleşen bir örneği, KÖO Yönetmeliği'ndeki değişiklikle henüz ihale süreçleri devam eden KÖO projeleri ile ilgili olarak Haziran 2011'de yaşanmıştır. İhaleye giren şirketlerin bu yatırıma ilişkin olarak dış borç aldıkları, bir başka deyişle döviz riski ile bu projelere girdiği bilinmektedir. Değişiklik öncesi düzenlemede idarenin ödeyeceği kiranın artış oranlarında "*Türkiye İstatistik Kurumunca belirlenen yıllık ÜFE esas alın(acağı)*" hükme bağlanmışken, değişiklikle kira artışlarının hesaplamasında dövizdeki artışların da göz önünde bulundurulacağı karmaşık bir yöntemin benimsenmesi öngörülmüştür. Bu değişiklik ile ortak girişimin mali risklerinden biri daha devletçe üstlenilmiş olmaktadır. İngiliz Sayıştayı da KÖO sözleşmeleri ile ilgili en çok dikkat edilmesi gereken noktalar arasında yeniden finansman uygulamalarını ve hesaplamaları göstermiştir **(NAO, 2010)**. KÖO açısından "model uygulama" olarak gösterilen İspanya'daki *Alzira* Hastanesi'nde yıllık kira ödemeleri ekonomik kriz gerekçe gösterilerek yeniden hesaplanmış, kira bedeli idare ile ortak girişimin uzun müzakereleri sonucunda sözleşmede öngörülen artışların çok üzerinde yükseltilmiştir **(PwC, 2010)**.

Sözleşmeden beklenenlerin elde edilebilmesinin öncelikle sözleşme konusu eylem ve işlemlerle ilgili yeterli bilginin varlığını gerektirmesi sözleşme kuramlarının en genel varsayımlarından biridir **(Vincent-Jones, 2000)**. Buna göre koşulların öngörülebilir, risklerin hesaplanabilir olduğu durumlarda sözleşmeden beklenen yararlar sağlanabilir. Oysa KÖO sözleşmeleri için bunlardan söz etmek güçtür; hatta olanaksızdır da denebilir. Sözleşme yönetimi bir tür risk yönetimidir. Uzun süreli, çok bileşenli ve karmaşık yapıdaki KÖO sözleşmeleri çok büyük oranda belirsizlik, dolayısıyla da risk içermektedir. Bu durumda yatırımcılar açısından belirsizliklerin ve riskin çok olduğu KÖO sözleşmelerinden beklenen yararların elde edilebilmesi, sözleşme ilişkisinde bir başka unsurun varlığı ile mümkün olabilmektedir: KÖO modelinin olmazsa olmazlarından devlet güvencesi **(NAO, 2011)**. Devletin sağladığı güvenceler yatırımcılar açısından riski ve maliyeti düşürmektedir; çünkü risk ve maliyet kamusallaştırılmaktadır.

Modelin temelini oluşturan kuramsal açıklamaların (iktisadi örgüt kuramları) gözünden bakıldığında sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında toplam işlem maliyeti çok yüksektir. Bunun iki temel nedeni vardır: Birincisi sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bilginin karmaşıklığına bağlı olarak sağlık sektörünün diğer sektörlere göre çok daha fazla belirsiz oluşu; ikincisi, KÖO sözleşmelerinin çok fazla unsuru içeren, uzun süreli ve belirsiz sözleşmeler oluşudur. Aynı mekanda birbiri ile sözleşme ilişkisi içinde olan çok sayıda örgütün, dolayısıyla da yönetim-karar sürecinin olması, çekişme-çatışma yaşanması olasılığını artırmaktadır. Bu durum kaçınılmaz biçimde işlem maliyetlerini de artırmaktadır. Maliyetlerin fiyatlandırılmasının esas olduğu düşünülürse özel amaçlı şirketin kendi işlem maliyetlerini ihale bedeline yansıtması, ilerleyen yıllarda çıkabilecek yeni maliyetleri de kira artışlarına yansıtma talebi şaşırtıcı olmamalıdır. Bu açıdan eğer özel sektör çıkarı düşünülerek ortaya atıldığı açıkça belirtilmedikçe KÖO modelinin "*işlem maliyetleri açısından verimli olduğu*" varsayımı temelsiz kalmaktadır **(Edwards, 2004)**.[29]

KÖO projelerinde sözleşme yönetimi açısından karşılaşılabilecek önemli bir sorun ortak girişimi oluşturan şirketlerin arasında yaşanabilecek anlaşmazlıkların bütün olarak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini zora sokması riskidir. Örneğin ortak girişimi oluşturan şirketlerden tıbbi görüntüleme hizmetlerini ya da otelcilik hizmetlerini sunan şirket ile finansman sağlayan şirket anlaşmazlık içine düşerlerse bu nasıl çözülecektir? Ortak girişimi oluşturan şirketlerden biri kendi aralarındaki anlaşmazlıktan dolayı ortak girişimin faaliyetlerine ilişkin ihtiyati tedbir kararı aldırırsa, buna bağlı olarak hizmetler aksar ise ne olacaktır? Ortak girişimi oluşturan şirketler arasında yaşanan anlaşmazlıklarda idarenin doğrudan müdahil olması mümkün değildir. Konunun, sözleşmede aksamaya bağlı

idareye tanınan yetkilerle çözülemeyecek bir boyutu vardır. İdareye Yönetmelikle tanınan cezai müeyyide koyma hakkı ya da aksamaya bağlı oluşan maliyetlerin kiradan düşürülmesi, işin daha çok maddi yönü ile ilgilidir. İdare, bu durumda kendisine tanınan sözleşme feshi yoluna da gidebilir. Ancak özellikle de idare tarafından ön yeterlik belgelerinde belirtildiği gibi KÖO sözleşmelerinin "özel hukuk sözleşmesi" olduğu kabul edildiğinde bu yolun kullanılması sözleşmede öngörülen anlaşmazlık çözüm yoluna (örneğin tahkim) göre farklı sonuçlar doğuracaktır. Fesih, mevcut hizmet alım sözleşmelerinde olduğu gibi kolay olmayacaktır. İdare ve hizmetten yararlananlar açısından uzun yıllar çözülemeyecek bir sorun olarak devam etme riski söz konusudur.[30] KÖO sözleşmelerinin idarenin sorumluluğu açısından gözden kaçırılmaması gereken önemli bir boyutu da budur. Kamu hizmetlerinin örgütlenmesinin tabi olduğu hukuk rejimi özelleştirildikçe bu gibi sıkıntıların yaşanması kaçınılmazdır.

Sözleşme yönetimi ile ilgili olarak idare açısından birçok sorumluluk noktası söz konusudur. Örneğin tıbbi hizmetlerin yürütülmesinde ya da çalışanların haklarında yaratacağı olumsuz etkiler, hizmet sunumu ve ticari alanların işletilmesinin özel şirkete devredilmesi ile ilgili karar, ek maliyet yaratacak değişikliklerin sözleşmede neden öngörülemediği, (eğer gerçekleşirse) sözleşme süresinin uzatılması kararı gibi pek çok noktanın her biri ayrı birer sorumluluk konusudur. Ancak sorumluluk ile ilgili olarak daha önemli bir boyut, model tercihi ile ilgilidir. Sözleşme ilişkisinin kendisinden kaynaklanan sorunların bilinmesine ve KÖO modeline adeta içkin olan sorunların diğer ülke deneyimleriyle tescillenmiş olmasına rağmen kamu kaynaklarının kullanılması, sağlık hakkı ve sosyal devlet gibi boyutlarıyla model tercihini yapanlar ve uygulayıcılar açısından siyasal, mali ve yönetsel sorumluluk doğuracağı açıktır.

MALİYETLER VE TAŞERONLAŞMA

KÖO modelinin en çok tartışılan noktalarından biri diğer hizmet sunum yöntemlerine göre çok daha fazla olan proje maliyetleridir. Bir bölümüne bu yazıda yer verilen resmi rapor ve akademik çalışma halinde yayımlanan çok sayıda araştırmada KÖO projeleri, geleneksel sunum yöntemleriyle karşılaştırmalı maliyet analizine tabi tutulmuştur. Araştırmaların önemli bir bölümünde KÖO'nun iddia edildiği gibi daha verimli bir model olmadığı, aksine çok maliyetli olduğu sonucuna varılmıştır[31] **(Grimshaw, 2002; Grimsey-Lewis, 2005; Vincent-Jones, 2000; Parker-Hartley, 2003; Lister, 2003).**

Diğer nedenleri bir yana bırakırsak bile, basit bir karşılaştırma unsuru KÖO projelerinin neden daha maliyetli olduğunu ortaya koymaktadır. Projelerin en önemli maliyet kalemi finansman giderleridir. Uzun dönemli KÖO sözleşmelerinin hemen hemen tümünde özel amaçlı şirketin piyasadan borçlanma yoluna gittiği görülmektedir. Özel sektör, devlete göre çok daha maliyetli şekilde borçlanmakta, kimi zaman özel sektörün borçlanma maliyeti devlete göre bir kat daha fazla olmaktadır. Örneğin İngiltere'de, sözleşmeci şirketin, KÖO projesinin finansmanında kullanmak üzere piyasadan borçlandığı para için %1 ila 3 arasında değişen oranda daha fazla faiz ödediği görülmektedir. Borçlanmaya ilişkin vade uzadıkça maliyet daha da artmaktadır **(Hall, 2004; Pollock, 2011; Parker-Hartley, 2003: 98)**. Buna ekonomik kriz gibi nedenlere bağlı olarak artan maliyetleri de eklemek gerekmektedir. Özel amaçlı şirketin yüksek finansman maliyetini ihale teklif bedeline, sözleşme uygulanması sırasında da yeniden finansman aracılığıyla yıllık ödeme miktarlarına eklemesi kaçınılmazdır. Geleneksel sunum yöntemlerine göre maliyeti oldukça artıran sadece bu unsur bile KÖO modelinin tartışılması için yeterlidir.

İngiliz Sayıştayı yayımladığı çok sayıda raporda, KÖO uygulamalarının mali sonuçlarına ilişkin araştırma sonuçlarını ortaya koymaktadır. Raporlardaki sonuçlardan bazıları şöyledir: KÖO uygulamaları geleneksel yöntemlerle karşılaştırıldığında çok daha maliyetlidir; bu projelerde sözleşmede öngörülen maliyetlerin, yıllık ödeme miktarlarının[32] hep üzerine çıkılmaktadır; KÖO yatırımları kamu harcama ve borçlanmasını çok daha fazla artırmaktadır **(NAO, 2010; NAO 2011)**. Son raporlarından birinde özellikle de 2008 kredi krizine bağlı olarak %24 oranında gerçekleşen

maliyet artışının yine devlet tarafından üstlenildiği belirtilmektedir **(NAO, 2011)**.

Bununla birlikte bazı araştırmalarda modelin daha az maliyetli olduğuna dair sonuçlar da yer almaktadır. Örneğin *PwC* adlı şirket tarafından yayımlanan bir araştırmada geleneksel sunum yöntemleri ile karşılaştırıldığında Kanada, Japonya ve İspanya'daki sınırlı sayıda KÖO projesinde %1 ila %20 oranları arasında tasarruf sağlandığı belirtilmektedir **(PwC, 2010)**. Yine *Arthur Anderson* ve *LSE Enterprise* adlı kuruluşların ortak araştırmasında bazı KÖO projelerinde diğer sunum yöntemlerine göre %17 oranında tasarruf sağlandığı belirtilmektedir **(Flinders, 2005)**. Yine İngiliz Sayıştayı'nın bir raporunda İngiltere'deki bazı projelerde ortalama %5,5 tasarruf sağlandığı belirtilmektedir **(NAO, 2002)**.

Doğru bir şekilde hesaplandığı varsayımından hareket ederek KÖO projesi sayesinde geleneksel sunum yöntemlerine göre ortalama %10 tasarruf sağlandığını düşünelim. Bu, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖO modelinin benimsenmesi için yeterli bir dayanak oluşturabilir mi? Bu soruya yanıt verebilmek için daha önce yer verdiğimiz birçok nokta dışında ayrıca KÖO uygulamalarının tipik özelliklerinden biri olan taşeronlaşmaya bakmak gerekmektedir. KÖO'da yoğun olarak taşeron şirketler kullanılmaktadır **(Council of Europe, 2004)**. Bunun sonuçlarının yaratacağı etkileri hesaba katmadan yapılacak maliyet hesaplaması gerçeği yansıtmayacaktır. Sözleşme sisteminin belkemiği olan ve gerçek maliyetleri, karları gizleyen taşeronlaşmanın İngiltere'deki *Hatfield* tren kazası ya da Fransa'daki *Charles de Gaulle* havaalanında bina çökmesi örneklerinde olduğu gibi, yapım işinin ya da hizmet sunumunun kendisiyle ilgili büyük sorunlara yol açtığı bilinmektedir **(Hall, 2004)**. Taşeronlaşma, işgücünün güvencesiz olarak ve düşük ücretlerle çalıştırılmasını getirerek doğrudan doğruya çalışanların mali ve sosyal hakları üzerinde olumsuz sonuç doğurmaktadır. Aynı zamanda hastane örgütlenmesinde ikili bir personel sistemi yaratarak iş barışını da bozmaktadır **(Grimshaw, 2002)**. Bütün bu olumsuz etkileri düşünüldüğüne aslında çok da önemli bir oran olmayan ortalama %10 civarındaki çeşitli araştırmalarda tasarruf olarak belirtilen miktarın gerçekte kamu kaynaklarının kullanım biçiminden kaynaklanan ya da örgütlenme biçiminin sağladığı gerçek bir tasarruf olmadığı, bunun aslında büyük ölçüde esnek çalışma koşullarının bir sonucu olarak personelin haklarından kesintiler olduğu söylenebilir **(Shaoul, 2005; Vincent-Jones, 2000)**.

KÖO modelinin çalışanlar üzerindeki olumsuz etkisi sadece taşeronlaşma nedeniyle gerçekleşmemektedir. Neo liberal politikalar temelindeki örgütlenmenin vazgeçilmezi olan esnek çalışma biçimlerinin uygulandığı KÖO'nun hekim ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını etkilememesi düşünülemez. KÖO projesine tıbbi hizmetler dahil edildiğinde bu tercihin çalışanlar üzerindeki etkisi daha doğrudan gerçekleşmektedir. Çalışanların piyasa ilişkisine göre işlendirildikleri düşünüldüğünde bunun çalışanların hakları üzerinde olumsuz sonuçlarının olması kaçınılmazdır. Tıbbi hizmet proje kapsamında olmasa dahi KÖO, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hakları üzerinde olumsuz sonuç doğurmaktadır. Daha önce değindiğimiz gibi yönetim ilişkileri bir bütündür. KÖO hastanesinde özel amaçlı şirketin personelinin esnek statüde, hekimlerin ise güvenceli statüde çalışmasını düşünmek en azından bu reformların mantığı açısından uygun değildir. KÖO hastanelerinin içinde bulunduğu mali sorunlar doğrudan doğruya tıbbi hizmeti sunan hekim ve yardımcı personelin çalışma koşullarını da etkilemektedir. İngiltere'de tıbbi hizmetleri özel amaçlı şirkete devretmeyerek sunmaya devam eden ve yükümlü oldukları KÖO projesi ödemeleri nedeniyle mali zorluk içine giren hastane birliklerinin mali krizi aşmada ilk çözüm yolu olarak hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin maaşlarını azaltma ya da personelin bir bölümünü işten çıkarma yoluna gittikleri görülmektedir **(Edwards, 2004)**.[33]

PROJE SONU: DEVİR Mİ? DEVAM MI?

Şu anda ihaleleri yapılan sağlık alanındaki KÖO modelinin başlıca özelliklerinden biri proje sonunda sağlık tesislerinin idareye devredilmesidir. KÖO

projeleri ilk olarak 1990'ların sonlarında en az 25 yıl süreli olarak başlamıştır. Bu açıdan henüz KÖO modelinin yaşı, devredilmeye ilişkin bir örneğin test edilmesine olanak tanımamaktadır.

Sözleşme sonunda sağlık tesislerinin binalarının kamuya devredilecek olması ve hizmet sunumu ve alan işletilmesine yönelik bütün sözleşmelerin de feshedilecek olması idareler tarafından modelin "çekici" unsurları arasında gösterilmektedir. Ancak bu durum gerçekten çekici midir? Bugünkü yaklaşımla hükümetler, proje sonunda bu tür tercihi iki nedenle istemeyecektir: Birincisi, bu modeli benimsemelerine yönelik ideolojik nedendir. Elbette, kapitalizmin kriz döngüsüne göre tercihler farklılaşabilir. Ancak devletin rolüne ilişkin ideolojik rüzgarların bugünkü gibi estiği varsayıldığında, bugün neden KÖO projesi ile hizmetler özel kişilere gördürülmek isteniliyorsa, aynı nedenden dolayı devletin yeniden bu alanda doğrudan hizmet sunucusu ya da ticari alan işletmecisi olması istenilmeyecek, sözleşmelerin uzatılması yolu ya da yine özel sektörün rol aldığı (örneğin özelleştirme olabilir) başka bir yol tercih edilecektir.

Diğeri, daha teknik bir nedendir: Yönetilemezlik hali. En az 25 yıl süresince yerleşmiş ilişkileri, eskimiş binaları (yönetmelik hükmü gereği bakım ve onarımı yapılmış olsa dahi) devralmak hiçbir idare için çekici olmayacaktır. Bunu değerlendirebilmek için 1980'lerin başlarında yapılmış bir hastanenin bina ve teknolojik altyapısı itibariyle bugünkü halini düşünmek yeterlidir. Örgüt davranışı boyutuyla bakıldığında devir, sadece binaları devralmak değildir; uzun yıllar boyunca karmaşık yönetim ilişkilerinin yerleşik hale geldiği bir örgütü devralmaktır. Bu da gerçekten güçtür.

Sözleşme sonunda kamuya devir konusundaki değerlendirmeleri bu iki noktayı düşünerek yapmak yerinde olacaktır. Görece aşılabilir gibi görünen ele aldığımız bu iki neden ile karşılaştırıldığında, devrin gerçekleşmesini engelleyecek ve aşılması daha güç bir sorundan kaynaklanan bir neden daha vardır. Sağlık alanında uygulanan KÖO projelerinin önemli bir bölümünde, örneğin daha önce değindiğimiz gibi İngiltere'deki uygulamalarda, maliyetlerin hiç de ihale bedelinde belirlendiği şekilde gerçekleşmediği henüz birkaç yıl geçmişken anlaşılmıştır. Hatta yine değindiğimiz gibi birçok KÖO hastanesi yıllık kira bedellerini dahi ödeyememektedir. Bu durum karşısında maliyet artışlarından kaynaklanan miktar artışlarının yıllık kira ödemelerine yansıtılması yerine idareler, daha henüz projenin başlarında iken sözleşmelerin uzatılması yoluna gitmişlerdir. Diğer ülke uygulamalarında da genellikle izlenen yol sözleşmenin uzatılması şeklinde olmaktadır. Örnek vermek gerekirse İngiltere'de birçok KÖO projesinde ilk sözleşme imzalandığında süre 30 yıl olarak öngörülmüştür. Ancak henüz birkaç yıl geçmişken sözleşme süresi farklı hastanelerde 45, 60 ve 67 yıla çıkarılmıştır. Hastane idareleri bu yönteme finansman sorunları nedeniyle başvurduklarını açıklamışlardır **(Edwards, 2004).**

DEĞERLENDİRME

Kamu hizmeti niteliği süren ve devletin bütünüyle çekilmediği bir alan olarak sağlıkta, neo liberal reformlarla yeni bir işbölümüne dayalı yeni örgütlenme ve finansman biçimi arayışları karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda bu arayışlar çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar, sağlık alanının belki henüz kamu hizmeti alanından çıkarılarak bütünüyle piyasaya terk edilmesini değil ama çeşitli yöntemlerle piyasalaşmasını hedeflemektedir. Belirtmek gerekir ki hizmetlerin piyasalaşmasına yönelik alternatif olarak sunulan modeller, bu kapsamda KÖO, teknik, yönetsel ya da mali yönleriyle mevcut yöntemlerle ilgili bir 'başarısızlık'tan ya da 'yapılamazlık hali'nden değil, bir siyasal tercihten kaynaklanmaktadır. Yeterli kamu kaynağı, personeli, bina-araç-gereç olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin tümü ya da bileşenlerinin sözleşme yoluyla kısmen ya da tümüyle piyasadan temin edilmesini salt etkili ve verimli hizmet sunumu arayışı ile açıklamak mümkün değildir. Neo liberal örgüt yaklaşımları kaynaklı aksi yöndeki yoğun yönlendirmelere rağmen, ele aldığımız KÖO dahil, alternatif olarak sunulan piyasa temelli hizmet sunum/örgütlenme biçimleri, "etkililik" ve "verimlilik" için olmazsa olmaz değildirler.

KÖO, politika, planlama ve denetim arasında bağ kuran, en önemli siyaset yapma araçlarından biri olan bütçeyi işlevsizleştirmesi nedeniyle karar alma noktasında geleceğin siyasetini apolitize edici bir özelliğe sahiptir (Bütçe sürecinin giderek kendisinin de apolitize edilmekte olduğu gerçeğini de ayrıca göz önünde bulundurmak gerekir). Uzun süreli KÖO sözleşmeleri, sözleşmeyi imzalayan hükümetlerden sonra gelen birçok hükümetin hem sağlık hem de kamu maliyesi alanındaki politika tercihlerini ipotek altına almakta, hatta tercih olanaklarını neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır. 49 yıla kadar uzatılabilecek en az 25 yıllık sözleşmeler düşünüldüğünde KÖO modelini uygulamak başlı başına uzun vadeli bir plan ortaya koymak anlamına gelmektedir. Eş zamanlı yürütülen onlarca KÖO projesi ile Sağlık Bakanlığı Türk sağlık sisteminin en az 30 yılını biçimlendirmiş olmaktadır. Örneğin İngiltere Hazine Bakanlığı devletin KÖO projeleriyle ilgili olarak yüklenici şirketlere gelecek 30 ila 60 yıl boyunca ödeyeceği miktarları internet sayfasına koymuştur. Toplamda hiç de azımsanmayacak yıllık ödeme miktarlarının gelecek hükümetlerin bütçe hazırlıklarında göz ardı edemeyecekleri büyüklüklere ulaştığı görülmektedir. Yıllık olarak ödenecek yüklü ödemeler getiren KÖO projeleri devam ederken gelecekteki hükümetlerin kendi politikalarına uygun yeni bir sağlık politikası ve örgütlenmesi ortaya koyması çok güçtür. KÖO uygulamalarının aynı zamanda siyasal sorumluluğu boşa çıkaran bir özelliği de vardır. Model ile ilgili tercihi yapan ve modeli uygulayan hükümetler, sözleşmelerin çok uzun süreli olması nedeniyle doğal olarak modelin uygulama sonuçları ile ilgili siyasi sorumluluğu üstlenmeyebileceklerdir. Bu açıdan KÖO projelerinin temsili demokrasinin başlıca ilkelerinden birini uygulanamaz hale getiren bir sonuç yarattığı söylenebilir.

KÖO, harcamaların bütçe dışı olması, büyük yatırım ödemelerinin kendi dönemlerine az yansıyacak olması gibi özellikleri nedeniyle hükümetlerce tercih edilmektedir. Hükümetlerin, bir yandan kamu harcamalarını kontrol altına alma ve borçlanmayı sınırlama (borç/GSMH, bütçe Açığı/GSMH oranı ile ilgili *Maastricht* kriterleri) yoluyla mali disiplini sağlama taahhütlerini ortaya koyarlarken diğer yandan denetimsizliğe yol açacak olan bütçe dışı harcamalara dayanan KÖO modelini uygulamaları bir tutarsızlıktır. KÖO harcamalarının bütçe dışı olması doğal olarak KÖO modelinin güvenilirliği ile ilgili kuşkuları da artırmaktadır.[34]

KÖO uygulaması, sağlık hizmetini örgütleyen örgütün (hastane) kendine yabancılaşmasına neden olmaktadır. Hizmet örgütlenmesi yerine iş örgütlenmesinin esas olduğu KÖO hastanesinde, özel amaçlı şirket hastane içine o derece yerleşmektedir ki, hastane yönetimi, hizmeti sunan hekimler ve diğer sağlık personeli tıbbi hizmeti sunarken işletmecilik esaslı faaliyet yürüten şirketle her an yoğun temas halinde olmak durumunda kalmaktadırlar. Özel örgütlerin piyasacı örgütlenme ilkelerinin, aşırı çoğalan hücre özelliğine sahip olduğu söylenebilir. Bu nedenle kamu örgütleri ile bir ilişkiye girdikleri durumlarda, örneğin hizmet alımı ya da KÖO uygulaması gibi, bu ilişkiye giderek bütünüyle piyasacı ilkelerin egemen olduğu, bu ilkelerin bütün dokulara yerleşerek organizmayı (kamu örgütlenmesini/hastaneyi) ele geçirdiği görülmektedir. KÖO uygulamasındaki ortak girişimin ve hastanenin kamuda kalan kısımlarının durumunu bu benzetme üzerinden değerlendirmek mümkündür.

KÖO, sağlık hizmetinin örgütlenmesinde planlamayı, ölçeği, yönetsel karar süreçlerini, işbölümünü, örgüt yapısını, denetim biçimini, çalışma ilişkilerini, güç ilişkilerini, kısacası bütün olarak yönetim ilişkilerini etkilemektedir. Kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde geçmişten beri çeşitli biçimlerde var olan sözleşme ilişkisi, KÖO'da yönetim ilişkisini dönüştürecek düzeyde daha yoğun ve derindir. KÖO ile sözleşme sistemi adeta genelleşmektedir **(Karasu, 2009b)**. Ortaklık adıyla kurulan bu sözleşme ilişkisinde, güç dengesi eşit değildir; kazançlar eşit olarak dağıtılmamaktadır. Bu yapılarda güç dengesi gerek ihale gerek sözleşmenin uygulanması sürecinde özel sektör lehine sürekli olarak genişlemektedir. Bu nedenle de KÖO modelinin "kazan-kazan" biçiminde nitelenmesi de doğru değildir.

Sözleşme ilişkisinin gerektirdiği biçimde yeniden düzenlenen yeni yapıda hastane yönetimi, gerek merkezi olarak belirlenen sözleşme esasları gerek özel amaçlı şirketin etki alanı nedeniyle kendi planlamasını, denetimini gerçekleştirme gibi bir örgütün en temel karar konuları açısından (y)etkisizleştirilmektedir. İdare, kiracısı olduğu binada, yönetiminde yer almadığı çok sayıda hizmetin sorumluğunu üstlenmektedir. Diğer ülke uygulamalarındaki özerk sağlık işletmelerinde (kamu yararı şirketleri şeklinde örgütlenen vakıf hastaneleri ya da hastane birliği) olduğu gibi KÖO hastanelerinde de hekimlerin hastane yönetiminin *paydaş* gruplarından sadece biri haline gelmesi söz konusudur.

KÖO'nun sözleşme yönetimi boyutu önemlidir. Ancak, KÖO modeliyle ilgili sorunlar sözleşme yönetiminin kendisinden değil, sözleşme ilişkisi temelindeki KÖO'nun hizmetlerin örgütlenmesinde kamu yararına uygun bir model olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu açıdan modelin kendisini değerlendirmeksizin sadece sözleşme yönetimiyle, sözleşme hükümlerinin uygulanması ya da modelin aksayan yönleri ile sınırlı bir analiz gerçekçi olmayacaktır. Aynı zamanda bütün olarak sağlık hizmetlerinin sunumunun sorumluluğu boyutu vardır. Son yıllarda ısrarla sorumluluk kavramının yerine hesap verilebilirlik kavramı tercih edilmektedir. İki kavram arasındaki farklılık sözleşmelerin yönetimi açısından da önemli bir sonuç doğurmaktadır. Hesap verilebilirliğin giderek sorumluluğun yerini almasıyla idarenin hizmetlerin örgütlenmesinde kendini yanlış yerde konumlandırdığına tanık olunmaktadır. KÖO Daire Başkanı'nın "*biz kendimizi garantiye aldık, aksama durumunda yaptırımlarımız olacak, örneğin, şirketten kaynaklanan nedenlerle ameliyathane çalışmadığında, bir poliklinik hizmet vermediğinde ya da havalandırma tesisatı çalışmadığında, o gün o birimlerden elde edilecek gelir veya oluşan aksilik ödenecek kiradan düşülüyor. Böylelikle kaliteli ve kesintisiz hizmetten de kaçış olmuyor*"[35] şeklindeki ifadesinde de görüldüğü gibi idare, kendi sorumluluğunu, Yönetmelik maddesinde[36] kendisine yüklenen yükümlülükler ile sınırlı şekilde tanımlar hale gelmektedir. İdarenin sorumluluğu sadece mali temeldeki yükümlülükler, bunlar çerçevesinde hesap verme ile sınırlı değildir. Bu, sözleşmenin gereğini yerine getirmektir; ancak hizmetten yararlanan karşısında tıbbi hizmetin sürekliliğini sağlamak ile ilgili sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır.

KÖO hastaneleri, *Sağlıkta Dönüşüm* programının hedeflerinden biri olan özel hastanelerin yaygınlaştırılması politikasını da etkileyecektir. Sermaye (en azından bir bölümü), birçok riski üzerine aldığı özel hastane işletmeciliği yerine devlet güvenceli yatırım olarak KÖO projelerini tercih edecektir. KÖO modelinde özel yatırımcıya çok sayıda devlet güvencesi sağlanmaktadır. 1980'li yıllardan günümüze alternatif olarak sunulan çok sayıda yeni örgütlenme yapısında olduğu gibi KÖO'da da, harcamalarda özerklik vurgusu ve muafiyetlere dayalı esneklik, ancak mali güçlük, zarar durumunda ise devlet güvencesi öngörülmektedir. Bu da karın özelleştirilmesi, risk ve maliyetin kamusallaştırılması tezlerini güçlendiren bir durumdur.

Yukarıda belirttiğimiz hususlar sağlık hizmetini, hizmet ile ilişkisi olmayan etmenlerin etkisine çok daha açık, onlara çok daha bağımlı hale getirmektedir. KÖO projelerinde devredilecek hizmetlerin arasına tıbbi hizmetin dahil edilmemesi nedeniyle sağlık hizmetinin bu uygulamadan herhangi bir şekilde etkilenmeyeceğini düşünmek saflık olur. "*Özel kişilere bırakılmayacak kamu hizmetleri*" şeklinde bir kategorinin varlığına dair bir duruşun giderek kalmadığı düşünülürse piyasa koşulları elverdiği zaman tıbbi hizmetlerin de KÖO projelerine dahil edileceğini, bir başka deyişle sağlık hizmetlerinin daha da piyasalaştırılacağını bekleyebiliriz.

Alternatif olarak sunulan diğer birçok örgütlenme modelinde olduğu gibi, sağlık alanında 20 yıla yakın süredir birçok ülkede uygulanan KÖO modeli de, Türkiye açısından özgün bir model değildir. Hükümetin sağlık reformlarında ön sıralardaki hedefleri arasında yer alan KÖO, Türk sağlık sisteminin kendi ihtiyaçlarına yönelik olarak üretilen bir hizmet sunum yöntemi, finansman yöntemi ya

da örgütlenme modeli değildir. Gelişmiş ülkelerin modelleştirdiği ve uyguladığı KÖO'nun, farklı ekonomik ve toplumsal örgütlenme biçimlerine sahip (Türkiye'nin de dahil olduğu) çevre ülkelerdeki etkileri çok farklı olmaktadır. Hizmetin vergi gelirleri-bütçe ile bağının koparıldığı, maliyet kontrol mekanizması biçiminde tanımlanan hasta katkı paylarının[37] kaçınılmaz biçimde sistemin asli unsuru olduğu KÖO, başta eşit hizmet, sağlık hakkı ve sosyal devlet üzerindeki etkileri olmak üzere piyasacı nitelikteki toplumsal temelleri açısından Dünya Sağlık Örgütü[38], Britanya Tıp Derneği[39] ya da Türk Tabipleri Birliği[40] gibi sağlık alanıyla ilgili çeşitli örgütler tarafından yoğun olarak eleştirilmektedir. Hizmetin ana bileşenlerinden biri olarak meslek örgütlerinin meslek ile ilgili düzenlemelerde söz sahibi olması doğaldır ve gereklidir. Bu açıdan bu örgütlerin, KÖO modelinin sağlık hizmetinin niteliğinde, örgütlenmesinde ve yurttaşların sağlık hakkı üzerinde yarattığı ve yaratacağı sonuçlar ile ilgili değerlendirmeleri, eleştirileri göz ardı edilemez. Aynı şekilde modelin uygulanmasının çalışma ilişkilerinde, sağlık çalışanlarının hakları üzerinde yarattığı olumsuz etkileri dile getiren sendikaların eleştirel görüşlerinin de dikkate alınması gerekmektedir.[41] Sağlık alanındaki çeşitli tipteki örgütlerin yoğun muhalefetine ve üstelik modelin sahibi İngiltere'deki başarısız KÖO uygulama sonuçlarına yönelik eleştirilere rağmen,[42] neo liberal reformların "*Truva Atı*"[43] şeklinde kamu örgütlenmesine giren bu modeli uygulamak, bu tercihe yönelik politikanın, sağlık hizmetinin kendisi ile bağının olmadığını göstermektedir.

DİPNOTLAR

1 Örneğin İngiltere'de 2011 Nisan itibariyle farklı sektörlerde 700 KÖO projesi yürütülmektedir. Bu sayı, hem projeler ile sunulan hizmetlerin toplam hizmetlere oranı hem de harcama büyüklüğü (şu anki rakamlarla önümüzdeki 25 yıl için 200 milyar Sterlin) açısından oldukça fazladır **(NAO, 2011)**.

2 KÖO modelleri arasında: 'tasarla-yap-finanse et-işlet', 'tasarla-yap-finanse et-sahip ol-işlet-devret', 'tasarla-yap-işlet-devret', 'yap-işlet-devret', 'yap-işlet-sahip ol' sayılmaktadır **(OECD, 2008a)**.

3 Her ne kadar Sağlık Bakanlığı Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın Ön Yeterlik ile ilgili belgelerinde *iki taraf için hak ve yükümlülükler içeren bir 'özel hukuk sözleşmesi'* olduğu belirtilse de KÖO, bir tür imtiyaz uygulamasıdır; sözleşme de bu açıdan bir imtiyaz sözleşmesidir. Anayasa Mahkemesi kararlarında "*kamu hizmetinin sermaye, kar, hasar ve zararı özel hukuk kişisine ait olarak idarenin gözetim ve denetimi altında genellikle çok uzun süreli bir (idari sözleşme) uyarınca özel hukuk kişilerince yürütülmesi*" şeklinde tanımlanan imtiyaz özelliklerini taşır **(Aktaran, Tan, 1995)**. Bununla birlikte finansman biçimi ve devletin üstlendiği riskler/verdiği güvenceler olmak üzere bazı özellikleri ile KÖO'nun, imtiyaz uygulamasından farklılaştığı noktalar vardır. Kamu Özel Ortaklığı Dairesi Başkanı, KÖO'nun yap-işlet-devret modelinden çok farklı olduğunu belirtmektedir, *http://www.sabah.com.tr/Gundem/2011/04/18/27-dev-hastane-geliyor*, (05.05.2011).

4 Örneğin: **(Linder 1999; Jorna, 2010; Grimsey – Lewis, 2005)**.

5 "The Integrated Health Campus — From Dream to Reality" *Real Estate Journal*, 12.2.2010, s. 14.

6 Nitekim Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın Ön Yeterlik ile ilgili belgelerinde de bu benzerlik açıkça belirtilmektedir.

7 KÖO Yönetmeliğinde sağlık tesisi tanımı çok geniş tutulmuştur. Sadece büyük ölçekli entegre sağlık kampüsleri ya da şehir hastaneleri değil sağlık alanındaki irili ufaklı her türlü örgüt (eğitim araştırma hastanesi, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, aşı üretim merkezi, ana çocuk sağlığı, 112 acil servis komuta kontrol merkezi gibi) KÖO ile yapılabilecek tesisler kapsamında sayılmıştır.

8 KÖO uygulamaları sadece sağlık alanında görülmemekte, model hızla diğer hizmet alanlarında da yaygınlaşmaktadır. Örneğin 25.11.2010 tarih ve 6082 sayılı Yasa ile 351 sayılı *Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu*'nun 20. maddesine de bir fıkra eklenmiş, sağlık alanındaki düzenlemenin neredeyse kelimesi kelimesine aynısına yer verilen bu ek fıkrada yurt binası ve tesislerinin KÖO projesi ile kiralama karşılığı yaptırılması öngörülmüştür.

9 Örneğin İngiltere'de, KÖO sözleşmeleri ile ilgili genel düzenlemeler yapmak ve sözleşme sürecini hızlandırma görevlerini yerine getirmek üzere %49 hissesi kamuya, %51 hissesi de özel sektöre ait Hazine Bakanlığı bünyesinde *Partnership UK* adıyla bir örgüt kurulmuştur. Yeni koalisyon hükümeti bu örgütü kaldırmış, KÖO yönetimini yine Hazine Bakanlığı içindeki bir başka birime devretmiştir.

10 Maliye Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki KHK'da 2009 yılında yapılan değişiklikle kamu alımlarıyla ile ilgili olarak Maliye Bakanlığı'na

da yetkiler verilmiştir. Ancak, Maliye Bakanlığı'nın KÖO projeleri ile ilgili olarak kendisine verilen yetkileri kullandığını söylemek güçtür.

11 2000'li yıllar kamu alımlarına ve imtiyaza ilişkin olarak genel çerçeve düzenleme arayışlarının da olduğu bir dönemdir. Kamu alımları ile ilgili AB direktiflerine uygun bir kamu alımı ve imtiyaz, bu kapsamda da KÖO düzenlemesinin çıkarılması Türkiye'de gündemin ön sıralarında yer almaktadır. Nitekim DPT 2006'da "*Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı*"nı kamuoyu ile paylaşmıştır. Aynı dönemde Kamu İhale Kurumu da "*İmtiyaz İhaleleri Usulü Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı*"nı açıklamıştır. Eş zamanlı olarak farklı kurumlar tarafından hazırlanan her iki taslak da yasalaşma sürecini tamamlayamamıştır. Bu dönemde farklı kurumların (Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, DPT, Kamu İhale Kurumu) KÖO uygulamaları ile ilgili yetki sahibi olma mücadelesi içinde olduğu görülmektedir **(Karasu, 2009b).**

12 Genellikle yasal düzenlemelerde, istenildiği şekilde sonradan doldurulmak üzere bazı noktaların bilinçli bir şekilde belirsiz bırakılması, boşluklara yer verilmesi hükümetlerin köklü reformlarda sistemi dağıtma ve yeniden kurmada tercih ettikleri bir yöntemdir. Ek 7. maddeyi de böyle değerlendirmek mümkündür.

13 Danıştay 10. Daire, Esas No: 2006/6534, Karar No: 2009/1488. Aslında dava açılması sonrası, Danıştay'ın kararı öncesinde Bakanlar Kurulu, 13.4.2007 tarih ve 12022 sayılı kararıyla Yönetmelik'te değişikliğe giderek "eczane" ibaresini maddeden çıkarmıştır (Resmi Gazete tarihi: 8.5.2007).

14 Öncelikle kamusal politikaların maliyet-fayda temelindeki bir analize göre belirlenmesini amaçlayan, toplumsal – siyasal olanı bütünüyle dışarıda bırakan ve "teknik ussallık"ı temel alan yöntemlerin (örneğin düzenleyici etki analizi, İngiltere'de uygulanan piyasa testi ve 'en iyi değer') kamu hizmetleri açısından kabul edilebilir olmadığını belirtmeliyiz. Teknik bir amaçla sunulmakla birlikte piyasalaşma amacı itibariyle son derece siyasal bir nitelik taşıyan bu yöntemlere burada yer vermemizin nedeni, KÖO modeli ile ilgili olarak karşılaştırmalı maliyet analizinin yapılmasının neo liberal reformların iç tutarlılığı açısından gerekli olmasıdır. İç tutarlılık dememizin sebebi, KÖO'nun beslendiği kuramsal geriplanın DEA ile aynı olmasından kaynaklanmaktadır. 1980 sonrası reformlar, tarafların görüşleri alınmadan, tartışılmadan yürürlüğe konulma gibi bir özelliğe sahiplerdir. Bu açıdan reformlarda hükümetlerin bu tür değerlendirme analizlerine ancak reformu tehlikeye atmayacak noktalarda (çoğunlukla göstermelik olarak) başvurduklarını söylemek yerinde olacaktır. Bu da DEA gibi yöntemlerin aslında hükümetlerin kamu hizmeti üretmeme yönündeki tercihlerinin 'bilimsel' 'teknik' meşrulaştırma aracı olduğunu akla getirmektedir.

15 DEA'ya ilk olarak *Kamu Yönetimi Temel Kanunu* olarak da bilinen ve yasalaşma sürecini tamamlayamayan taslakta ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

16 Hastane örgütlenmelerinde ölçek büyütülmesi ile ilgili olarak yasal alt yapı KÖO dışındaki yasal düzenlemelerde de yer almaktadır. Örneğin Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun KÖO ile ilgili olmayan maddelerinden 5. maddedeki "*yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir*" şeklindeki hüküm hastanelerin "işletme büyüklüğü" ölçütüne göre birleştirilmesine olanak tanımaktadır.

17 Kentin belirli bir noktasında bu büyüklükteki insan topluluğunun yoğunlaşacak olmasının, ulaşım, çevre vb. gibi boyutları içerecek şekilde kent planlaması açısından da ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.

18 Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarının dikkati çeken özelliklerinden biri, mevcut ihalelere göre bu projelerin ihale bedellerinin çok yüksek olmasıdır. KÖO modeli tercihinin, aynı zamanda sermaye açısından da bir tercihi yansıttığı söylenebilir. Ölçeğin büyümesi, sadece belirli büyüklükteki sermayenin teklif verebilmesine yol açarak ihalelerde rekabetçi yapının oluşmasını da engelleyebilmektedir. Farklı ihalelere az sayıda ve genellikle de aynı şirketlerin (konsorsiyumların) teklif verdiği Türkiye'deki entegre sağlık kampüsleri ihalelerine bakıldığında da bu durum açıkça görülmektedir (Bkz.: http://www.kamuozel.gov.tr). KÖO ile ilgili çok sayıda araştırmada diğer ülkelerdeki ihalelerde de rekabetçi bir yapının olmadığı ortaya koyulmaktadır **(Mols, 2010; Grimshaw, 2002; Grimsey-Lewis, 2005)**. Uzun süreli ve blok sunucunun olduğu KÖO sözleşmelerinin ikinci sonucu, tek bir sözleşmeciye aşırı bağımlılık oluşturmasıdır **(Mols, 2010).** Aşırı bağımlılık konusuna daha sonra değineceğiz. Diğer alanlara göre kamu harcamalarının çok daha fazla artış eğilimi gösterdiği ve karlı bir yatırım alanı olarak tanımlanan sağlık alanındaki makro düzeydeki yeniden yapılanma arayışlarını bu şekilde açıklamak mümkündür. Bu kapsamda gerçekleşen yatay ve dikey bütünleşmeleri özel hastaneler açısından da görmek mümkündür. Satın alma yoluyla birleşmeler

ve zincir hastaneler ile özel hastanelerin de birkaç grubun elinde toplandığı görülmektedir (**Sönmez, 2011**).

19 Bu açıdan modelin adlandırmasındaki "ortaklık" sözcüğünün hukuksal ve yönetsel açıdan bir karşılığı yoktur. Sağlık alanında ortaklık, ortak girişim türü bir yapılanma şeklinde olabilir mi? Avrupa Komisyonu raporunda üye devletlerde özellikle su dağıtım ve atık toplama hizmetleri alanlarında ortak girişim tipi KÖO uygulamalarının yerel yönetimlerde görüldüğü belirtilmektedir. Ortak girişim yönteminde doğrudan doğruya ortaklığın yönetiminde, karar süreçlerinde yer aldığı için kamunun hizmet örgütlenmesinde kamusal faydayıençoklaştırma yönünde müdahale olanağının daha fazla olduğu savunulmaktadır (**Council of Europe, 2004**).

20 Örneğin 25.5.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "*Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*"in 3. maddesinde 'entegre sağlık hizmeti', Bakanlıkça belirlenecek yerlerde birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır.

21 Sağlık Bakanlığı bir süredir "entegre ilçe hastaneleri" programını uygulamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü) 2006 yılında yayımladığı *Entegre 'İlçe Hastanesi'nin Açılması, Kapanması ve Buralarda Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge*'de entegre ilçe hastanesi sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunun tek merkezden yapılması suretiyle, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine, birleştirilerek güçlendirilmesine imkan tanıyan yapı olarak tanımlanmaktadır.

22 İdare açısından idare ile sözleşmeci şirket arasındaki ilişki esas olarak Yönetmelikte "*İşletme Dönemi Yönetim Planı*" başlıklı fıkrada (4/f) düzenlenmiştir. Buna göre tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yüklenici tarafından ne şekilde işletileceğine ve bu hizmetin verilmesi esnasında, idare ile yüklenici arasında kurulacak "*işletim-yönetim organizasyon modeline işletme dönemi yönetim planı*"nda yer verilecektir.

23 Hastane döner sermaye işletmesinin ödemelerde sıkıntı yaşaması durumunda Bakanlık merkez saymanlığının devreye girmesi, modelde öngörülen "güvence" örneklerinden biridir (KÖO Yönetmeliği md. 33).

24 İngiltere'de KÖO hastaneleri çok ciddi mali güçlük içinde olup devletten mali yardım talep etmektedirler. Hükümet yardım etmez ve 2013-2014'e kadar sağlık hizmetlerinde 15–20 milyar Sterlin kısıntıya gidilmez ise sağlık sisteminin KÖO hastanelerinden kaynaklı ciddi bir kriz ile karşı karşıya kalacağından söz edilmektedir (**Pollock, 2011**).

25 İş ortaklığı ya da konsorsiyum da olsa ortak girişim ya da özel amaçlı şirket hukuksal açıdan tek bir kişiliktir. Özel amaçlı şirketin birkaç şirketten oluşan bir ortaklık olması, bu örgütün üçüncü kişiler (idare, hizmetten yararlananlar, alt yükleniciler vb.) karşısında ya da genel olarak piyasa ile ilişkisinde davranışsal bütünlük içinde olmasını engellemeyecektir.

26 Nitekim Sağlık Bakanlığı açıklamalarında da Bakanlığın (özellikle de laboratuar, görüntüleme, yemekhane, rehabilitasyon ve atık hizmetleri başta olmak üzere bazı hizmetler açısından) özel amaçlı şirkete "müşteri garantisi"ni verdiği yer almaktadır, *http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler,* (20.05.2011).

27 Yatırım planına göre yatak sayısının 32 bine ulaşması hedeflenmektedir.

28 İngiltere'de *Peterborough* ve *Stamford* Hastaneleri Birliği yöneticileri kendilerine bağlı KÖO hastanelerinde sözleşmede belirlenen enflasyona endeksli artışların çok üzerinde artışlar gerçekleştirmek zorunda kaldıklarını açıklamışlardır, *http://www.peterboroughtoday.co.uk/news/health_2_17108/costly_pfi_issues_will_take_years_to_resolve_1_2870418*, (16.07.2011).

29 Parker ve Hartley'in İngiltere Savunma Bakanlığı'nın KÖO uygulamaları ile ilgili araştırmaları da 'KÖO sözleşmelerinin yüksek işlem maliyetleri nedeniyle verimli olmadığı' tezini desteklemektedir (**Parker – Hartley, 2003**). Çok sayıda KÖO hastane projesinin analiz edildiği bir başka araştırmada da KÖO sözleşmelerinde idare tarafından işlem maliyetleri ile ilgili proje başında hesaplanan rakamların hemen hemen bütün projelerde aşıldığı tespit edilmiştir. Öyle ki işlem maliyetleri proje başında hesaplanan miktarın %30 ve üzerine çıkmıştır (**Edwards ve diğerleri, 2004**).

30 Ortak girişimi oluşturan şirketler arasında yaşanacak (özel hukuk ile çözülecek) anlaşmazlık hizmet ile ilgili yaratacağı sorunların yanında yukarıda değindiğimiz sözleşme işlem maliyetlerini de çok yükseltecektir; bu da idarenin üstlendiği maliyeti artıracaktır.

31 İngiltere'de Ulusal Muhasebeciler Birliği üyesi iki yüz muhasebeciye KÖO uygulamaları ile ilgili bir anket uygulanmıştır. Yanıt verenlerin sadece %1'i KÖO modelinin geleneksel yöntemlere göre daha ucuz olduğunu düşünmektedir. Muhasebecilerin %57'si kamu finansmanı ile okul ve hastane yapımının çok daha az maliyetli olduğunu belirtmektedir. Birliğin Kamu Sektörü biriminin

yöneticisi maliyetler ve muhasebeleştirme boyutlarıyla KÖO projelerine büyük bir şüphe ile yaklaştıklarını dile getirmiştir, *http://www.guardian.co.uk/society/2002/oct/11/politics.publicservices?INTCMP=ILCNETTXT3487*, (2.05.2011).

32 Hastane birliklerinin KÖO projelerindeki en büyük sorunu yıllık enflasyona endekslenen ve sözleşmede öngörülen artışların çok üzerinde artan kira bedelleridir. İlk yıllarda kira ödemeleri birliklerin gelirlerinin ortalama %6'sını oluşturmakta iken ilerleyen yıllarda bu oran ortalama %18'e dek çıkmıştır **(Pollock ve diğerleri, 2011)**. Benzer sonuçların yer aldığı bir başka araştırma için bkz.: **(Edwards ve diğerleri, 2004)**. Daha önce de gönderme yaptığımız İngiltere'deki *Peterborough* ve *Stamford* Hastaneleri Birliği yöneticileri KÖO modeliyle yapılan 'süper hastane'lerinin faaliyete geçmesi sonrasında çok ciddi bir mali darboğaza girdiklerini dile getirmektedirler.

33 İngiltere'de *Peterborough* ve *Stamford* Hastaneleri Birliği kendisine bağlı KÖO hastanesinde bu nedene bağlı olarak hekimlerin ve hemşirelerin de bulunduğu 300 personeli işten çıkarma kararı almıştır. Nisan 2011'de yayımlanan Avam Kamarası raporunda da örneğin *Quenn Alexandra* hastanesinin KÖO kira ödemelerinin neden olduğu mali güçlükleri aşmak için 700 personeli işten çıkardığı belirtilmektedir **(House of Commons, 2011)**.

34 Bazı yazarlar, sayılan bu özelliklere sahip KÖO modelini uygulayan hükümetleri, adı skandallara karışmış *WorldCom* ve *Enron* gibi muhasebe-denetim şirketlerinin tekniklerini kullanması nedeniyle eleştirmektedirler **(Parker – Hartley, 2003)**. İngiltere'nin saygın gazetelerinden *The Guardian*'da KÖO uygulamaları, Hazine tarafından gerçekleştirilen hileli muhasebeleştirme ve kamu yolsuzluğu şeklinde ağır ifadelere yer verilerek eleştirilmiştir **(Monbiot, 2002)**.

35 *http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler*, (20.05.2011).

36 Yönetmelik (md. 35/2): "*İdare sağlık tesisinin yapımı aşamasında veya işletilmesi sırasında yükleniciden kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek hata ve olumsuzluklara istinaden cezai müeyyideler koyma hakkını haizdir*"

37 Sağlık harcamalarında frenleme için Sosyal Güvenlik Kurumu harcamalarına "sıkı global üst limit" konulması gerektiği dile getirilen OECD-Dünya Bankası ortak raporunda, Türkiye'deki mevcut temel teminat paketleri "*cömert*" olarak nitelendirilmekte, 'mali sürdürülebilirlik' için hem tıbbi hizmetler hem de otelcilik hizmetleri ile ilgili olarak ekstra ödemelerin yaygınlaşması gereğinden söz edilmektedir **(OECD, 2008b)**. Bu politikalar çerçevesinde KÖO hastaneleri faaliyete geçtiklerinde diğer ülkelerde olduğu gibi '*konforlu*" hizmetler için yurttaşları katkı payı şeklinde daha fazla ekstra ödemelerin beklediği düşünülebilir. Hizmetin finansmanının bütçeden uzaklaştırıldığı KÖO uygulamalarında sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma daha da az mümkün hale gelmektedir **(Ataay, 2008)**.

38 Dünya Sağlık Örgütü'nün süreli yayını olan *Bulletin*'de KÖO modeline ilişkin çok sayıda eleştirel nitelikli yazı bulunmaktadır. Örneğin: **(Mckee ve diğerleri, 2006)**.

39 **(House of Commons, 2011: 19-22)**.

40 Türk Tabipleri Birliği'nin Kamu-Özel Ortaklığı'na yönelik eleştiriler içeren bildirisi için bkz.:http://www.bto.org.tr/sunular/Saglik%20Alaninda%20Kamu%20ozel%20Ortakligi%20Sempozyumu%20Sonuc%20Bildirgesi.pdf, (24.06.2011).

41İngiliz sendikalarından Unison sağlık hizmetlerinde KÖO uygulamalarına ilişkin kapsamlı araştırmalar yayımlamış ve modeli çok yönlü olarak eleştirmiştir. Bkz. : **(Lister, 2003)**.

42 Öyle ki İngiltere'de Parlamento, yolsuzluk, hatalı muhasebeleştirme, kamu maliyesi açısından ciddi risk oluşturması, kamu yararına aykırı uygulamalar konusunda yoğun şikayetlerin olduğu KÖO uygulamasına yönelik olarak bir Araştırma Komitesi kurulmasını kararlaştırmıştır, *http://www.guardian.co.uk/politics/2011/apr/26/pfi-inquiry-commons-select-committee*, (11.6.2011). Bu bile Türkiye gibi modeli yeni yeni uygulamaya başlayan ülkeler açısından modelin riskli olduğunun bir göstergesidir.

43 Bu benzetme için bkz.: **(Miraftab: 2004)**.

KAYNAKLAR

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

Argyriades, D. (2010) "From Bureaucracy to Debureaucratization?" Public Organization Review, 10/3: 275-297.

Ataay, F. (2008) "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları," Amme İdaresi Dergisi, 41/3: 169-184.

Büber, B. (2010),Yeni Bir Çatışma Alanı: Kamu Alımları (Ankara: AÜ SBE Yayımlanmamış Doktora Tezi).

Council of Europe (2003) Guide to Successful Public-Private Partnerships, DG Regio March 2003, ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf, (20.06.2011).

Council of Europe (2004) Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions, COM (2004) 327 final. Brussels 30.04.2004, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?ur i=COM: 2004: 0327:FIN:EN:PDF, (20.06.2011).

Edwards, PL, Shaoul, J., Stafford, A., Arblaster, L. (2004) Evaluating The Operation of PFI in Roads and Hospitals (London: Certified Accountants Educational Trust).

Elsenstadt, S. N. (1959) "Bureaucracy, Bureaucratization, and Debureaucratization, "Administrative Science Quarterly, 4/3: 302-320.

Flinders, M. (2005) "The Politics of Public- Private Partnerships," The British Journal of Politics and International Relations, 7/2: 215-239.

Gerrard, M. B. (2001) "What Are Public- Private Partnerships, and How Do They Differ from Privatization," Finance & Development, A Quarterly Magazine of the IMF, 38/3: 1-4.

Grimsey, D. - Lewis, M. K. (2005) "Are Public Private Partnerships Value For Money? Development," Journal of Planning Education and Research, 24: 89-101.

Mols, F. (2010) "Harnessing Market Competition in PPP Procurement: The Importance of Periodically Taking a Strategic View," The Australian Journal of Public Administration, 69/2: 229-244.

Monbiot, G. "Public Fraud Initiative," http://www.guardian.co.uk/politics/2002/jun/18/publicservices.politicalcolumnists, (4.5.2011).

National Audit Office (NAO) (2002) The PFI Contract for the Redevelopment of West Middlesex University Hospital (London: HC 49 Session 2002-2003: 21).

National Audit Office (NAO) (2010) The Performance and Management of Hospital PFI Contracts (London: HC 68 Session 2010-2011).

National Audit Office (NAO) (2011) Lessons From PFI and Other Projects (London: HC 920 Session 2010-2012).

OECD (2008a) Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money (OECD Publishing, Paris).

OECD (2008b) OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye (OECD-World Bank).

OECD (2010) Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure (OECD Publishing, Paris).

Parker, D. - Hartley, K. (2003) "Transaction Costs, Relational Contracting and Public-Private Partnerships: A Case Study of UK Defence," Journal of Purchasing & Supply Management, 9: 97-108.

Pollock, A.M., Price, D., Moritz, L. (2011) "Private Finance Initiatives During NHS Austerity," BMJ, 342: 417-419.

Pricewaterhouse Coopers (PwC) (2010) Build and Beyond: The (R)evolution of Healthcare PPPs, http://www.pwccn.com/home/eng/healthcare_ppp_dec2010.html, (20.05.2011).

Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm (Ankara).

Shaoul, J. (2005) "The Private Iniative or The Public Funding of Private Profit," Hodge, Graeme A. - Greve, Carsten (Eds.), The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experince (UK: Edward Elgar Publishing): 190-206.

Sönmez, M. (2010) Paran Kadar Sağlık; Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi (İstanbul: Yordam Kitap).

Standard & Poor's (2005) Infrastructure & Public Finance Ratings, Public Private Partnerships, Global Credit Survey 2005, http://www2.standardandpoors.com/spf/pdf/fixedincome/PPP_Credit_Survey_2005.pdf, (13.05.2011).

Tan, T. (1995) "İdari Sözleşme Kuramına İlişkin Gözlemler," AÜ SBF Dergisi, 50/3-4: 291- 309.

TÜSİAD (2005), Charting The Way Forward: Health Care Reform in Turkey (İstanbul: TÜSİAD Publication).

Vincent-Jones, P. (2000) "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis," Oxford Journal of Legal Studies, 20/3: 317-351.

Vincent-Jones, P. (2007) "The New Public Contracting: Public Versus Private Ordering," Indiana Journal of Global Legal Studies, 14/2: 259-278.