

**ESAM**

[Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Merkezi]

Sağlık Politikaları ve  
**Şehir Hastaneleri alıŐtayı**  
**-SONUÇ BİLDİRGESİ-**



# Şehir Hastaneleri Çalıştayı -SONUÇ BİLDİRGESİ-

“Sağlık Politikaları ve Şehir Hastaneleri Çalıştayı” 8 Nisan 2017 tarihinde ESAM ve Saadet Partisi işbirliği ile alanında uzman araştırmacı, ilim adamı, bürokrat, siyasi temsilci ve sivil toplum kuruluşları yöneticilerinin iştirakiyle gerçekleştirilmiştir.

Çalıştayda genel olarak sağlık politikalarını ilgilendiren birçok başlık ele alınırken şehir hastaneleri konusu üzerinde özel olarak durulmuş ve karşılıklı müzakereler neticesinde aşağıdaki sonuç bildirisi ortaya çıkmıştır.

## MEVCUT DURUM VE BULGULAR

Sağlık politikaları; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri ve bu hizmetlerin sunulabilmesi için gerekli olan yatırımlar, tıbbi cihazlar, ilaç sektörü, sağlık turizmi, gıda, çevre, ekonomi gibi birçok konuyu birlikte değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Nüfusun hızla yaşlanması, mevcut olan sosyal güvenlik sisteminin yapısından kaynaklı sorunlar, sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı olanaklar arasındaki derin farklılıklar, sağlığın finansman açıklarını kapatmak için kamu kaynaklarının kullanımının artması sonucu sosyal güvenlik reformu gerekli olmuş ve 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” devreye sokulmuştur. Bu kapsamda; Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya girdiği 2003 yılından itibaren yapılan köklü değişimler ana hatlarıyla şunlardır:

- Nisan 2003’te Performansa Dayalı Ücret Sistemi uygulamaya başladı.
- Eylül 2003’te devlet memurlarının sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı sağlandı.
- Ocak 2004’te Sağlık Bakanlığı-SSK sağlık tesisleri ortak kullanıma açıldı.
- Mart 2004’te reçeteli ilaçlarda KDV % 18’den % 8’e indirildi.
- “Referans Fiyat Sistemi”ne (Bir ilacın, belirlenen AB üyesi ülkelerdeki referansının iskonto hariç en düşük resmi depocuya satış fiyatı, "referans fiyat" olarak nitelendiriliyor. Türkiye’nin referans aldığı ülkeler; Yunanistan, Fransa, İtalya, İspanya ve Portekiz) geçildi.

- Şubat 2005'te SSK sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredildi.
- Mayıs 2005'te aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
- Mayıs 2006'da SGK kuruldu ve SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı SGK çatısı altında toplandı.
- Haziran 2007'de "Sağlık Uygulama Tebliği" (Devletin sağlık ile ilgili sosyal politikalarını uygulamasına imkân veren, kılavuzluk eden, fiyatlandırıcı, düzenleyen ve diğer tüm uygulama detaylarını içeren mevzuat tebliğidir. Sağlık merkezlerinde yapılan tüm işlemlerde ödeme esasları bunlara göre düzenlenmektedir) yayınlandı.
- Ekim 2007'de "Genel Sağlık Sigortası" sistemine geçildi.
- Ocak 2009'da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe uygulamasına başlandı.
- Ocak 2010'da kamu personeli de Genel Sağlık Sigortası kapsamına alındı.
- Ekim 2012'de "Kamu Hastane Birlikleri Yasası" (Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları bakanlığın ilgili kuruluş statüsüne göre birliğe dönüştürülmesi) çıktı.

Tüm bu gelişmelerin yanında Temmuz 2006'da sağlık hizmetlerinde "Yap-Kirala-Devret" olarak adlandırılabilen "Kamu Özel Ortaklığı Modeli" ile ilgili uygulama yönetmeliği devreye girmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 3. fazı olarak nitelendirilen şehir hastaneleri süreci başlamıştır.

"Yap-Kirala-Devret" modelinin günümüz şartlarına uyarlanmış hali olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin sağlık alanında uygulama şekli şöyledir: Hazine adına kayıtlı ve sağlık tesisi yatırımı için elverişli taşınmazın Sağlık Bakanlığı adına tahsisi gerçekleştirilmesiyle finansmanı tamamen özel ortak tarafından karşılanacak bir sağlık tesisi yapılması ve bu tesisin belli bir yıla kadar Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli imtiyazlarla kiralanmasıdır. Bu model, şehir hastaneleri ile birlikte uygulamaya konulmuştur.

Bu uygulama ile kira bedeli karşılığında sağlık tesisi yapımının başlaması, sağlık tesislerinin ve ek binalarının bakımı, onarımı ve tamiri işlerinin yapılması, tıbbi destek hizmetlerinin sağlanması, tıbbi hizmetler dışında da hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik, yemekhane gibi), sağlık tesislerindeki tüm tıbbi gereçlerin hazır edilmesi gibi hizmetlerin sunulması öngörülmektedir.

Bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 sağlık kampüsü planlanmıştır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte kamu özel ortaklığı modeli doğrultusunda 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje ortaya konulmuştur.

### **Sözleşmesi İmzalanan Projeler**

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (3660 yatak), Ankara Etlik Şehir Hastanesi (3566 yatak), Kayseri Şehir Hastanesi (1584 yatak), İstanbul İkitelli (Başakşehir) Şehir Hastanesi (2682 yatak), Yozgat Şehir Hastanesi (475 yatak), Konya Şehir Hastanesi (838 yatak), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu & Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü, Adana Şehir Hastanesi (1550 yatak), Elazığ Şehir Hastanesi (1040 yatak), Gaziantep Şehir Hastanesi (1875 yatak), Manisa Şehir Hastanesi (560 yatak), Mersin Şehir Hastanesi (1250 yatak), İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 yatak), Isparta Şehir Hastanesi (755 yatak), Kocaeli Şehir Hastanesi (1180 yatak), FTR & YGAP & PH Paketi (2400 yatak), Bursa Şehir Hastanesi (1355 yatak), Eskişehir Şehir Hastanesi (1081 yatak)

### **Karar Aşamasında Olan Projeler**

Tekirdağ Şehir Hastanesi (480 yatak), Şanlıurfa Şehir Hastanesi (1700 yatak)

### **İhale Süreci Devam Eden Projeler**

Samsun Şehir Hastanesi (900 yatak), Denizli Şehir Hastanesi (1000 yatak), Kütahya Devlet Hastanesi (600 yatak)

### **İhale Hazırlık Süreci Devam Eden Projeler**

İzmir Yenisehir (Tepecik) Şehir Hastanesi (1200 yatak), Aydın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi (150 yatak)

### **Yüksek Planlama Kurulunda Onay Bekleyen Projeler**

İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (3800 yatak), Antalya Şehir Hastanesi (1000 yatak), Diyarbakır Kayapınar Hastanesi (750 yatak), Diyarbakır Yenisehir Şehir Hastanesi (705 yatak), Aydın Şehir Hastanesi (800 yatak), Ordu Şehir Hastanesi (600 yatak), Kahramanmaraş Devlet Hastanesi (500 yatak), Bartın Devlet Hastanesi (400 yatak)

## **Ön Fizibilite Çalışması Devam Eden Projeler**

Trabzon Şehir Hastanesi (600 yatak)

Kamu özel ortaklığı modeli kapsamında 900 Yataklı bir sağlık yerleşkesinin 15 Ocak 2015 tarih ve 29237 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ön yeterlilik ihalesi ilanının 1. maddesinde şöyle belirtilmiştir:

“... Yüklenici; projenin finansmanını, uygulama projesini, tasarımını, inşaatını, medikal cihazlar ile diğer donanımlarını ve tesis için gerekli mefruşatı sağlayacaktır. Yüklenici; ayrıca tesislerin bakım ve onarımını, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek gibi destek hizmetlerinin sunumunu ve sağlık hizmetleriyle uyumlu olarak Bakanlık onayı alacak ticari alanların yapım ve işletilmesini üstlenecektir. Kamu-özel işbirliği ile gerçekleştirilecek olan Proje’nin yapım dönemi 2,5 yıl; çeşitli nedenlerden yapım için uzatma verilirse en çok 3,5 yıl; işletme dönemi de 25 yıl olmak üzere sözleşme süresi toplam 27,5 yıl; yapım süresinde uzatma verilmişse en çok 28,5 yıldır.”

Bu madde ile özel ortağın 900 yataklı tesisi Hazine’den tahsis edilmiş taşınmaz üzerine tıbbi cihaz ve diğer donanımlar içinde olmak koşuluyla kendi finansmanı ile inşa edip işler hale getirmesi; 25 yıl süreyle dışarıdan sağlanan hizmetler (bilgi işlem, temizlik, güvenlik gibi) ile tıbbi tetkik ve görüntüleme hizmetlerini bedeli karşılığında sunması, ticari alanları işletmesi ifade edilmektedir. Hastanenin tıbbi bölümünün işletilmesi ve yönetilmesi yine Sağlık Bakanlığı’na ait olmakta ve Bakanlık kendi sağlık personelini çalıştırmaya devam etmektedir. Özetle taşeron olarak uygulanan hizmetler ile ticari alanların işletilmesi özel ortağın tekelinde olmaktadır.

Sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı Projesi ile birlikte;

- Teşhis ve tedavilerde yeni teknolojilerin kullanılması,
- Aynı kampüs içinde entegre bir şekilde ihtiyaç duyulan bütün hizmetlerin verilmesi ve hasta sevk sayılarını düşürülmesi,
- Hizmet kalitesinin artırılması,
- Artan kalite ve yeni teknolojilerin kullanımı ile sağlık turizminin gelişmesine olanak sağlanması beklenmektedir.

**Ülkemizin sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulaması ile ilgili görülen temel sorunlar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:**

### **Sağlık Bakanlığı'nın Sistem İçerisindeki Rolü**

Sağlık Bakanlığı hem politika belirleyici, hem sunucu, hem finansör, hem düzenleyici ve hem de denetleyici konumdadır. Bu durum son dönem kamu yönetimi reformlarının kendi iç mantığı açısından değerlendirildiğinde bir yandan özerkleşme -bu kapsamda da yetkilerin devredilmesi- savunulurken diğer yandan 25 yıl ve daha uzun süreli kamu özel ortaklığı projelerini Bakanlığın ihale etmesi ve sözleşme yönetiminde bakanlığın söz sahibi olması kendi içinde bir çelişkiye neden olmaktadır.

### **Sözleşmeler**

Kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin karmaşık olması nedeniyle bu uygulama kapsamında oluşturulacak sözleşmelerin tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılmasının gerekliliği vardır. Sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esaslı hatalar uzun vadeli bu modelde ciddi sorunlara yol açabilecektir.

Kamu özel ortaklığı 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.

Kamu özel ortaklığında sözleşme ilişkisi sadece Bakanlık ve özel amaçlı şirket arasında söz konusu değildir. Eğer ihaleyi alan bir ortak girişim ise, 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 ve yönetsel 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 aksamaları gibi ortaya çıkan sonuçlar açısından sözleşme yönetiminin bir parçası olarak görülmelidir.

### **Müşteri Garantisi**

Sağlık Bakanlığı'nın hastane kampüsleri ihalelerini alan şirketlere ve konsorsiyumlara, hastanelerin % 70 doluluk oranında çalıştırılacağı garanti edilmekte-

dir. Ancak bu oran tutturulamaz ise Sağlık Bakanlığı ihaleyi alan şirketlere aradaki farkı ödemeyi de taahhüt etmektedir. Dolayısıyla bu durumda doluluk oranını tutturmak için vatandaşların “daha çok hastalanması” ve hastanelere başvurması gerekmektedir.

% 70 doluluk ya da diğer bir ifade ile cihazların belirli oranda kullanımını garanti etmek, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin bileşenlerinin hayata geçirilmesi açısından da çelişki oluşturmaktadır. Alt bileşenlerden olan “Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri” ile 2. basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı düşeceği için uygulandığı takdirde müşteri garantisinin karşılanmasında güçlükler ortaya çıkacaktır.

### **Kira Ödemeleri**

Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezaî yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilmiştir. Yönetmelikte, döner sermayeyi aşan bir güvence verilmiş olması yasaya aykırıdır. Yasada kira ödemesi için döner sermaye dışında bir kaynak öngörülmemiştir.

### **Ölçek Büyümesinden Kaynaklanan Sorunlar**

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı ve buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini de beraberinde getirmektedir.

Sağlık kampüslerinin kurulması ve böylece bazı eski hastanelerin yıkılması, yerel üretim ilişkilerini etkileyebilecektir. Mevcut hastanelerin çevresinde konumlanan ya da kampüslere yakın alanlarda kalıp kampüslerden dışlanan küçük ölçekli esnaf ve işletmeler üretim, istihdam ve pazar kaybı yaşayabilecektir. Dolayısıyla, ancak taşeron ilişkisi içinde kampüslerde var olma olanağı yakalayabilen küçük sermayelere, bağlı oldukları büyük sermayelerin kontrolü altında, izole alanlarda birikim şansı doğuracak ve kampüs hastaneleri bir bütün olarak sermayenin merkezileşme ve yoğunlaşması yönünde etki oluşturmaktadır. Görülmektedir ki özel hastanelerle aynı maliyetlerde ancak ölçek açısından çok daha büyük hastaneler kısa sürede devreye girerek mevcut özel hastanelerin bu ölçek ve maliyetlerle rekabet edebilecek düzenlemeleri kendi

Üretim süreçlerinde gerçekleştirmelerine imkân kalmadan sağlık sektöründe faaliyet gösteren sermayeler arasında önemli bir değişim (elenme) gündeme gelecektir.

### **Kapasite**

Daha önce devletçe yapılan işlerin özel sektöre devri, devlette bu hizmeti veren kapasitenin kaybolmasına neden olacaktır.

### **Erişilebilirlik**

Sağlık Bakanlığı, yaptığı planlamanın esaslarını ve kapatılacak hastanelerin hangileri olduğunu açıklamamaktadır. Kapatılacak hastaneler yerine açılacak yeni hastaneler halkın sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntı yaşamasına sebep olma ihtimalini bulundurmaktadır. Çekirdek hizmet, kamuda kalmasına rağmen yan hizmetlerin işletmesinin özel sektörde olması gelir durumu göz önüne alındığında adaletsiz olabilir.

### **Kredi Güvencesi**

Alt yapı yatırımlarını gerçekleştirecek olan firmaların, ulusal ve uluslararası sermaye piyasalarından kullanacakları kredi/fonlara hazinenin kefil olması şirketlerin iflas vb. durumlarla karşı karşıya kalması durumunda hazineyi dolayısıyla halkı g duruma düşürecektir.

Bütün bunların yanı sıra modelin uygulanma sürecinde şeffaflık, performans ve hesap verebilirlik bilincinin daha az olması, daha yüksek maaşlar, yeterli niteliklere sahip olmayanların keyfi olarak istihdamına neden olabilmesi, yönetim kurulunun gözetim ve denetim sorumluluğunu tam olarak yerine getirememesi ve nihayetinde devletin üstlenmesi gereken yükümlülüklerin ortaya çıkabilmesi ile kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine dair kamuoyunda yanlış algılamalar oluşabilmesi gibi olumsuz hususlar da söz konusudur.

Ayrıca kamu hizmet ve yatırım alanlarının piyasalaştırılmasının, kamudaki örgütlü işgücünün yerini örgütsüz ve daha ucuz emek gücünün alması anlamına geldiği, kamu özel ortaklık uygulamaları ile bir yandan kamu görevlilerinin istihdam güvencesinin ortadan kalkacağı bir yandan da kr oranlarını artırmak isteyen şirketlerin istihdamda daralmaya gidecekleri ve görevlilerinin kamu çalışanı olma vasıflarını kaybedebileceği kaygıları da bulunmaktadır.



## ÖNERİLER VE ÇÖZÜM YOLLARI

Mevcut uygulamaların temel felsefesi; politik çıkarlardan ve kişisel hayallerden ziyade aziz milletimizin medeniyet anlayışına, değer algılarına ve ilmi gerçeklere dayanmalıdır.

Sağlık, sadece hastalık potansiyelleri ve ilaç endüstrisinin istatistikleri göz önüne alınmış olsa dahi hasta boyutu ile şuan ki Sağlık Bakanlığının çalışma alanından çok daha kapsamlıdır. Bundan dolayı hangi sağlık anlayışı geliştirilirse geliştirilsin ülkemizin sağlık alanında topyekûn ve koordineli bir kalkınmaya sahip olmasının zarureti vardır.

Sağlık alanı “Batı tıbbi” hüviyetinde hastalığı merkeze alan bir anlayışa sahiptir. Alternatif tıp, tamamlayıcı tıp, koruyucu tıp gibi şifayı ve sağlıklı kalmayı önceleyen paradigmalara fırsat ve imkân verilmelidir.

Adalet ve merhamet kavramları çerçevesinde ne hastaya ne hekime ne de yönetim kademelerine haksızlık yapılmasına izin verilmemelidir. Politik kaygılar ile kayırmacılığa veya tekebbüre dayalı modellemeler ne alternatiftir ne de medeniyet kodlarımızla uyuşmaktadır.

### **Şehir Hastaneleri kapsamında;**

- Mevzuattaki boşlukların giderilmelidir.
- Sağlık Bakanlığının sistem içerisindeki rolü belirginleştirilmelidir.
- Süreci takip edebilecek nitelikli eleman sayısı arttırılmalıdır.
- Sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizlikler giderilmelidir.
- Kamuoyuna yönelik farkındalık çalışmaları yaygınlaştırılmalıdır.
- Sözleşmeler net ve anlaşılır olmalı, her konuyu kapsamalıdır. Ayrıca bu konudaki ihmallerin ve hataların önüne geçilebilmesi için de denetimlerin arttırılması gerekmektedir.
- Yüklenici firma açılan hastanelerde kullanılacak tıbbi cihazları yeni baştan temin etmektedir. Kapanacak hastanelerde şu anda kullanılan tıbbi cihazların şehir hastanelerinin açılması ile birlikte nasıl değerlendirileceği durumu belirgin değildir. Yüksek yatırımlar gerektiren bu cihazların etkili ve verimli şekilde kullanılması yönünde planlama gerekmektedir.

- Sağlık Bakanlığı yapacağı köklü değişikliklerde (aile hekimliği sistemi gibi) mutlaka pilot uygulama yaptıktan sonra asıl uygulamaya geçmiştir. Ancak şehir hastaneleri gibi büyük yatırımlar gerektiren bir sistem için ön uygulama yapılmamıştır. Bundan dolayı sistemin her aşamasının titizlikle takip edilmesi gerekmektedir.

### **Sağlık Politikaları kapsamında;**

- Sağlıkta kalite binaya, makineye, otelciliğe ya da lükse değil “insan”a dayanır. Bu sebeple hekime, sağlık çalışanlarına, sağlık girişimcilerine, tıbbi cihaz ve ilaçta ar-ge standartlarının geliştirilmesine, verimliliğe ve inovasyona önem verilmeli ve yatırım yapılmalıdır.
- Hekimin ve sağlık ekibinin eğitimine, kişisel ve mesleki donanımına yatırım yapan ve geliştiren bir ekosistem geliştirilmelidir.
- Sağlıkla ilgili yatırımlar yaparken şehir hastaneleri gibi büyük ve dışa bağımlı yatırımlardan ziyade, tıbbi cihazda dışa bağımlılığımızı azaltacak yatırımlar yapılmalıdır.
- Halk sağlığı yatırımları için ayrılan bütçenin payı sağlık yatırımları bütçesine oranla düşüklüğü telafi edilmelidir.
- Necip milletimizin değer algıları çerçevesinde “sağlık hizmetleri” alanında hâlâ mahremiyeti temele alan bir yaklaşım geliştirilememiştir.

İlaç, gıda ve kozmetik kodeksleri alanlarında da maalesef bu değer algıları dikkate alınarak tanzim edilmemiş ve henüz üzerinde gerekli çalışmalar yapılmamıştır.

- Türkiye; soğuk sudan sıcak suya, termal sudan tuzlu suya kadar çok farklı ve yoğun mineralli, radön gazlı ve tuzu gibi her türlü su çeşidine sahiptir. Termal, jeotermal, kaplıca hizmetlerinin sunulabilmesi için mevcut durumumuz ve potansiyellerimiz değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak sağlık; sağlık hizmetleri sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansmanını etkileyen faaliyetlerle birlikte, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör ve gönüllü örgütler tarafından gerçekleştirilen tüm faaliyetleri de kapsayacak genişlikte bir kavram olarak ele alınmalıdır. Ciddi yatırımlar gerektirmesi ve alınan kararların halkı doğrudan etkilemesi bakımından yapılan politikalar üzerinde yoğun çaba sarf edilmelidir. Bu sebeplerden dolayı bu bildirme “Mevcut Durum ve Bulgular” ve “Öneriler ve Çözüm Yolları” üst başlıkları ile hem bilgilendirici hem de politika üretici bir amaç ile ele alınmıştır.

Kamuoyuna arz ederiz.