

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI
(TÜRKİYE ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kader YILMAZ

Enstitü Anabilim Dalı : Maliye

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Harun KILIÇASLAN

EKİM – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ




**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI
(TÜRKİYE ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kader YILMAZ

Enstitü Anabilim Dalı : Maliye

“Bu tez 10/10/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. M. Emin ALTUNDEMİR	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Kenan GÖÇER	Basarisiz	
Dr. Öğr. Üyesi Harun KILIÇASLAN	Basarılı	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	KADER YILMAZ
Öğrenci Numarası	:	Y136006018
Enstitü Anabilim Dalı	:	MALİYE ANABİLİM DALI
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI (TÜRKİYE ÖRNEĞİ)
Benzerlik Oranı	:	%19

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

10/10/2019
Öğrenci İmza

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciyi ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

.../.../2019

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Harun Kılıçaslan

Tarih: 10.10.2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR LİSTESİ	v
GRAFİK LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ	4
1.1. Neo-Liberal Dönüşüm ve Kamu Özel İşbirliği	4
1.2. Kamu Özel İşbirliğine Genel Bakış	6
1.2.1. Kamu Özel İşbirliği Kavramı.....	6
1.2.2. Kamu Özel Ortaklığı Tarihsel Gelişimi	9
1.3. Kamu Özel İşbirliği Özellikleri	11
1.4. Kamu Özel İşbirliği Uygulama Modelleri.....	13
1.4.1. Yap- İşlet Modeli (Yİ).....	13
1.4.2. Yap- Kirala- Devret Modeli (YKD).....	14
1.4.3. Yap-Devret-İşlet Modeli (YDİ).....	14
1.4.4. Yap-Sahip Ol-İşlet Modeli (YSİ).....	14
1.4.5. Yap-Devret Modeli (YD)	15
1.4.6. Yap-Sahip Ol-İşlet-Devret Modeli (YSİD).....	15
1.4.7. Yap-İşlet-Devret Modeli (YİD).....	15
1.4.8. Yap-Kirala-İşlet-Devret Modeli (YKİD).....	16
1.4.9. Kirala-Yap-İşlet Modeli (KYİ).....	16
1.4.10. Tasarla-Yap Modeli (TY)	17
1.4.11. Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet Modeli (TYFİ).....	17
1.4.12. İşletme Hakkı Devri Modeli (İHD)	18
1.5. Kamu Özel İşbirliği Uygulama Aşamaları	18
1.5.1. Müzakere Aşaması.....	18

1.5.2. İhale Öncesi	19
1.5.3. İhale Süreci	19
1.5.4. Mutabakatta Sonuca Ulaşılması	21
1.6. Kamu Özel İşbirliğinin Avantajları ve Dezavantajları	22
1.7. Kamu Özel İşbirliğine Yöneltilen Eleştiriler	26
BÖLÜM 2: DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ	30
2.1. Dünyada Bazı Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları	31
2.1.1. Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Kamu Özel İşbirliği	31
2.1.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği	36
2.1.3. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Kamu Özel İşbirliği	40
2.1.4. İngiltere'de Kamu Özel İşbirliği	41
2.1.5. Hindistan'da Kamu Özel İşbirliği	46
2.1.6. Endonezya' Kamu Özel İşbirliği	48
2.1.7. Meksika' da Kamu Özel İşbirliği	49
2.1.8. Peru'da Kamu Özel İşbirliği	50
2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Türkiye'de Sektörel Açından İncelenmesi	52
2.2.1. Türkiye'de Eğitim Alanında Kamu Özel İşbirliği	52
2.2.2. Türkiye'de Enerji Alanında Kamu Özel İşbirliği	55
2.2.3. Türkiye'de Ulaştırma Alanında Kamu Özel İşbirliği	60
2.2.3.1. Karayolu Alanında Kamu Özel İşbirliği	61
2.2.3.2. Denizyolu Alanında Kamu Özel İşbirliği	63
2.2.3.3. Demiryolu Alanında Kamu Özel İşbirliği	64
2.2.3.4. Havacılık Alanında Kamu Özel İşbirliği	65
2.2.4. Türkiye'de Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları	67
BÖLÜM 3: TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ	69
3.1. Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış	69
3.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Tanımı	69
3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri	71
3.1.2.1. Koruyucu (Primer) Sağlık Hizmetleri	71
3.1.2.2. Tedavi Edici (Sekonder) Sağlık Hizmetleri	71
3.1.2.3. Rehabilite Edici (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri	71
3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı	72

3.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	73
3.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Olma Özelliği	74
3.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Erdemli Olma Özelliği	74
3.1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Dışsalılık Özelliği	75
3.1.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Devlet Müdahalesi Özelliği	75
3.1.4.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Arzının Belirsiz Olması Özelliği	76
3.1.4.6. Sağlık Hizmetlerinin Tekel Olma Eğilimi Özelliği	76
3.1.4.7. Sağlık Hizmetlerinde Simetrik Olmayan Bilgilendirme Özelliği.....	77
3.1.4.8. Sağlık Hizmetlerinin Yatırım Özelliği	77
3.1.4.9. Sağlık Hizmetlerinin Adaletli Dağıtılması Gerekliliği Özelliği	78
3.2. Türkiye’de Sağlık Reformları Kronolojisi	79
3.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	81
3.4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	86
3.4.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları.....	87
3.4.2. Özel Sektör ve Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	90
3.5. Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinde Finansman	94
3.5.1. Finansman Çeşitleri.....	95
3.5.1.1. Doğrudan Finansman	95
3.5.1.2. Dolaylı Finansman.....	95
3.5.2. Finansman Yöntemleri	95
3.5.2.1. Zorunlu Kamu Sigortası ile Finansman	95
3.5.2.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile Finansman.....	96
3.5.2.3. Gönüllü Sağlık Finansmanı.....	96
3.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı	96
3.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel İşbirliği Projeleri	99
3.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda YKD Dönüşümü	99
3.7.2. Dünyada Şehir Hastaneleri Uygulamaları	100
3.7.3. Türkiye’de Şehir Hastaneleri ve Entegre Sağlık Kampüsleri	101
3.7.3.1. Açılışı Gerçekleşmiş Olan Şehir Hastaneleri	103
3.7.3.1.1. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	103
3.7.3.1.2. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	104
3.7.3.1.3. Isparta Şehir Hastanesi	104
3.7.3.1.4. Yozgat Şehir Hastanesi	105

3.7.3.1.5. Kayseri Şehir Hastanesi.....	105
3.7.3.1.6. Manisa Şehir Hastanesi	105
3.7.3.1.7. Elâzığ Fethi Sekin Entegre Sağlık Kampüsü	105
3.7.3.1.8. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	106
3.7.3.1.9. Eskişehir Şehir Hastanesi	106
3.7.3.1.10. Bursa Şehir Hastanesi	107
3.7.4. Sağlık Bakanlığı Kira ve Hizmet Bedelleri Ödeme Yöntemi	107
3.7.5. Şehir Hastaneleri İçin Ödenen Kira ve Hizmet Bedelleri	108
3.7.6. Türkiye’de Sağlık Hastaneleri ile İlgili Görüşler	110
3.7.6.1. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumlu Görüşler	110
3.7.6.2. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumsuz Görüşler	111
SONUÇ ve DEĞERLENDİRME	115
KAYNAKÇA.....	118
ÖZGEÇMİŞ	132

KISALTMALAR LİSTESİ

- AB** : Avrupa Birliği
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ÇSED** : Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmesi
- DB** : Dünya Bankası
- DHMI** : Devlet Hava Meydanları İşletmesi
- EİB** : European Investment Bank
- EPEC** : European PPP Expertise Center
- EC** : Commission of the European Communities
- EÜAŞ** : Elektrik Üretim Anonim Şirketi
- GSS** : Genel Sağlık Sigortası
- IMF** : Uluslararası Para Fonu
- İEGB** : İnşaat ve Emlak Grup Başkanlığı
- İGA** : İstanbul Grand Airport
- İHD** : İşletme Hakkı Devri
- KB** : Kalkınma Bakanlığı
- KGM** : Karayolları Genel Müdürlüğü
- KHK** : Kanun Hükmünde Kararname
- KÖİ** : Kamu Özel İşbirliği
- KYİ** : Kirala Yap İşlet
- MEB** : Millî Eğitim Bakanlığı
- NHS** : National Health Services
- OECD** : Organisation for Economic Co-Operation and Development
- PPP** : Public Private Partnership
- PFI** : Private Finance Initiative
- PF2** : Private Finance Two
- SB** : Sağlık Bakanlığı
- SDP** : Sağlıkta Dönüşüm Programı
- SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu
SYGM : Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
ŞH : Şehir Hastaneleri
TDK : Türk Dil Kurumu
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
TSH : Temel Sağlık Hizmetleri
TY : Tasarla Yap
TYDİ : Tasarla Yap Devret İşlet
UDHB : Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı
UMKE : Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
UNECE: United Nations. Economic Commission For Europe
WHO : Dünya Sağlık Örgütü
YD : Yap Devret
YDİ : Yap Devret İşlet
YHT : Yüksek Hızlı Tren
Yİ : Yap İşlet
YİD : Yap İşlet Devret
YKD : Yap Kirala Devret
YKİD : Yap Kirala
YSİ : Yap Sahip Ol İşlet
YSİD : Yap Sahip Ol Devret
YSS : Yavuz Sultan Selim

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Yatırım Tutarı Ve Proje Sayısı İtibariyle Avrupa'da Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Dağılımı (1990-2017)	32
Grafik 2: Sektörlere Göre Avrupa'da Mali Bitişi Yapılan Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Yatırım Tutarı Ve Proje Sayıları (1990-2017)	33
Grafik 3: Avrupa Birliği Ülkeler Bazında Proje Tutarları (2013-2017).....	34
Grafik 4: Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Bitişi Yapılan Yatırımların Tutarı Ve Proje Sayıları Dağılımı (1990-2018)	36
Grafik 5: Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Bitişi Yapılan Köi Yatırımlarının Sayısı Ve Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (1990-2017).....	37
Grafik 6: Bölgelere Göre Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Bitişi Yapılan Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Dağılımı (1990-2017)	39
Grafik 7: Birleşik Krallık'ta Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1993-2016).....	44
Grafik 8: Birleşik Krallık 'Ta Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1993-2016)	45
Grafik 9: İngiltere'de 2013 İtibari İle Pfi Sözleşmelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı	46
Grafik 10: Hindistan'da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)	47
Grafik 11: Hindistan'da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017).....	47
Grafik 12: Endonezya'da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)	48
Grafik 13: Endonezya'da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017)	49
Grafik 14: Meksika'da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)	49
Grafik 15: Meksika'da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017).....	50
Grafik 16: Peru'da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)	51

Grafik 17: Peru’da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017).....	51
Grafik 18: Sözleşmesi İmzalanmış Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Yüzdesel (%) Dağılımı (1986-2017)	57
Grafik 19: Sözleşmesi İmzalanmış Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sözleşme Bedeli Olarak Sektörel Dağılımı (1986-2017)	58
Grafik 20: Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler, 1999-2017	86
Grafik 21: Cari Sağlık Harcamalarının Gsyih İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması (%), 2016	89
Grafik 22: Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (2003-2018). 90	
Grafik 23: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, (Abd Doları)....	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: İşletme Aşamasında Olan Enerji Projelerinin Kamu Özel İşbirliği Modellerine Göre Dağılımı (1986-2017).....	58
Tablo 2: Türkiye’de Elektrik Enerjisi Sektörüne Yapılan Yatırımlar (2017)	59
Tablo 3: İşletmeye Geçen Bazı Yap-İşlet-Devret Santralleri.....	60
Tablo 4: 2005-2018 Yılları Arası Kiralama Yoluyla İşletme Hakkı Devredilen Terminal Binaları	66
Tablo 5: Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları (1980-2016)	81
Tablo 6: Tabip Sayısı, Tabip Başına Düşen Birey Sayısı (2009-2017)	82
Tablo 7: Sağlık Tesisi Sayısı, Toplam Yatak Sayısı (2000-2017).....	83
Tablo 8: 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması 2017 .	84
Tablo 9: 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması 2016	85
Tablo 10: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2017	87
Tablo 11: Sağlıkta Katılım Payları	91
Tablo 12: Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2016	93
Tablo 13: Dünyada Bazı Şehir Hastaneleri Uygulamaları Proje Değeri Ve Proje Sayıları (Abd Doları)	101
Tablo 14: Sözleşmede Mutabakata Varılan Şehir Hastaneleri Ve Sağlık Kampüsleri	102
Tablo 15: 2017 Yılı Şehir Hastaneleri Kira Ve Hizmet Bedelleri Tl/Dolar.....	108
Tablo 16: 2018 Yılı Şehir Hastaneleri Kira Ve Hizmet Bedelleri Tl/Dolar.....	108
Tablo 17: 2019 Yılı Şehir Hastaneleri Kira Ve Hizmet Bedelleri Tl/Dolar.....	109

ÖZET

Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Yüksek Lisans	<input checked="" type="checkbox"/>	Doktora	<input type="checkbox"/>
Tezin Başlığı: Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları (Türkiye Örneği)			
Tezin Yazarı: Kader YILMAZ		Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Harun KILIÇASLAN	
Kabul Tarihi: 10.10.2019		Sayfa Sayısı: xi+132	
Anabilim Dalı: Maliye			
<p>Dünyada ve Türkiye’de birçok farklı hizmet projesi için sistemli ve uzun süreli kamu özel işbirliği (KÖİ) modeli kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle Türkiye son yıllarda KÖİ projelerin planlanması, finansmanı ve gerçekleştirilmesinde büyük reformlar yapmıştır. Bu reformların gerçekleştiği hizmetlerden en yeni olanı ise şehir hastaneleri projeleridir. Başta İngiltere olmak üzere birçok ülkede yaygınlaşan KÖİ uygulamaları, ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık alanında kaynakların etkin kullanımı amacıyla uygulanmaya başlamıştır. Türkiye için yeni bir proje olan şehir hastanelerinin KÖİ ile yaptırılması bu çalışmanın ana konusunu oluşturmaktadır. Şehir hastaneleri projeleri ile ülkemizin sağlık sistemi farklı bir boyut kazanmış ve yeni bir dönüşüm sürecine girmiştir. Türkiye’de şehir hastaneleri inşasında ve hizmetinde kullanılan YKD modeli incelenmiş, çeşitli veri tabanları kullanılarak mali açıdan değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan literatür taraması sonucunda bu alanla ilgili çalışmaların yeterli olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada şehir hastanelerinin KÖİ kapsamında ilgili hukuki, idari özellikleri ve finansman boyutları ortaya konularak incelenmiştir. Bu sebeple çalışma, şehir hastanelerinin KÖİ bağlamında teorik olarak literatür taraması ve içerik analizi şeklinde kurgulanmıştır.</p>			
Anahtar Kelimeler: Kamu Özel İşbirliği, KÖİ, Şehir Hastaneleri			

ABSTARACT

Sakarya University Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	<input checked="" type="checkbox"/>	Ph.D.	<input type="checkbox"/>
Title of Thesis: Public Private Partnership Practices in Health Services (The Case of Turkey)			
Author of Thesis: Kader YILMAZ		Supervisor: Assist. Prof. Harun KILIÇASLAN	
Accepted Date: 10.10.2019		Number of Pages: xi+132	
Department: Public Finance			
<p>For many comprehensive and long-term projects in the world and Turkey are used public-private partnership (PPP) model. In particular, the planning of PPP projects in recent years Turkey has made reform of the financing and implementation. The most recent of these reforms are city hospitals projects. PPP practices, which have become widespread in many countries, especially in the UK, have started to be implemented for the efficient use of resources in the field of health within the scope of Health Transformation Program in Turkey. The hospital was built with the PPP in the city of Turkey is the main subject of this study. As a result of the projects of city hospitals, the health system of our country has changed considerably. Turkey in city hospitals were examined YKD model used in the construction and services, the evaluations was made using several databases in financial terms. As a result of the literature review, it was found that the studies related to the subject were not sufficient. In this study, the legal, administrative features and financing of the city hospitals were investigated. For this reason, the study was designed as theoretical literature review and content analysis of PPP projects, especially city hospitals.</p>			
Keywords: Public Private Partnership. PPP, City Hospitals			

GİRİŞ

Kamu Özel İşbirlikleri (KÖİ) Türkiye’de son yılların en çok tartışılan konularından biri olmuştur. Özellikle 1990’lı yıllarda çok tartışılan özelleştirme uygulamalarının, yerini kamu özel işbirliklerine bıraktığını söylemek mümkündür. Türkiye’de bazı türleri itibarıyla kamu özel işbirliği uygulamaları özelleştirme kadar eski olsa da bugün özelleştirmenin bir biçimi olmanın ötesinde bir anlam kazanarak 2000’li yıllardan itibaren artarak geniş bir uygulama alanı bulmuştur. Özellikle enerji projeleriyle başlayan uygulamalar ulaşım alanında büyük hız kazanmış, sağlık hizmetleri alanına genişlemiş ve eğitim alanına da genişletilmesi için yasal altyapı oluşturulmuştur. Devletin kamu ihtiyaçlarını karşılamada finansman sıkıntısı yaşaması, özel sektörün hem bilgi ve birikiminden yararlanmak istemesi hem de özel sektörü kamusal piyasada değerlendirmek amacıyla kamu özel işbirliği faaliyetleri tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de gitgide ön plana çıkmaktadır. Devletin tercihlerinin değiştiği ve yeniden yapılandığı son dönemlerde ülkemizde özellikle ulaşım sektöründe büyük bir sıçrama yaşandığı, ulaşımdaki sıçramayı sağlık sektörünün takip ettiği açıkça görülmektedir. Kamu özel işbirliği modellerinden biri olan ülkemizde uygulanan Yap Kirala Devret modelinde özel sektör tarafından projenin planlanması ve inşa edilmesi, sözleşmede belirlenen süre boyunca kamu idaresine kiralanması ve sözleşme sonunda varlığın kamuya devri söz konusudur. Ülkemizde genellikle sağlık sektöründe uygulama alanı bulan bu model, özellikle şehir hastaneleri projelerinin gündeme gelmesiyle önem kazanmaya başlamıştır. Bu çalışmada konunun sağlık hizmetleri alanına yansımaları ele alınmıştır.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Dünyada ve Türkiye’de özellikle son yıllarda çeşitli hizmetlerin niteliğinin artırılması amacıyla sistemli biçimde kullanılan KÖİ kavramının ve uygulanan sektörlerin kapsamlı biçimde incelenmesidir. Son yıllarda ivme kazanan sağlık hizmetlerinde KÖİ kullanımı, bu bağlamda ülkemizde kurulan Şehir Hastaneleri’nin gelişimi daha ayrıntılı biçimde incelenecek ve literatüre katkı sağlamaya çalışılacaktır. Kamu sağlık hizmet sunumunda önemli bir değişimi ifade eden KÖİ modelinin Türkiye açısından mali değerlendirmesini yapmak çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumunu gerçekleştirmek ve bu hedefi gerçekleştirmek için mümkün olan en az kamu kaynağını kullanmak bütün kamu

hizmetleri için olduğu gibi temel hedef olmalıdır. Bu amaca ulaşılırken mali disiplinin gözetilmesi ve sürdürülebilirliği önem taşımaktadır. Sağlık alanında yapılan KÖİ uygulamalarının bu hedeflere ulaşıp ulaşmayacağını tahmin etmek temel araştırma sorusudur.

Çalışmanın Önemi

KÖİ projelerinin ülkemizde kullanımı son yıllarda başlamıştır. Bu nedenle KÖİ hizmetinin her yönüyle incelenmesi güncel bilgi açığına kapatma ve bu sistemin içinde olan tüm birimlerin faydalanması açısından yararlı olacaktır. Nitekim Türkiye’de sağlık alanında uygulanmaya başlanan KÖİ yöntemi ile ilgili kesin sonuçlarını kestirmek henüz mümkün değildir. Ancak çalışmada görüleceği gibi İngiltere gibi örneklere göre yatırımların boyutunun büyüklüğü konuyu mali açıdan önemli hale getirmektedir. Türkiye gibi kaynakları daha dar olan ülkelerde ise kaynakların etkin kullanımını daha önemli hale gelmektedir.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışmada betimleyici ve nitel yöntemler kullanılmıştır. Tezde ‘var olan istatistikler araştırması’ olarak ifade edilen nitel yöntem başvurulmuştur. Var olan istatistikler araştırmalarının döküman incelemeleri içerisinde sınıflandırıldığı görülmektedir (Bailey, 1994). Var olan istatistikler yöntemi Berg vd. (2015) tarafından tepkisiz araştırma tekniklerinden biri olan müdahaleci olmayan araştırma stratejileri olarak da anılmaktadır. Var olan istatistikler araştırmaları büyük bürokratik örgütler tarafından toplanmış olan verilerle ilgili konularda yapılan araştırmalar için en uygun olan yöntemdir (Neuman, 2011). Yapılan çalışmada daha çok kurumların yayınladığı veriler temel alınarak yorumlanmıştır.

Çalışmada TÜİK, Kalkınma Bakanlığı (Strateji ve Bütçe Başkanlığı), Sağlık Bakanlığı gibi ulusal kamu kurumları ile Dünya Bankası ve Avrupa Yatırım Bankası gibi uluslararası mali kuruluşların verileri ve diğer istatistiklerinden yararlanılmıştır.

Üç bölümden oluşan çalışmanın ilk bölümünde, KÖİ kavramsal çerçevesi, farklı tanımlamaları, hukuksal çerçevesi, avantajları, dezavantajları, KÖİ uygulamalarına yönelik eleştiriler ayrıntılı biçimde ele alınmıştır.

İkinci bölümde, dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılan KÖİ modelleri, modellerin yapısı ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

Üçüncü ve son bölümde ise, ülkemizde sağlık hizmetlerinin durumu, sağlık hizmetleri ve KÖİ modeli kavramsal ve hukuksal çerçevesi ile finansmanı ayrıntılı biçimde ele alınarak sonuçlandırılmıştır.

BÖLÜM 1: KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

1.1. Neo-Liberal Dönüşüm ve Kamu Özel İşbirliği

1980 yılından itibaren İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri merkezli başlayan neo-liberal politika uygulamaları uluslararası mali kuruluşların da etkisiyle hızla dünyada yayılmış ve küresel ekonomik düzenin yeni kurallarını değiştirmiştir. İngiltere ve ABD merkezli olarak başlayan ulusal düzeydeki bu paradigma değişiminin yerel kamusal hizmetlerinde ve diğer yandan küresel ekonomik ilişkilerde de etkisini hissettirdiği bilinmektedir. Neo-liberal politikaların etkisi, devletlerin kamusal mal ve hizmet üretim ve işletme yönteminin değiştirilmesini sağlamıştır. Devlet eliyle sunulan iktisadi alandaki kamusal mal ve hizmetler artık özel sektöre devredilmeye veya özel sektör ile beraber sunulmaya başlanmıştır. Artan nüfus yükü, kaynakların kıtlığı, yatırım bütçelerinin büyüklüğü ve mali sıkıntıları, talebi etkin karşılamayan devletleri farklı politikalar izlemeye yöneltmiştir (Hemming, 2006). Neo-liberal politikalar, yeni kamu işletmeciliği ve devletin mali arayışı gibi kavramların bütünüyle bağlantılı olduğu ve son yıllarda devletin rolünün değişmesiyle KÖİ'nin kamu hizmetlerinin uygulanmasında etkin rol aldığını görmek mümkündür. (Kılıçaslan,2017)

Kamu Özel İşbirliği (Public Private Partnerships- KÖİ) kavramına olan ilgi ve KÖİ' ye dayalı uygulanan proje sayısı her geçen gün artış göstermekte, uygulama alanları ve sektörleri genişlemektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde KÖİ özelleştirmenin bir alternatifi olarak görülmekte, bu sebeple KÖİ ile ilişkili projeler önem kazanmaktadır. KÖİ ile devletin yapmasının alışlageldiği yollar, tüneller, hastaneler, kanalizasyon, cezaevleri gibi önemli altyapı tasarımlarının inşa aşaması ve işletmeciliği de özel kesime açılmış olmaktadır. KÖİ ile ilgili ilk formal uygulama örnekleri İngiltere'de 1980'li yılların başında görülmeye başlamış zamanla tüm dünyaya yayılmıştır. Geniş anlamda KÖİ "kamu kesiminin altyapı yatırımlarının ve bağlı hizmetlerinin doğru tasarımlarının yapıldığı, en karlı finansman yönteminin seçildiği, etkin uygulama yöntemi ile işletildiği ve sürekli bir performans denetiminin var olduğu uzun süreli sözleşmelerin ortaya konduğu yapı" olarak tanımlanabilir. KÖİ kapsamında özel sektör; sermaye, yetenek, deneyim, teknoloji, bilgi birikimi ve proje geliştirme becerilerini üstlenirken, buna karşılık kamu sektörünün, sunulan kamu hizmetlerinin ekonomik-sosyal

kalkınmaya ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayan taraf olması beklenmektedir (Tekin, 2004).

KÖİ başta İngiltere’de, Avrupa Birliği (AB) ve Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) şehirleri ve toplumların ihtiyaç duyduğu yapı ve hizmetleri geliştirmenin, yenilemenin ve desteklemenin bir aracı olarak kullanılmıştır. Türkiye’de ise bu uygulamalar, yüksek miktarlarda sözleşme değerleri ile daha çok sağlık, eğitim ve ulaştırma alanları gibi temel hizmet gereksinimlerinde kullanılmaktadır (Tanrıverdi, 2010).

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmeti ile ilişkili sektörlerde de hizmet alanın memnuniyet düzeyi oldukça önemlidir. Hizmet alanlara en iyi kalitede hizmet vermek için kapsamlı çalışmalar yapılmakta ve firmalar tarafından devletin sağlayamadığı büyük bütçeler ayrılmaktadır. Firmaların sağlık sektörüne yönelimi ve işbirliği anlaşmaları sektörde ivme kazanmaktadır (Tanrıverdi, 2010).

Türkiye’de sağlık alanında yapılandırılan ilk somut KÖİ düzenlemesi 5396 numaralı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda belirtilmektedir. Yasaya göre eğer Yüksek Planlama Kurulu devletin arazilerinde özel sektörün sağlık yapısı inşa etmesine izin verirse, sağlık hizmetleri dışı hizmetler özel sektör tarafından sağlanabilir. Bu KÖİ modeli Temmuz 2006’da yürürlüğe girmiştir. Başta sağlık bakanlığı olmak üzere KÖİ ile ilişkili birçok otorite “Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine, Maliye Bakanlığı, Özelleştirme İdaresi, kamu temsilcileri, sivil toplum kuruluşları vb.” mevzuat çalışmaları düzenlemiştir. Mevzuat oluşturduktan sonra yapılması planlanan sağlık kentleri Bakanlık tarafından kamuya tanıtılmıştır, diğer temsilcilerle istişareler yapılmıştır. Sonrasında Sağlık Bakanlığı 2006 yılında Kamu-Özel İşbirliği Daire Başkanlığı kurmuş ve personel istihdamı yapmıştır (Çelik, 2011).

Son yıllarda, kamu kuruluşları ihtiyaç duyulan hizmet ve projelerin geleneksel metotlarla gerçekleştirilmesinin ve finanse edilmesinin yeterli etkinlikte olmadığını fark etmişlerdir. Ayrıca birçok devlet kurumu proje geliştirme ve uygulama sürecini daha uzun sürede tamamlarken, özel sektör bu süreyi oldukça kısaltabilmektedir. Bu da KÖİ’ye yönelmenin önemli nedenlerinden birisini oluşturmaktadır (Stainback, 2000).

Yukarıda kısaca neoliberal politikaların uygulanması ile kamu özel işbirlikleri arasındaki ilişki özetlenmiştir.

1.2. Kamu Özel İşbirliğine Genel Bakış

1.2.1. Kamu Özel İşbirliği Kavramı

KÖİ, kamu hizmetlerinin klasik şekilde devlet tekelinde yapılması ile bütün hizmet teminini özel kesim vasıtasıyla gerçekleştirilmesi arasında yer alan, devletin ve özel kesimin işbirliğini ihtiva eden bir üst kavramdır. Ayrıca kamunun ihtiyacına yönelik hizmetlerin sağlanması amacıyla devlet ile özel sektörün arasında yapılan ve ortaya çıkabilecek risklerin paylaşıldığı işbirlikleri olarak tanımlanabilmektedir (Tekin, 2008).

KÖİ kavramı otoriteler tarafından farklı özellikleri ile çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Ulusal düzeyde yapılan ilk tanımlama, daha sonra Kalkınma Bakanlığı olarak yeni bir kurumsal kimlik kazanan Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2007 yılında başlattığı KÖİ çerçeve kanun çalışmasında yer almıştır. Bu tanımlamaya göre KÖİ, bir sözleşmeye müstenit olarak, investisman ve hizmetlerin tasarıya ilişkin maliyet, riziko ve kazançlarının kamu ve özel kısım arasında paylaşılmasını öngören anlaşmalar şeklinde dile getirilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

KÖİ, taraflardan minimum bir tanesinin kamu kurumu olduğu iki veya ikiden fazla tarafın katılımıyla kurulmakta ve taraflara örgütsel mecburiyet yüklemektedir. KÖİ'lerde tarafların sözleşme temelli geliştirdikleri işbirliğine dayalı bir süreç yönetimi hedeflenmekte; mali, iktisadi, içtimai ve çevreyle ilgili sonuçlara yönelik rizikolar, sorumluluklar, kazançlar ve maliyetler paylaşılmaktadır (Boz, 2013; 293).

Dünya Bankası'na göre, KÖİ'lerin uluslararası kabul görmüş standart bir tanımı yoktur. KÖİ terimi kamusal ve özel sektör kuruluşları arasındaki anlaşma türlerini geniş bir yelpazede tanımlamak için kullanılır. Genel anlamda KÖİ, kamu kuruluşu ve özel kurum arasında, kamu hizmetlerini sağlamak için özel sektörün önemli riskleri ve yönetim sorumluluğunu taşıdığı uzun dönemli bir sözleşmedir (World Bank, 2016).

Ekonomik İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) ise; devletle bir veya daha fazla özel sektör oyuncusunun bir araya gelerek, tarafların beklentileri çerçevesinde karşılıklı uzlaşma sağlanması olarak belirtmektedir. Ayrıca, bu tanımda hizmet başarısının özel sektörün üstleneceği risklere bağlı olduğu vurgulanmaktadır (OECD, 2012).

Avrupa Komisyonu (Commission of the European Communities), işbirliğini iki veya daha fazla tarafın ortak yararlarının bulunduğu, paylaşılan/uyumlu bir amaç etrafında

birlikte çalışmak üzere anlaştıkları yetki-sorumluluk, risk-yükümlülük paylaşımının olduğu düzenleme olarak tanımlamıştır (EC, 2003).

Asya Kalkınma Bankası KÖİ'yi şöyle tanımlamaktadır: “KÖİ terimi kamu ve özel kesim kurumları arasında altyapı ile diğer hizmetler bağlamında kurulan bir dizi ilişkiyi tanımlar (Llanto, 2016).

Birleşmiş Milletler 'in “Guidebook on Promoting Good Governance in PPP” isimli kitapta vermiş olduğu tanım şu şekildedir: “Kamu kesiminin, projeleri zamanında ve bütçesine uygun olarak teslim etmek için sermayesini ve yeteneğini ortaya koyan özel sektör ile anlaşma yapmak için kullandığı inovatif yöntemlerdir. Kamu sektörü, hizmetleri halka fayda sağlayacak bir şekilde kamuoyuna sunma, ekonomik gelişme ve yaşam kalitesinde bir iyileşme sağlama sorumluluğunu sürdürür” (United Nations, 2008).

Kamu veya kamuya ait bir kuruluş ile özel sektör arasında olan, özel sektörün kamu hizmetlerini finanse ederek teslim ettiği ve risklerin paylaşıldığı uzun dönemli sözleşme” olarak tanımlamaktadır. KÖİ'nin tanımında dikkat edilmesi gereken en önemli husus modelin özelleştirme uygulaması olmamasıdır. Ayrıca, özelleştirme kamunun yapmakla mükellef olduğu hizmetler için bir dış finansman aracı olarak tanımlamakta KÖİ'nin kapsamını oldukça daraltmaktadır (Uysal, 2017).

KÖİ kavramı özelleştirmeden ziyade daha eski bir kavram olan “imtiyaz” kelimesine daha yakındır. Özelleştirmede kamuya ait bir kurumun el değiştirmesi söz konusudur. İmtiyazda ise kamu hizmetlerinin özel sektör, kurum ve kişilerine gördürülmesi söz konusudur. KÖİ'nin farklı isimlendirmeleri bulunması karşın temel amaçlar aynı kalmakta, yapılacak işlemin kapsam ve niteliği ile rizikoların taraf olanlar arasında nasıl ve ne nispette paylaşılacağı, finansmanın kim tarafından sağlanacağı ise kavramlar arasındaki farkı oluşturmaktadır (Uz, 2007).

KÖİ'ler, özel kesimin klasik bir şekilde devlet eliyle sağlanan altyapı mevcudunu ve altyapıya dair hizmetleri sağladığı düzenlemeleri ifade eder. KÖİ'ler çok türlü iktisadi ve sosyal altyapı tasarıları için kullanılabilen, çoğunlukla ise tüm ulaşım türleri, cezaevleri, su arıtma tesisleri, hastaneler, okullar inşa etmek ve işletmek amacıyla kullanılırlar (Hemming 2006). Özellikle 2000'li yılların başında KÖİ çerçevesinde gerçekleşen projeler daha geniş bir uygulama alanı bulmuş hatta bu alanda AB komisyonu tarafından çeşitli çalışmalar yapılmıştır. KÖİ'ye olan ilginin artması sonucu,

Avrupa Komisyonu hukuki çerçevenin belirlenmesi, geliştirilmesi, tamamlanması amacıyla 2004 yılında Yeşil Kitap (Green Paper) yayınlamıştır (Uz, 2007).

İdare tarafından yapılan klasik kamu alım ihalesi yönteminde, kamunun ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetler doğrudan kamu bütçesinden ödenerek temin edilmektedir. Devlet, altyapı yatırımına ait projeyi tasarlar, parçalara ilişkin ihale sürecini başlatır, inşasını denetler ve tesisin tamamlanmasından ve ödemenin gerçekleşmesinden sonra kamu idaresi, tesisin işletme ve yönetim sorumluluğunu eline alır. Özelleştirme yönteminde ise mülkiyeti ve yönetimi kamuya ait olan tesis/yatırımın hem mülkiyeti hem de işletmesi özel sektöre devredilmektedir (Orkunoğlu, 2010; Şahin ve Uysal, 2008). KÖİ modeli özelleştirme ve klasik kamu ihale yöntemleri arasında bir uygulama şekli olup devlet ile özel kesimin maliyet riskinin paylaşımını öngörür (Eligüzeloğlu, 2012).

KÖİ’lerde uygulamalarında ortakların işbirliği sadece inşaat aşamasında değil aynı zamanda işletmenin özel sektör kişisi tarafından işletilmesi kısmında da süreklilik arz eder. Özel kesim temsilcisinin hangi hizmetleri üstleneceği niteliğe ve kamunun bu konudaki tutumuna bağlı olarak anlaşmalar yapılmaktadır. Kamunun sorumluluk alanı genel olarak denetleyici rolüne bürünerek aynı zamanda kamunun çıkarlarının korunmasını sağlamaktır. Kamu hizmetlerinin nitelikli ve sürekli olarak sunulmasında asil sorumluluk devlete aittir. KÖİ ile yapılan anlaşma neticesinde özel kesime faaliyette bulunduğu hizmetlerin karşılığı olan ve sözleşmeyle belirlenen ücret, kamu tarafından veya hizmetten yararlanan vatandaşlar tarafından karşılanmaktadır. Ücret karşılığında faaliyet gösteren ulaşım hizmetlerinde olduğu gibi, buraların imtiyazını alan özel kesim temsilcisi, doğrudan hizmetin nihai tüketicisi olan halka hizmeti satarken, hizmet alan vatandaşlar da işletmeciye bunun karşılığı olan kullanım ücretini öder. Kullanım ücretini her zaman vatandaş ödemeyebilir, bazı durumlarda kamu hizmeti karşılığında devlet bizzat kendisi de ödeme yapabilmektedir. Örneğin, hapishane, okul gibi bazı hizmetleri KÖİ ile üretilebilir. Bahse konu durumlarda hizmet karşılığı kamu kurumunun kendi bütçesinden veya hazineden karşılanır (Uysal, 2018; 39).

KÖİ ifadesi dünyada farklı ülkelerde ve bölgelerde farklı isimlerle kullanılabilir. “Kamu Özel İşbirliği” ifadesiyle ilgili yaşanan anlam karmaşasını bertaraf etmek adına KÖİ faaliyetlerinde kullanılan farklı isimleri belirtmekte fayda vardır. Bahse konu isimlerden ilki olan ve orijinal adı “Private Participation in Infrastructure” (Altyapıda

Özel Sektör Katılımı) olan uygulamadır. Bu ifade Dünya Bankası tarafından KÖİ kavramının karşılığı olarak kullanılır. İkinci ifade “Private-Sector Participation” (Özel Sektörün Katılımı) bu kullanım ise “Development Banking” yani Kalkınma Bankacılığı alanında kullanılır (Yescombe, 2007).

Bir taraftan özel kesim temsilcisi ile devlet yönetim kurumları arasında yapılan KÖİ anlaşmalarının ortaklık olarak mı yoksa işbirliği olarak mı ifade edilmesi gerektiği konusunda fikir birliği yoktur. Literatürde çeşitli gerekçelerle “Kamu/Özel İşbirliği”, “Kamu/Özel Ortaklığı”, “Kamu/Özel Sektör İşbirliği”, “Kamu-Özel Sektör Ortaklığı” gibi ifadeler kullanılmaktadır. İşte kavramların tümü “Public-Private Partnership” olarak bilinen kavramı ifade etmek için kullanılmaktadır (Şahin ve Uysal, 2008).

Ortaklık ve işbirliği kelimeleri etimolojik olarak incelendiğinde Türk Dil Kurumuna göre ortaklık “İki veya ikiden çok kimsenin eylem yaparak hasılat elde etmek için ittifak yapmalarıdır”. İşbirliği ise “Amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Terimin Türkçe ’ye “ortaklık” ve “işbirliği” gibi iki değişik biçimde çeviri edilebilen son bölümü için, işbirliğinin ortaklığı ihtiva eden bir ciheti olduğu, ortaklık haricinde kalan işbirliği metotlarının da bulunabileceği, tarafların beraberce faaliyet gösterme iradesini işbirliği kelimesinin karşıladığı kanaati ile KÖİ teriminin kullanılmasının daha makul bir tutum olacağı belirtilmiştir. Nitekim en geniş yargı terimin “işbirliği” olarak tercüme edilmesi yönündedir (Keçeligil, 2018).

Bahse konu işbirliğinde özel yatırımcının amacının her daim kâr elde etmek olmasına karşın kamu kurumunun asıl amacı kamu faaliyetlerinin sağlanması ve dolayısıyla da vatandaşın yararidir. Kalkınma Bakanlığı (KB) 2012 raporunda KÖİ isimlendirilirken yine birçok tanımlama da olduğu gibi ortaklık ifadesini kullanmak yerine işbirliği kavramı tercih edilmiştir. Bahse konu tanımlamaya göre KÖİ bir sözleşmeye dayanan yatırım ve faaliyetlerdir. Projeye ilişkin yatırım ve faaliyetlerin finansmanı, hizmetlerin arzı ve projenin rizikosu özel işletme ve devlet arasında her türlü konuda işbirlik oluşturulması yoluyla gerçekleşmesidir (Kalkınma Bakanlığı, 2012). Bu nedenden dolayı bu çalışmada “Kamu-Özel İşbirliği” ifadesi kullanılmıştır.

1.2.2. Kamu Özel Ortaklığı Tarihsel Gelişimi

Kamu hizmetlerinin özel kesim vasıtasıyla yürütülmesi çok eski yıllara kadar uzanmakta olup, ilk olarak Romalılar tarafından tatbik edildiği bilinmektedir. Roma

zamanında hamam, gemi limanı, alışveriş yeri gibi halkın ortak gereksinime hizmette bulunan amme hizmetleri devlet ile özel hukuk kişileri arasında uyulama alanı bulan imtiyaz sözleşmeleri ile icra edilmiştir (Tülüçeoğlu ve Altan, 2017; 61).

İspanya-İngiltere (1585–1603) savaşı sonrası paralı askerlerin kullanımı, 18. yüzyıl İngiltere’inde sokak lambalarının temizlik ve bakım faaliyetlerinin özel şahıs şirketleri tarafından icra edilmesi, Çin İmparatorluğundaki devlet ve özel girişimcilerin beraber maden aramalarını KÖİ’lerin tarihteki örnekleri olarak sunmaktadır (Wettenhall, 2005). İngiltere’de bilhassa sanayi devriminin başlamasıyla kanal ve raylı sistem tasarıları ile KÖİ projeleri artış göstermiştir. Lakin bahse konu dönemin sonunda Avrupa’da ortaya çıkan iktisadi buhran ile bu sektörde faaliyet gösteren birçok özel kesim girişimcisi iflas etmiştir (Tekin, 2007). İngiltere’de, 1660’lı yıllarda yol yapım için özel sektör ile birlikte çalıştığı görülmektedir. Fransa’da Perrier firması 1782 yılında Paris’in büyük bir kesimine su dağıtımını için imtiyaz hakkı almış fakat Fransız Devrimi projenin gerçekleşmesini engellemiştir. Endüstri devrimi kanal ve demiryolu projelerine ağırlık verilmesine katkı sağlamış ve İngiltere KÖİ’de zirvedeki yerini almıştır. 1869 yılında tamamlanan Süveyş Kanalı projesi de kamunun sermayedar pozisyonunda olduğu bir kamu özel işbirliğidir.

Ülkemizde KÖİ’ye yönelik faaliyetler Osmanlı Devleti yıllarına değin uzanmakta olup, amme hizmetiyle ilgili imtiyazlar 1910 tarihinde “Menafi Umimiyeye Müteallik İmtiyazat”ına dair yasayla kanuni bir konuma kavuşturulmuştur. Adı geçen yasa halen uygulamadadır ve umumi olarak amme hizmeti imtiyaz usulünün kanuni çerçevesini oluşturmaktadır. Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında, ardı ardına savaşlardan çıkan ülkede kalan kaynaklar yok olmuş ya da yabancıların eline geçmiştir. Bu dönemde kit olan kaynaklarla ‘Devletçilik’ ilkesine dayanan ekonomik ve yönetsel yapılar tercih edildiğinden, yapılan kamusal hizmetler bu yöntemle göre uygulamaya geçirilmiştir. Bu nedenle büyük projelere adım atabilecek yeterli özel sektör sermayesi olmadığından KÖİ’nin gelişmesi için yeterli imkân ve ortam oluşmamıştır. Bütün dünyada etkili olan sosyal devlet anlayışı, 1970’li yıllarda başlayan yeni liberal akımın ortaya çıkışına değin devlet merkezli yönetim sistemi benimsenmiştir. 1980’li çok uluslu şirketlerden alınan kredilerin külfeti, devlet bütçesindeki açıklar, gelişmiş ülkelerdeki ekonomik değişimin çevre ülkelere de yansması, kamunun nitelikli talebi gibi etkenler özel kesimin yolunu açmıştır (Yerlikaya, 2014).

Türkiye’de 1980’li yıllarda ülke popülasyonunun büyük bir kesimi köylerden şehirlere göç etmeye başlamasıyla, altyapıya duyulan gereksinim artışına karşın devletin bu gereksinimi karşılamada yetersiz kalması KÖİ’ye yönelişin temel sebebi olduğu söylenebilir. Türkiye’de Özal yönetimi ile ortaya çıkan özelleştirme tasarısına müteveccih ilk yasal organizasyon, 1984 yılında ortaya koyulan ve kamu ekonomi girişimleri ile bunlara ilişkin tesislere, hisse senedi ihracı yöntemiyle gerçek ve tüzel kişilerin hissedar edilebilmesine ve bahse konu tesislerin yürütme hakkının belirli sürelerle devredilmesine imkan tanıyan 2983 sayılı Yasa ile getirilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012).

KÖİ tasarılarının ülkemizde en bilindik numunesi olan Yap/İşlet/Devret (YİD)’in kanunda yer alan tanımlamasına göre; YİD, “08.06.1994 tarihinde onaylanıp yürürlüğe giren 3996 sayılı Yasa’ nın 3.a maddesi” ile ilk kez gelişmiş teknoloji ve fazla maddi sermaye ihtiyacı gerektiren tasarıların gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir ekonomi modeli olup yatırım ücretinin işletmeye, işletmenin yürütme mühleti içerisinde ürettiği mal/hizmetin idare veya hizmetten faydalananlarca satın alınması yoluyla tediyesi şeklinde tanımlanmıştır. Bu yöntemle, firmaların karlılıklarını yükseltmek amacıyla potansiyel müşterileri kamu kanalıyla; maliyet, planlama, inşa ve işletme gibi tek çatı altında toplu sunum ortaya çıkmaktadır. Bu özel kesim için daha karmaşık ve rizikolu bir yapı meydana getirmesine karşın, aynı zamanda daha büyük karlılık potansiyeli anlamına da gelmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012).

1.3. Kamu Özel İşbirliği Özellikleri

Literatüre göre farklı modelleri ile birçok sektörde uygulama alanı bulan KÖİ’nin genel özellikleri şöyledir (Hemming, 2006; Yescombe, 2007; Tekin, 2008; Şahin ve Uysal, 2008; Burger, 2009);

- Bir KÖİ uygulaması en az iki taraftan oluşan bir sözleşmedir ve taraflardan en az bir tanesini kamu kuruluşu oluşturur,
- İşbirliğinde aktörler karşılıklı etkileşim halindedir, ilişki süreklilik arz eder ve katılımcıların her biri projeye bir değer katar,
- KÖİ sözleşmelerinde işbirliğine ait sonuçların riskleri ve sorumlulukları tek bir tarafa mal edilmez, taraflar arasında paylaşılır,

- Çeşitli kurallar çerçevesinde her bir işbirlikçiye güven sağlayan bir anlaşma olması, KÖİ'nin temelidir.
- KÖİ sözleşmeleri farklı sektörleri tek bir çatıda toplayan bir politika ortaya koyarak onları koordine eder, uzun dönemli ekonomik ve sosyal hizmetler sunar.
- Özel sektörün devreye girmesi, devletin kamu hizmetlerini üretme ve işletme de üstlendiği risklerin minimizasyonu sağlanır.
- Kamu kesimi projeyi ve riskleri ortaya koyarken özel sektör ise projenin başarılı olması için en iyi çözümü bulma sorumluluğunu üstlenir.
- Kamu sektörü talep edilen hizmeti, tasarı süresi boyunca gerekli standarda elverişli bir biçimde arz edecek bir süreç oluşturur.
- Kamu ile özel kesim arasında karşıtlığa değil, işbirliğine dayanan bir ilişki kurulur. Böylece KÖİ ile hizmetten yararlanan, hizmeti ve finansman sağlayanların çıkarları ortak bir paydada birleştirilir.
- Alanında uzman, eğitilmiş özel sektör personeli ile mal/hizmetin kamuya istikrarlı ve kaliteli biçimde sunulması sağlanır.
- KÖİ çoğunlukla yüksek kaynak gerektiren büyük projeler için kullanılır, en önemli özelliği ise yüksek maliyetli projelerin finansmanın özel kesim tarafından temininin sağlanmasıdır.
- KÖİ'de sunulan mal/hizmetin uygun bedellerle, kesintiye uğramadan olarak belirli bir kalite ve miktarda takdim edilmesi devlet tarafından güvenceye alınır.
- KÖİ sözleşmeleri genellikle uzun vadeli sözleşmeler olarak yapılandırılır.
- Bu paradigmanda devletin asıl görevi teşkilatlanmayı sağlamak ve denetim görevini yerine getirmektir, böylelikle devlet projede tüm sözleşme süresi boyunca etkin rol alır.
- KÖİ'de ortakların görev ve faaliyetlerin tanımını yapmak için ayrı bir kurumsal işbirliği yapısı kurulur.
- KÖİ sözleşme süresi boyunca hizmetten faydalananlar özel kesim işletmecisine ödeme yapmak zorundadır.
- KÖİ sözleşme süreci hem inşa dönemini hem de işletme dönemini de kapsar ve sözleşme sonunda çoğunlukla tesis kamuya bırakılır.
- Her bir taraf KÖİ'de kendi namına hüküm verme yetkisine sahiptir.

- Kamu kesimi, özel kesimin önerilerini aldıktan sonra, siyasi hükümler üzerinde teftiş hakkına haiz olmalıdır.

Ayrıca Avrupa Komisyonu'nun 2004'te yayımladığı Green Paper (Yeşil Kitap) isimli kitapta KÖİ nitelendirilmesi yapılmış, genel spesiyalitesi şu şekilde belirlenmiştir (EC, 2004);

- Tasavvur bir projenin ayrımlı safhalarında bir kamu ve bir veya birden fazla özel kesim ortağının işbirliğinin icap ettiği göreceli olarak uzun mühletli işbirliği ilişkisi KÖİ'nin umumi özelliğidir.
- Bir tasarının, kısmen özel kesim tarafından, kısmen de çeşitli mütenevvi aktörler arasında faaliyete geçecek karmaşık aranjman yolu ile finansman metodu KÖİ'nin diğer bir umumi özelliğidir.
- Tasarıların ekonomik operatörü olan kamu kesimi ortağı işbirlikçisi, temelde kamunun faydası, ortaya koyulan hizmetlerin niceliği ve fiyatlandırma politikasına odaklanır ve faaliyetlerin teftiş sorumluluğunu üstlenir.
- Kamu ile özel kurum arasındaki rizikoların dağılımında, maliyeti üstlenen kısım olan kamu işbirlikçisinden özel işbirlikçiye aktarılır. Fakat KÖİ özel kurumun tüm rizikosunu üstün alması gerektirmez.

1.4. Kamu Özel İşbirliği Uygulama Modelleri

Yüksek maliyet ve uzun süreç gerektiren projeleri gerçekleştirmek için, özel sektör çeşitli KÖİ modellerinden faydalanmaktadır. KÖİ uygulanmasından bu yana problemlere etkin çözümler bulmak üzere finans mühendisleri/profesyonelleri çeşitli modeller üretmiştir (Teker, 2008). Farklı KÖİ modellerinin ortaya çıkmasının temel nedenleri projenin türüne, ihtiyaca ve uygulama sektörüne göre değişmesidir (Boz, 2013). Bu durum modellerin standardizasyonu zorlaştırmaktadır. Uluslar ihtiyaçlarına ve projelerin özelliklerine göre bir model oluşturmaktadır ya da kullanmaktadır (Genç ve Erturuğl, 2007).

KÖİ' de sıklıkla tercih edilen bazı modelleri şunlardır;

1.4.1. Yap- İşlet Modeli (Yİ)

KÖİ'nin aktörleri arasında imzalanan sözleşme ile bir yatırımın planlandığı, özel sektörün yapım-işletim maliyetini üstlendiği, sözleşme bittikten sonrada işletmenin kullanım haklarının ve mülkiyetinin özel kesim temsilcisinde kaldığı modeldir.

Türkiye’de Yİ modeliyle elektrik enerjisi üretmek amacıyla tesis inşa edilmesi ve işletilmesi ayrıca halka elektrik enerji satışının tertip edilmesine dair kanun 1997 yılında 4283 sayılı yasa ile şekillenmiştir (Kerman ve ark., 2012;10).

1.4.2. Yap- Kirala- Devret Modeli (YKD)

Özel sektör ve kamunun karşılıklı yaptığı bir anlaşmayla kamusal hizmete özgü yapının/tesisın tasarlanması, finansmanı ve inşa edilmesi faaliyetlerinin taahhüdünün özel sektörde olması olarak tanımlanabilir. Modelde en önemli nokta işletmecinin sözleşme ile yapının/tesisın sahibi konumunda olması, işletme tarafından yapının kamuya kiralanması ve sözleşme süresi bitiminde ise mülkiyetin idareye geçmesidir. Ek olarak özel sektör paydaşı bu tesislerdeki bazı hizmet alanlarının işletmesini üstlenebilmektedir (Kerman ve ark., 2012). Belirlenen müddet süresince tamamlanan yapı kamuya kiralanır ve sözleşme süresinin bitimiyle mülkiyet kamuya geçmiş olur. Yapının kamuya kiralama süresi 49 seneyi geçmeyecek şekilde düzenlenir. Bahse konu modelin faaliyet alanı bilhassa sağlık sektöründe hastane projelerinin inşasında ve sosyal barınma yeri olarak da yurt inşasında kullanılmaktadır (Ersöz, 2010; 132).

1.4.3. Yap-Devret-İşlet Modeli (YDİ)

Bu modelde kamu projesinin finansmanı özel girişimci tarafından sağlanır ve tesis inşa edilir, sonrasında iyeliğini ilişkili kamu kurumuna devreder ve bu aktarımdan sonra ilgili idare tesisi yapan işletmeciye uzun süreli olarak kiralamaktadır. Özel girişimci tesisten elde ettiği ticari kazancıyla idareye kirasını öderken aynı zamanda yatırım maliyetini karşılar ve ticari kar elde etmektedir. YDİ modeli özellikle Güneydoğu Asya ülkelerinde telekomünikasyon faaliyetlerinde uygulanmaktadır (Güney, 2005).

1.4.4. Yap-Sahip Ol-İşlet Modeli (YSİ)

Bu modelde projenin limitsiz finansmanı, projenin yapımı, işletilmesi ve mülkiyeti özel sektöre devredilir (Şahin ve Uysal, 2008). Mülkiyetin bir nevi özel kesime devrini konu alan bu modelin en önemli hususiyeti, kamu kesiminin özellikle fiyatlandırma konusunda olmak üzere eklemiş olduğu birtakım kuralların özel kesim müteşebbisini bağlayıcı nitelikte olmamasıdır. Ayrıca aktörler arasında yapılan anlaşmanın süre belirtmeden yapılması özel işletmecinin, kamu otoritesi tarafından belirlenen sınırlamalara ve yükümlülüklerle karşı çıkmamaktadır. YSİ modeli için Manş Tüneli örnek verilebilir (Güney, 2005).

1.4.5. Yap-Devret Modeli (YD)

Bu modelde kamu idaresi, özel kesim ile birlikte işbirliği yapılan projenin tasarım ve inşa basamaklarında nitelik ve maliyet için başarı kriterini değerlendirmek maksadıyla özel kesim girişim ve faaliyetlerini denetler. Tasarımın inşası tamamlandığında, mülk işletilmek üzere kamuya devri sağlanır. Bahse konu model, varlığın kamu idaresinde kalmasından yana olup, kar elde etme güdüsüyle hareket eden özel kesimin maliyeti asgari seviyede tutabilme yönteminden, tecrübesinden ve eksperliğinden faydalanmayı hedeflemektedir. Kamu kesimi bu model ile proje rizikosunu özel kesim temsilcisine devreder. Aynı zamanda kamu kesiminin projenin tasarımı ve şartnamenin belirlenmesi hususunda özel kesime temsilcisine danışması, inşa edilen mülkün nitelikli olmasını ve projenin en asgari sürede tamamlanmasını sağlamaktadır (Teker, 2008).

1.4.6. Yap-Sahip Ol-İşlet-Devret Modeli (YSİD)

Bu modelde franchise sözleşmesi ile özel sektör girişimci tesisi tasarlar, projenin finansmanı için gerekli kaynağı sağlayarak inşaatı yapar, sahiplenir ve işletir. Bu anlaşmada belirtilen mühletin sonunda varlığın mülkiyetinin kamu kesimine aktarılmasıdır. Sözleşmede yer alan himaye ve işletme zamanı sonunda, özel sektör girişimcisi bu yapıyı kamuya devreder. YSİD modeli, genellikle gelişmekte olan ülkelerde makro bütçeli köprü, baraj, yol vb. projelerinde kullanılmaktadır (Teker, 2008).

1.4.7. Yap-İşlet-Devret Modeli (YİD)

Bu kapsamda gerçekleştirilen projeler, yüksek miktarda sermaye ve ileri teknoloji gerektirdiğinden iktisadi kalkınmalarını sağlamak maksadıyla umumi olarak gelişmekte olan ülkeler tarafından kullanım alanı bulmaktadır. Zira bahse konu projeler devlet bütçelerine çok ciddi anlamda külfet getirmekle birlikte büyük bütçe açıklarına da sebebiyet verebilmektedirler. Böylece bütçenin kısılması neticesinde tasarıların çok geç müddette tamamlanmasına veya uzun senelere yayılmasına dolayısıyla da maliyetleri daha da artırmasına ve hizmetten beklenen kaliteyi düşürmesine sebebiyet vermektedir. Yaşanılan bu olumsuzluklardan dolayı devletler, özel kesim kaynak ve fonlarından faydalanmak amacıyla bu alanda faaliyete girişmektedir. Ayrıca yerli finansörlerin yanı sıra yabancı sermayeli finansörlerin de katılımı amaçlanmaktadır (Güngör, 2012).

İşletme, sözleşme süresi bitiminde her türlü vecibe ve taahhütten arındırılmış, bayındır, işler ve etkin durumda idareye aktarılmaktadır. YİD projelerinde mali yük tamamen özel sektöre devredilir. Bununla birlikte idare sözleşmeye göre belli bir ödeme garantisi verebilmektedir. Yatırım kapsamına giren konularda idarenin teftiş hakkı bulunmaktadır (Özkan ve Uçar, 2008; Akıllı, 2013).

YİD modelinin ilk ve en bilinen uluslararası numunesi Süveyş Kanalı'dır. Türkiye'de YİD modeli ile ilgili yapılan çalışmalar, bu modelin Türkiye için büyük bir önem arz ettiğini göstermektedir. Türkiye'de Birecik Barajı, İstanbul Atatürk Havalimanı ve birçok altyapı yatırım projesi bu model kapsamında yapılmıştır (Güney, 2005).

1.4.8. Yap-Kirala-İşlet-Devret Modeli (YKİD)

YKİD modeli, özel paydaşın tasarımın planını yaptığı, finansmanını temin ettiği ve tesisi kamuya ait arazi kiralanarak üzerine inşaatını yaptığı bir KÖİ modelidir. Özel paydaş, kira mühleti süresince tesisi işletir ve belirtilen süre bitiminde arazinin sahibi olan kamu idaresine devreder. Başka deyişle YKİD modeli, özel kesim işletmesinin bir franchise sözleşmesiyle bir faaliyeti kira ödeme karşılığında tasarımını, finansmanını, inşasını ve işletme tarafından yürütülmesini ifade etmektedir (United Nations, 2008). YKİD modeli, özel kesimi temsilcisinin tesisin inşasını yaparak kamuya aktardığı, ardından kamuya aktardığı bahse konu tesisi belirli bir süreliğine kamudan kiraladığı, işlettiği ve belirlenen kiralama müddeti sonunda tekrardan kamuya devrettiği model olarak da tanımlanabilir. Bu model, iyeliğin kamu sektöründe kalması gerektiği ideasına dayanmaktadır (Teker, 2008). Aksi neticede mülkü elinde bulunduran işletmecinin bu sektördeki faaliyetlerine aşırı kâr kazancı ilave edilmesi, mal/hizmet ederlerini fazlalaştıracağından, kişilerin arzlarının olumsuz etkilenmesi söz konusu olacaktır (Acartürk ve Keskin, 2012).

1.4.9. Kirala-Yap-İşlet Modeli (KYİ)

Model, ilk olarak özel kesim temsilcisi ile kamu arasında uzun müddetli bir kiralama anlaşması yaparak, bir altyapı yatırımının faaliyete sokulmasıdır. Özel kesim paydaşları öncelikle ihalesini almış bu icraat karşılığında idareye bir kira bedeli ödemesi yapar, ardından işletmeye özel kesim tarafından yatırım yapılır ve kullanılır. Bahse konu şekilde harekette bulunan özel kesim temsilcisi, takdim etmiş olduğu faaliyetlerin bedelini hizmet istifade edicilerinden sağlamaktadır. Bu modelin en büyük faydası,

varlığın kamu idaresinde kalmasıdır. Bunun sonucunda öncesinde kamu idaresinin finanse ettiği hizmetlerin özel kesime bırakılmasından dolayı ortaya çıkabilecek hukuki problemlerden doğabilecek rizikolar ortadan kalkmaktadır (Güney, 2011).

1.4.10. Tasarla-Yap Modeli (TY)

TY modeli, proje sahibi ile tasarlayıcı ekip tarafından oluşturulan, tek bir sözleşmenin çatısı altında yapı faaliyetlerini ve tasarlama işlemini sağlayan bir tasarı doğrulama metodudur. Bu model, ulusal ve uluslararası düzeyde alınan projeleri yüksek düzeyde nitelik ile sonuca vardırır ve teslim eder. TY modelinde özel kesim temsilcisi, genellikle standart bir fiyattan anahtar teslim sistemi ile kamu kesiminin başarı kriterlerini dikkate alarak, altyapıyı tasarlar ve inşasını gerçekleştirir. Böylelikle yüksek miktarlardaki maliyet rizikosu özel aktarılır (United Nations, 2008).

1.4.11. Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet Modeli (TYFİ)

Bahse konu metot da kamu idaresi ile özel temsilci arasında yapılan uzun vadeli bir kiralama kontratı karşılığında, özel temsilci yeni bir tesisin tasarısını hazırlar, inşasını yapar, maliyet finansmanını sağlar ve işletme hakkını alarak faaliyeti sürdürür. Özel kesimin bir kamusal hizmet için tüm aşamaları ve sorumluluğu üstlenmesidir. Bazı ülkelerde bahse konu model hem YİD modelini hem de YSİ modelini kapsamaktadır. Ayrıca bu modelde yeni tesislerin yanı sıra mevcut tesislerin düzenlenmesiyle de kullanılabilir. Bu model ile uygulanan projeler kamu hizmetlerine ait birçok fonksiyonun tek bir paket içinde özel ortağa verildiği projelerdir. Sözleşme müddeti sona erdiğinde belirlenen KÖİ modeline göre varlık kamuya geri devredilir ya da isteğe göre özel ortağın mülkiyeti olarak devam ettirilmektedir. Ayrıca, imtiyaz metodu bahse konu modelin en bilinen yöntemlerinden biridir (Deloitte, 2006).

Bir kamu varlığının veya hizmetinin bütün ayrıcalıklarıyla birlikte işletim hakkının özel kesim temsilcisine verilmesi karşılığında, şirketin varlık veya hizmeti tasarlaması, inşa etmesi, finansını sağlaması ve belli bir vadede işletilmesi imtiyaz yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu ayrıcalıklı haklar, genellikle özel kesim ortağının hizmetin birincil kullanıcılarından gelecek gelirleri toplayabilmesine müsaade etmesini ifade etmektedir (EC, 2003; Deloitte, 2006).

1.4.12. İşletme Hakkı Devri Modeli (İHD)

İHD modelinde en önemli husus uygulama yeni inşa edilecek bir tesise yönelik değil, mevcut olan tesislere yönelik bir modeldir. Bu özelliğiyle diğer modellere göre farklılık göstermektedir. Mevcut olan bir varlıktan söz edildiğinden dolayı tasarım, inşa ve finansman sağlama gibi safhalardan bahsedilmez. Model aracılığıyla yapılan şey var olan bu tesisin işletme hakkını özel sektöre vermektir. Özel kesim temsilcisinden gelir elde eden kamu idareleri, işletme hakkının devri için belirlenen müddetin sona ermesiyle, elinde bulunan varlığın mülkiyetini faaliyetlerini devam ettirir bir halde teslim alır. 4046 sayılı “Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun” bu modele yönelik oluşturulmuştur (Ersöz, 2010). KÖİ modeli genel olarak yapılabilişliğin planlanması ve değerlendirilmesi, ihaleye sokulması, yapımı ve işletimi aşamalarından oluşmaktadır (Morallos ve Amekudzi, 2008). Projenin maddi yükü, dizaynı, inşası genel hatlarıyla özel sektörün mesuliyetindedir. Kamu kısmı umumiyetle hizmetin kalitesinin denetlenmesinden sorumludur. Kamu tarafı projelerin alıcısı ve itilafların aktif organizatörüdür (Blanc-Blance-Brude ve Strange, 2007).

1.5. Kamu Özel İşbirliğı Uygulama Aşamaları

1.5.1. Müzakere Aşaması

KÖİ projelerinin komplikasyonların asgariye indirmek multidisipliner bir çalışma ve profesyonellik gerektirir. Planlanan projeleri etkin biçimde gerçekleştirebilmenin yolu süreci planlayan komitenin uzmanlığı ile ilişkilidir. Profesyonel ekibin oluşturulduğu, kişilerin görev ve sorumluluklarının belirlendiğı kısımdır (Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

Profesyonel ekip belirlendikten sonra yapılması öngörülen yapının ayrıntıları sistemli biçimde planlanır. Projenin her aşamasının dikkatli biçimde oluşturulması denetim, maliyet, süre ve işlevsellik gibi birçok nedenden dolayı zaruridir. Süreç boyunca ortaya çıkabilecek tüm değişkenlerin kontrol altına alınması, projenin sürdürülebilirliğı açısından önemlidir. KÖİ yapısını planlarken multidisipliner ekipteki her bir bireyin ya da danışmanın (mali ve teknik) alanında uzman olması elzemdir (Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

1.5.2. İhale Öncesi

Halihazırda yapılması planlanan yapılardan daha kapsamlı bir proje yapılması ihtimaline karşı, değerlendirme aşamasında projeler gözden geçirilir çeşitli yapı planları arasından seçim yapılır, projenin yapısı güçlendirilir. Bu yapı güçlendirme ve risk hesaplama eylemleri tüm süreç boyunca yapılır, risk dağılımı hakkında ek çalışmalara ve kararlara ihtiyaç duyulabilir. Riskler detaylı biçimde belirlenir, alınması gereken önlemler kontratta bulunmalıdır. KÖİ sözleşmesinin eskizini oluştururken, temel unsurların belirlenmesi önemlidir. Bu tüm sürecin temelini oluşturur. Ticari ve finansal çözümler yapılarak taahhütler belirlenir (Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

İhale yetkilileri yapılacak ihaleyi rekabetçi usul olarak planlamalıdır. İhalenin çeşitli prosedürleri, yalnızca KÖİ ile ilişkili değildir. Hizmet için hususi olan tüm metaların temini, bayındırlık ve hizmet anlaşmaları için de tasarlanmıştır. KÖİ ile ilgili tam ve kapsamlı hukuki çalışmalar yapılmamıştır. AB ve ulusal kanun düzenlemeleri otoriteler tarafından yapılmaktadır, ihale metotları belirlenmelidir (Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

İhalenin değerlendirilmesi ve öncelikli teklifin seçilmesinde temel amaç en ekonomik ve yararlı teklifin seçilmesi kilit nokta olmalıdır. KÖİ projesinin hak ediş şartları haksız ihale sürecine neden olmaması adına açıkça belirtilmelidir (EIB, 2016).

İhale görevlileri hangi projenin sermaye kısıtlaması olmadan uygulamaya değer olduğuna karar verir. Proje ayrıntıları yeterince net değil ise kabul edilebilir projeler uygulanmaz, amaç fonksiyonu temel alınır. Birbiri ile benzer ya da ilişkili projeler mukayese edilir, karar alıcı seçenekler arasından seçim yapar. Özel sektör paydaşının rolünün net olarak belirlenmesi projenin bekası açısından elzemdir. Tüm bu aşamalardan sonra ihaleye katılmayı talep eden şirketler mektup ile davet edilir. Mektuba KÖİ projesinin taslağı eklenmelidir (Şataf, 2011).

1.5.3. İhale Süreci

İhale sürecinde, ihale sorumlularının en fazla dikkat etmesi gereken husus projenin iyi tanımlanmış, faydacı, yenilikçi ve maddi değerini koruyan bir proje olmasıdır. İhale süreci objektif, nesnel ve şeffaf olmalıdır. Davet edilen şirketler, resmi olmalı ihalenin tüm prensiplerine uygun davranmalıdır. İhale sürecinin esas amacı, uzun dönem KÖİ projelerinde yarışmacı yapıyı ve yenilikçi düzenlemeleri sağlamak ve paranın değerinin korunmasına yardımcı olmaktır. İhale süresince, şeffaflığa ve eşit davranışa dikkat

edilmesi temel prensip edinilmelidir. Sürecin tüm aşamaları (tamamlanması gereken süre, teknik özellikler vb.) ihale prensibine uygun olmalı, teklifler zamanında değerlendirilmelidir. Kamunu ihale ilanına çıkması ile birlikte resmi ihale süreci başlar (). Tüm yetkililer proje boyunca Avrupa Birliği Resmi Gazetesi'nde yayınlanan bildirimlere uymak zorundadır. Bu bildirimler şirketlerce de takip edilmeli, sorgulanmalı ve kalitelerini geliştirmeliler. İhaleye katılanların şirketlerin yetkinliği anketlerle değerlendirilir olup olmadığı denetlenir. Uzmanların ve otoritelerin KÖİ ihale bildirimlerini ve ön yeterlilik anket taslaklarını hazırlaması standart bir uygulamadır (MOF, 2012; Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB 2016).

İhaleye katılan şirketler son elemeye, ortalama beşte bir oranında azaltılır. Tekliflerin elenmesi yetkililer ve danışmanlar için zaman alan bir süreçtir. Teklif ne kadar çok olursa, eleme yapma o kadar etkili olur. Kamu sektörü ihaleye katılan ve kaybeden adayları cesaretlendirmek için proje hazırlama aşamalarında yaptıkları masrafları karşılar. Son eleme için ön yeterlilik teklifleri de verilirken; proje için çalışacak olan kurulun iş aktivitelerini, finansal kaynak bilgilerini ve projeye dâhil olan personelin kalitesini açıklayan bilgiler verilir (EIB 2016).

İhale dokümanlarının hazırlanması genellikle ihalenin son aşamasında yapılır. İhale davet belgesi, ihaleye katılanların ihtiyaç duyacağı tüm bilgileri içermelidir. Danışmanların davetiye içeriğini özenle seçmesi, detaylarını en ince ayrıntısına kadar belirtmesi, KÖİ sözleşmesi imzalanmadan önce itiraz ve değişikliklere açık olması çok önemlidir (MOF, 2012; EIB, 2016).

AB temin yasaları altında, iletişim doğası ve seviyesi gereği temin prosedürüne göre ihaleye katılanların karar vermesine izin verilebilir. Faydayı en üst seviyede tutabilmek ve paranın değerini korumak için ihale sürecini iyi yönetmek gerekir. Örneğin; davetiye mektubunu gönderdikten kısa süre sonra teklif verenlerin sorularını yanıtlamak ve ilgili konuları açıklamak için konferans ve toplantıların düzenlenmesi, teklif verenlere tüm konularda detaylı bilgi ve belgelere erişebilecekleri “bilgi odaları” açılması gibi. Şartlar ve koşulları içeren protokol ile kurallar, teklif verenlerin rızasıyla interaktif olarak da sunulabilir. İnteraktif olarak sunulmasının amacı tekliflerin kalitesini arttırmak ve geliştirmektir (MOF, 2012; Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

Teklifler verildikten sonra, tercih edilen teklif incelemeye alınır. Tekliflerin ilk olarak şartlara uygun olup olmadığı denetlenir. Şöyle ki; ön değerlendirmede kaybetmiş olsa

bile teknik donanım olarak geliştirilebilir veya mali yapısı uygun ve teknik gerekleri sağlayabilecek konumda olanlar için çözümler üretilebilir. Hayata geçirilecek olan projelerin yönetimi ve uygulanabilirliği çok önemlidir. Çünkü ihale kurulu, şirketlerin ihalede yapmış oldukları tekliflerin, şirketlerin yetenekleri ile uyumlu olup olmadığını araştırır. Anahtar konu ise alternatif tekliflerin değerlendirileceği ve puanlanacağı ölçütlerin seçimidir. Bu puanlama ölçütleri, projeyi en iyi şekilde uygulayabilecek şirketin seçiminde kullanılır (Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

Bazen bir teklifçinin verdiği teklif yeterli olmasına rağmen yetkili, elenmiş olan birkaç teklifçiye de davetiye gönderir. Bu şekilde yapılan bir ihalede prosedürün kontrolü, tecrübe ve sürecin sorgulanması açısından önemlidir. Teklifçilerin ilgisi, istenen bilgiler ve belgeler yüzünden düşük olursa sürecin daha uygun şartlarda tekrarlanması gerekir. Verilen tekliflerde istenen düzeyde rekabete ulaşılamaz ise, en iyi çözüm ihaleyi olduğu haliyle devam ettirmektir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

1.5.4. Mutabakatta Sonuca Ulaşılması

KÖİ maliyeti, normalde tamamı, istisnai durumlarda bazı bölümleri, proje finansman anlaşmaları tarafından karşılanmaktadır. Mümkün olduğu sürece yetkili, teklifçilerin verdikleri teklif oranında finansal güvenliği tamamıyla sağlamaktadır. Bu mali sözleşmelerin ve mali sözleşmelerin yerini alacak olan anlaşmaların, KÖİ sözleşmesi imzalandıktan kısa süre sonra yetkili tarafından sonuca ulaştırılmaktadır. Mali piyasanın zor şartlarında tamamıyla kabul edilmiş mali paketleri ihale anında kabul etmek zor olabilir. Mali anlaşmalar, KÖİ sözleşmesi imzalandığında hemen sözleşmeye dâhil edilmez. Finansörler gücünü, KÖİ projesi ihale sürecindeki belirli piyasa ve projelerden alır. Yönetim son olarak, ihalecilerin tekliflerinde bulunan mali planlarını açıklanabilir bir şekilde yönetime teslim edilmesini ister. Bu mali planların içinde teklifçilerin borcu nereden, kimden aldıklarını, aldıkları borcu nerede kullanacaklarını ve KÖİ projesinin ana yapısını bozmadan yapacakları tasarımlar yer almalıdır. Teklifçiler bu mali planların yetkili yönetimce kabul edilmesini sağlamalıdır. Borç alınan şahıs veya birimler proje belgeleriyle ilgili detaylı incelemeler ve detaylı çalışmalar yapabilir, bazen de KÖİ sözleşmesinde bazı değişikliklerin yapılmasını isteyebilirler. Yetkililer, borç verenlerin KÖİ sözleşmesinde yapılmasını istedikleri değişikliklerin temin prosedürlerince özel ortağı korumak ve projenin sınırları dışına çıkılmaması için belirli bir sınırı olmasını sağlamaktadır (MOF, 2012; Kalkınma Bakanlığı, 2014; EIB, 2016).

1.6. Kamu Özel İşbirliğinin Avantajları ve Dezavantajları

Avantajları;

- KÖİ ile kamu hizmetleri maliyeti kamu kaynakları kullanılmadan gerçekleştirilir, devlet harcamaları azaltılır (Acartürk ve Keskin, 2012).
- KÖİ uygulamalarında, özel sektörün uzmanlığı ile yönetim ve uygulama verimliliği artar, performans olarak daha başarılı uygulama sonuçlarına ulaşılır.
- KÖİ uygulamalarında, teknolojinin etkin kullanımı, daha nitelikli hizmetlerin arz edilmesine katkı sağlar.
- KÖİ uygulamalarında endüstriyel gelişmelerin uygulanması ile kamu bütçeleri daha etkin kullanılır (United Nations, 2008).
- KÖİ uygulamalarındaki risklerin ortaklar arasında adil dağıtılması, fiyatlar, maliyetler ve tarifelerle alakalı risklerin karşılanmasında daha başarılı olmaktadır.
- Kamu ile özel kesimin uzmanlıklarının ortaklaşa net kurallar çerçevesinde uygun şekilde kullanımı daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (Nikolic ve Maikisch, 2006;11).
- KÖİ'nin uzun süredir kullanımı sonucunda işbirlikçiler daha tecrübeli hale gelmiştir. Bu nedenle, KÖİ uygulamalarındaki olumsuzluklar daha rahat aşılabilmektedir.
- Başta Avrupa Birliği olmak üzere kabul görmüş çeşitli otoriteler KÖİ'yi desteklemektedir. Avrupa Birliği kriterlerine göre, KÖİ yatırımlarının borcu, ülkenin borç stokunda gözükmemekte, bu durum ülkelerin borçluluk oranlarının düşmesine katkı sağlamaktadır (Aydın, 2012).
- KÖİ ile planlanan projeler çok daha kısa sürede tamamlanmakta, bu durum ekonominin canlandırılmasına yardımcı olurlar (Aydın, 2012). Bunun en mühim sebeplerinden biri, özel sektörün kamu idaresi tarafından zatına yapılacak ödemeleri hemen başlatabilmek için olası en asgari sürede projeyi sonuçlandırmak istemesidir (Khoshnood ve ark. 2015).
- KÖİ ile finansman şirketleri/bankalar tradisyonel bankacılık ve finansal faaliyetlerine ek olarak KÖİ tasarısına kaynak sağlamak maksadıyla gelir kaynaklarını çeşitli hale getirme ve daha rekabetçi sermayeler oluşturma olanağına sahiptirler.

- KÖİ modelinde, devletin hizmet sunumundan tamamen çekilmemesi ile sosyal devlet anlayışından ödün verilmemekte, yaşanabilecek olumsuzlukların önüne geçilmiş olmaktadır.
- KÖİ uygulamaları ile yapılan tesislerin sağladığı geniş imkanlar sonucunda, kamuya geniş bir hizmet seçeneği sağlanır.
- KÖİ her bir ortağın operasyon deneyimlerinin ve uzmanlık alanının faaliyete sokulması yoluyla hazır ve istikrarlı bir zemin meydana getirilmesine katkı sağlar (Kerman ve ark., 2012).
- Özel sektör daha çağdaş ve inovatif projeler tasarlamada ve yürütmeye başarılıdır, bu güncel yaklaşımların hizmete entegrasyonu daha fazladır.
- Kamu ödenekleri daha verimli değerlendirilir, işletmeciliğin kalitesi artar.
- KÖİ finansman da oluşabilecek riskler özel sektör tarafından üstlenilir, bu yatırımlar bilanço dışı gösterildiğinden, kamunu borçlanması azalır (Değertekin, 2010;28).
- KÖİ modelinde bir taraf çıkar elde ederken, diğer tarafın kazanç kaybettiği ya da iki cephenin de kaybettiği bir metot değildir, taraflar için kazan-kazan modelidir (Özkan ve Uçar, 2008).
- Özel kesim temsilcisinin öncelikle ilk amacı kazanç elde etmektir, bu nedenle yatırımların en asgari sürede en asgari kaynak maliyetiyle yapılması içi uğraşılır (Değertekin, 2010;29).
- Özel kesim temsilcisinin kaynak bulma da yaşadıkları sıkıntılar veya kamu kesiminin hizmet randımanı ve aktiflik konularındaki başarısızlıkları işbirliği sayesinde giderilebilmektedir (Mcquaid, 2000).

Dezavantajları;

- KÖİ yatırımları, geleneksel girişimlere oranla daha yüksek değerler karşılığında özel kesime ihale edilmektedir. KÖİ tesislerinde, özel sektörlere oldukça yüksek kullanım ücreti ödenmekte, bu durum süreçte kamunun zararına yol açabilmektedir (Hardcastle ve ark., 2005).
- KÖİ projeleri genellikle büyük ve karmaşıktır. Özel kesim temsilcisi, kamu idaresi, mali finansörler, lokal yönetimler ve finans danışmanlarının yer aldığı karmaşık müzakereler ve temaslarla yürüyen meşakkatli bir süreç söz konusudur (Nijkamp ve ark., 2002).

- KÖİ'nin nispeten yeni bir modeldir ve farklı uygulama alanlarında yeni teknik uygulamalar içerir, bahse konu nedenle pek çok ülke KÖİ konusunda istendik düzeyde yetkin değildir (Zhang, 2005).
- KÖİ projelerinin ve bütçelerinin büyük hacimli olması yapılabilecek bir hatanın telafisini de zorlaştırmaktadır. Bunun yanı sıra, KÖİ ile ilgili tecrübe, eğitim ve donanım yetersizliği söz konusu olduğunda KÖİ projelerinde aksamalar yaşanabilmektedir. Bu nedenle, işlemlerin yapımı çok uzun sürebilmekte, süreç yavaş ilerlemektedir (OECD, 2012).
- KÖİ'lerde özel kesim çalışanları ile kamu kesimi çalışanları arasında uygulama esnasında çatışmalar yaşanabilmektedir. Bunun da en önemli nedeni her iki taraf arasında bulunan bariz amaç farklılığıdır. Bu çıkar çatışması KÖİ faaliyetlerin de aksamalara ve koordinasyon bozukluklarına yol açabilmektedir (Hardcastle ve ark., 2005).
- KÖİ'nin en çok eleştiri alan kısmından biri olan ihale süreci ve inşa aşamaları yeteri kadar vatandaşa açık, şeffaf olmaması ve sırlarla kaplı bir uygulama gibi görünmesi nedeniyle bir dezavantaj oluşturmaktadır (Price, 2011; 290).
- Ülkelere ve projelerin türüne göre değişiklik göstermekle birlikte KÖİ sözleşmeleri çok uzun işbirliği süreleri içerebilmektedir. KÖİ tesisleri dönem sonunda her çeşit vecibe ve taahhütten arındırılmış temiz, bakımlı ve kullanılabilir vaziyette bedelsiz olarak kamu idaresine devrilmesi planlansa da uzun süreler sözleşme sonucu ile ilgili soru işaretleri doğurmaktadır (Karasu, 2011;254).
- KÖİ içerisinde birçok alt model barındırmakta ve birçok ülkede kendi ihtiyaçları dahilinde manipüle edilerek uygulanmaktadır. Bu nedenle küresel bir standardizasyon sağlanması zorlaşmaktadır, ülke KÖİ uygulamalarını amaç dışı yorumlayabilmektedir (Ismail, 2013).
- KÖİ projeleri genel olarak büyük çaplı ve oldukça yüksek hacimli projeler olması sebebiyle, yatırım maliyetine uluslararası finans kuruluşlarının katılması veya özel kesime destek olması oldukça önemlidir. Ülkenin ekonomik ve siyasi durumu bahse konu dış finansörlerin ve yatırımcıların çekineceği bir durumda ise, KÖİ projeleri için gerekli finansman kaynağını bulmak zor olmaktadır (World Bank, 2017).

- Karmaşık sözleşme ve uzun ihale süreçleri nedeniyle sözleşme tasarımında, risklerin dağılımında veya diğer esaslı noktalarda yapılan kusurlar uzun vadeli olan bahse konu modelde vahim sorunlara yol açabilmektedir. Kamu kesiminde yeterli deneyimin olmaması riski artırabilmektedir.
- Özel kesim temsilcisinin yatırım amacıyla borçlanması, kamu idaresinin borçlanmasına nazaran kaynak maliyetini daha da artırmaktadır. Özel kesim temsilcisinin iflas etme riski planlanan projelerin aksamasına yol açmaktadır. Ayrıca özel kesime bağımlılığın artması, özel kesimin bu bağımlılığı kötüye kullanım riskine neden olabilmektedir yol açabilir. (Tekin, 2008).
- Proje tasarımı veya projenin amacında kamunun değişiklik talep etmesi halinde, proje üstlenicisi olan özel kesim temsilcisi bu talebi reddedebilir (Grimsey ve Lewis, 2004).
- İhale edilen projelerin yüksek maliyetli olması ve yüksek bütçeler gerektirmesi ihaleye katılacak rakip firmaların sayısını azaltmaktadır, bu da rekabet ortamını zayıflatmaktadır.
- KÖİ projeleri bazı bürokratik ve politik engeller, uzun süreli müzakereler nedeniyle gecikebilir, hatta kamusal protestolara maruz kalması halinde sürenin gecikmesine veya iptaline neden olabilmektedir.
- KÖİ projeleri genel olarak şeffaf olmadığından hesap verilebilir olmasını değerlendirmek çok zordur. Bunun nedeni ise özel kesim firmaları arasında bulunan rekabet nedeniyle ticari sırların diğer firmaların eline geçeceğinden kaygılanmaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Kwak ve ark., 2009).

KÖİ'de bazı sebepler nedeniyle karşılıklı kazanımlar elde edileceği savunulmaktadır. Projelerin finansman kaynağı özel kesim temsilcisi tarafından temin edileceğinden ötürü devletin kamusal borçlanmasının azalacağı ve özel kesimin hizmet sunumunda kamu kesimine göre daha verimli çalıştığı öngörülmektedir. Ayrıca klasik devlet ihale yönetime göre maliyetin daha az olacağı, özel kesimin maliyetleri üstlendiği ve projelerin makul süre içinde tamamlanacağı, ayrıca kamu idaresinin projelerin arzında düzenleyici ve denetleyici rolüne bürüneceği gibi sebepler tercih sebebinin oluşturmaktadır. Bu nedenlere rağmen KÖİ projelerine özel kesim temsilcisinin katılmasının tasarımı maliyetlerini düşürmediği bilakis artırdığı, ilgili projelerin devletin bütçe bilançosunda yer almasa bile zımni bir kamu borcu olduğu, projelerin vaat edilen

sözleşme süresi içinde tamamlanamadığı, özel kesimin rizikoyu tamamen üstlenmeyerek bu rizikoyu arka planda kamu kesimin üstlendiği, projelerin kamu hizmetlerinin niteliğini yükseltmediği, bu nedenle güvencesiz istihdamı artırdığı gibi gerekçelerle eleştiriler yapılmaktadır (Güzelsarı, 2012:48).

1.7. Kamu Özel İşbirliğine Yöneltilen Eleştiriler

Tabiatı gereği olumlu/olumsuz eleştiriye açık bir konu olan KÖİ' ye yöneltilen en yaygın eleştiriler; özel kesimin kamu üzerinden orantısız kar kazancı elde ettiği iddiası, amme hizmetlerinin inşa ve sunumunda yaşanabilecek aksamalar ve kamuya mali yük olup olmadığı soruları olarak sıralanabilmektedir (Yescombe, 2007). KÖİ etkili bir alternatif olarak görülse de bazı çevreler kamuya ait ürünleri özelleştirmenin başka bir yolu olduğunu, yalnızca bir kelime oyunu olduğunu savunmaktadırlar (Hodge ve Greve, 2007). Özelleştirme modelinde devletlerin özelleştirme ile satın alınan ürün ve hizmetler ile ilişkili direkt sorumluluğu yoktur. KÖİ modelinde ise devlet anlaşma süresince özel ortakla yaptığı işbirliği neticesinde ve hizmetlerin denetimini ve kontrolünü üstlenmeye devam etmektedir. Bu nedenle, KÖİ yatırımlarında özel sektör paydaşı zarar ederse ya da standartları yakalayamazsa hizmetlere kamu tarafından müdahale edilmeli ve sağlanmalıdır (Harris, 2004). Ancak bazı sıkıntılı KÖİ'lerin sonu özelleştirme olabilmektedir. KÖİ faaliyetlerinde özel kesim geleneksel metot da ki gibi gerekli olan yoğun işbirliğini sağlayamamaktadır. Bu nedenle KÖİ'nin performansın da ki başarısızlık, işbirliğini özeleştirmeye yaklaştırmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2007).

KÖİ modelini ilgili bir diğer eleştiri ise, işbirliği anlaşmalarının bazı zaruretlerden kaynaklanmasıdır. Bu zaruretin en önemli nedeni devletlerin kaynak istihdamı açısından sıkıntı yaşaması, bu nedenle KÖİ modeline başvurusudur. Bir başka deyişle, devletler kendi kaynakları olmamasından veya ciddi bütçe açığı olmasından dolayı klasik modellerden uzaklaşmak zorunda kalmaktadır (Maski ve Tirole, 2008).

KÖİ projelerine ait risklerin doğru hesaplanması, yatırımın etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Ancak bütün risklerin net bir biçimde hesaplanamayacağı ve fazladan maliyet çıkabileceğine ilişkin endişeler bulunmaktadır. KÖİ modellerinde bazı riskler her iki işbirlikçi tarafından da istendik düzeyde paylaşılmamakta, ayrıntılı risk analizi yapılmamaktadır. Ancak bu riskler gerçekleştiği zaman, dezavantajlı taraf hükümet olabilir (OECD, 2012). Tasarıların maliyetlerinin tartışması yaşanırken arka

plan da kamusal faaliyetler çeşitli ideolojiler sonucunda piyasalaştırılabilmektedir. Kamu sektörünün hizmet sunumunda eşit ve tarafsız olması ile özel sektörün amacının rant sağlamaktan ziyade, kar etmek olması temel ilke olmalıdır. Kamusal faaliyetlerin arzın da bir standarda ulaşılması için kamu idaresinin denetleyici ve düzenleyici rolü gereklidir, ancak kamu sektörünün baskın olduğu ülkelerde bazen bu gerçekleşmemektedir (Soyer, 2009; Uçar. 2018).

KÖİ modeli ile hükümet tekelinde yapması gereken yüksek maliyetli yatırımlardan kurtulur, özel kesime belirlenen dönem içinde yatırımların maliyeti karşılanacağı varsayılır. Fakat, hizmetlerden yararlanan kamunun bu maliyetleri karşılayabileceği bu kesin değildir. Yüksek maliyetli bu projelerin, uzun dönemde ihtiyacı karşılayıp karşılamayacağı da kesin değildir. Artık ihtiyaç duyulmayan bir yatırımdan uzun süre vergi alınması söz konusu olabilir. KÖİ projeleri bu varyasyonlar açısından ciddi eleştiriler almaktadır. KÖİ projeleri görece olarak yeni uygulamalar olduklarından dolayı performans sonuçlarını görmeden, başarı tahminleri yapmak yanılgıya neden olabilir (Yescombe, 2007).

KÖİ'nin en önemli amacı kamunun, bütçe açığı oluşmadan kaliteli hizmet almasıdır. Ancak özellikle İngiltere'de KÖİ ile yapılan hastane projelerinde hizmet kalitesinin düştüğünü gösteren değerlendirmeler bulunmaktadır. KÖİ modelinin oluşturulması aşamasında maliyetli fazla hukuk ve danışmanlık hizmetleri satın almaktadır. KÖİ modeli ile inşa edilen yapılar istenilen etkinlikte ve kaliteler olmayabilir. Tasarım, yapım, yönetim ve işletim aşamalarında sıkıntı yaşanabilir (Uçar, 2018).

KÖİ'lere karşı eleştirilerin bir diğeri ise KÖİ planları kapsamında bazı bölümlerin kapatılması ve kamu açıklarının önüne geçilmesi için işçi çıkarılmasıdır. Londra Metrosu tasarısında özel kesim temsilcisinin kar beklentisinin %20 olduğunu belirterek, bu nedenle bazı hizmetlerde küçülmeye gidildiğini ifade etmektedir. Yarattığı maliyetler açısından KÖİ ile klasik yöntemlerin karşılaştırılmasına yönelik Avrupa'da gerçekleştirilen bir çalışmada KÖİ modelinin kamu opsiyonundan %24 daha maliyetli olduğu da ortaya koyulmuştur (Güzelsarı, 2009). İngiltere'de 2003 yılında Denetim Komisyonu tarafından hazırlanmış olan rapor da; 17 tanesi KÖİ ile, 12 tanesi klasik ihale yöntemi metoduyla yapılan 29 adet okul tasarısı değerlendirildiğinde; her iki metot ile yapılan okullar arasında nitelik farkı olmadığı, bakım ve temizlik ile ilgili

maliyetlerin KÖİ projesinin diğerine göre daha yüksek olduğu ve KÖİ ile yapılan okulların daha kısa sürede tamamlanmadığı bildirilmiştir (UNISON, 2003).

KÖİ ülkemizde de geleneksel olarak kamunun sorumluluğundaki hizmetlerin hızla ticarileştirilmesi ve işletme menfaatlerinin ilk plana geçmesi, rant mihraklı birer yapılanmaya dönüştürülmesi yönünden eleştiri almaktadır. Proje etabında ortaya çıkan ek giderler, firmaların yatırım maliyetlerini olması öngörülenden yüksekmiş ve hizmet taleplerini olması öngörülenden düşükmüş gibi gösterme ve sözleşmelerin içeriğinde oluşan değişiklik veya düzeltme isteklerinin maliyetlere olumlu olmayan şekilde yansımaları etkili olmaktadır (Güzelsarı, 2009). Kamu idaresinin sorumluluğundaki alanların özel firmalara aktarılmasıyla, devletin uzun yıllar aşırı kira bedelleri ödemek mecburiyetinde bırakılması, ek olarak, gördürülen amme hizmeti karşılığında firmalara bir bedel ödenmesinin tasarlanması, neticeleri itibariyle eleştirilmektedir (Çeçen, 2014). Devletlerin özel kesime kıyasla daha ucuza ve daha düşük faiz oranlarıyla borçlanmaları gerçeği karşısında, özel şirketlerin KÖİ konu projeleri daha uygun finansman koşullarında gerçekleştirecekleri ve söz konusu yatırımları daha verimli işletecekleri yaklaşımı KÖİ uygulamalarında eleştirilen başka bir konudur (Güzelsarı, 2009).

Türkiye’de sağlık sektöründeki faaliyetlere yakından bakılırsa, sağlık kampüslerinin yayılması ile boşaltılacak halihazırdaki hastanelerin sağlık personelinin kişisel öz hakları, çalışma şartları, iş güvencesi gibi sosyal ile iktisadi haklarının nasıl ve hangi şartlarda korunacağına ilişkin tereddütler ortaya çıkmıştır. Meydana gelebilecek personel hak kayıplarının nasıl giderileceği hususundaki kanundaki eksikliğin bertaraf edilmesi gerekmektedir. KÖİ uygulamalarının kişilerin amme hizmetlerinden eşit biçimde ve herhangi bir hak kaybına mahal vermeden faydalanabilmesinin önünde herhangi bir engel olup olmadığı tartışmaları ciddi meselelerden bir başkasıdır. Ayrıca sağlık komplekslerinin yapılacağı arazi ve bahse konu arazinin hangi boyut ve ölçütlere göre belirlenmiş olduğu konularındaki belirsizlikte tereddüt yaratmaktadır. Mevzuatta tasarı konusu arazilerin imar tasarılarının Çevre ve Şehircilik Bakanlığı eliyle yapılacağı ve/veya yaptırılacağı ve tasdikleneceği tanzim edilmekle birlikte, bu arazilerin büyüklüğü muvacehesinde şehir merkezlerinde veya şehrin ulaşım olarak en yakın merkezinde bu kampüslere ayrılabilen arazilerin bir hayli sınırlı olduğu gerçeği değerlendirmeye açıktır. Hatta 4-5 yıldızlı lüks hotel konforu bulunan sağlık kampüsleri şeklinde kamuoyuna sunulan dev sağlık tesislerinin tüm vatandaşlar açısından aynı

şartlarda sağlık hizmeti arz edip edemeyeceği cevaplanması gereken bir diğer sorudur. Şehir merkezlerinde rant kıymeti yüksek kurulan sağlık merkezlerinin eskisi gibi amme hizmeti mi sunulacağı, yoksa tamamen ticari amaçlarda mı kullanılacağı KÖİ faaliyetlerinde demokrasi ve saydamlık ilkelerini gelişmiş ülkelere göre gerilerden takip eden Türkiye ve benzeri ülkeler adına sorunlu alanlar olarak değerlendirilmektedir. Netice olarak, tesir analizi yapılmadan, kamuya yükleyeceği yük karşılaştırmalı olarak tespit edilmeden, kamunun üstleneceği rizikolar saydam bir şekilde kamuoyuna sunulmadan, kişilerin eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim, adalet gibi en temel haklardan faydalanmasının zorlaştırılması, Türkiye’de KÖİ metoduyla yapılması tasarlanan projelerin artan yoğunlukta eleştirilmesine neden olacaktır. Türkiye’de, maliyetini özel kesimin sağladığı, rizikoların devlet tarafından üstlenildiği KÖİ yönteminin başta sağlık faaliyetleri alanında başlayıp, ardından eğitim olmak üzere diğer kamu hizmetlerine de yayılacağı öngörülmektedir. Bu öngörü ile, bahse konu eleştiriler dikkate alınarak, eşitlik, saydamlık, sosyal adalet, hesap verebilirlik, çalışan personellerin haklarının korunması ve gözetilmesi gibi başlıklarla hukuk devleti ilkesinin gereğinin sağlanmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Genel kamu hukukunun temel ilkeleri çerçevesinde söz konusu uygulamaların olumsuz tesirlerinin asgari seviyeye indirilmesi metotları geliştirilmelidir. Böylelikle tasarıların iktisadi boyutları yansıra hukuki, çevresel ve yönetsel boyutları teferruatlı bir biçime sokarak devlet otoritesi tarafından sağlık şehirleri, kentsel dönüşüm, sulama gibi diğer pek çok tartışmalı konularda nesnel ölçütlere göre ve KÖİ yönteminin seçeneksiz olmadığı fikrinden hareketle amme yararı ağır basan yatırım hükümleri verilebilecektir (Uçar, 2018).

BÖLÜM 2: DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Tarihte KÖİ ile ilgili gelişmeler Roma İmparatorluğu dönemine kadar uzanmakta olup, M.S. 539 yılında yapıldığı bilinen yol, liman, alışveriş yeri ve hamam gibi amme hizmetlerinin arz edilmesine yönelik kanuni organizasyonlar olduğu keşfedilmiştir. Bu kanunlarla hizmetlerin kamu tarafından arz edilmesinin yanında imtiyaz adı altında özel kesim tarafından arz edilmesi de düzenlenmiştir. Roma imparatorluğunun yıkılmasından ardından KÖİ kayıtları Avrupa'da rastlanılmış Fransa'da kalıcı bir biçimde ortaya çıkmıştır. Avrupa'nın suyolları, yollar, kent aydınlatmaları, kargo işleri, taşımacılık ve opera binalarının inşa edilmesi gibi hizmetler bu metotlarla gerçekleştirilmiştir. 19. yüzyıla gelindiğinde küreselleşmenin etkisiyle teknolojinin gelişmesi ve icat edilen ürünlerin çoğalmasıyla büyük ölçekli yatırım olarak özellikle elektrik kablo hatları ve raylı yollar için imtiyaz metodundan yararlanılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

II. Dünya Savaşı sonrasında Avrupa'nın Amerika'nın genel iktisadi düşüncesi liberalizmin etkisiyle özel sektör güç kazanmaya başlamış ve liberal iktisat anlayışı etkisini arttırmıştır. Dünya Bankasından alınan verilerde, 1990-2016 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde KÖİ metoduyla 7132 tane totalde 2,6 trilyon Amerikan Doları tutarında proje uygulamaya konmuştur. KÖİ tasarılarında 1 trilyon ABD dolarıyla en büyük hisseye Latin Amerika ve Karayipler bölgesinin sahip olduğu ve bunu Doğu Asya ve Pasifik ile Avrupa ve Orta Asya'nın takip ettiği görülmektedir. Bahse konu tasarılarında bedel olarak 1 trilyon ABD dolarının üzerinde bir miktarla en fazla yatırımın telekomünikasyon teknolojileri alanında yapıldığı, sonrasında sırasıyla ulaşım ve elektrik gibi alanların geldiği görülmektedir. Sayısal olarak ise en çok proje ise elektrik alanında faaliyet gösterilmiştir. 1990 ile 2015 yılları arasında gelişmekte olan ülkeler arasında en çok tasarı yatırımına sahip 517 milyar ABD doları toplam yatırım meblağı ilk sırada Brezilya'nın yer aldığı görülmektedir. Brezilya'nın ardından ikinci sırada 343 milyar ABD doları ile Hindistan, 165 milyar ABD doları ile Türkiye ise üçüncü sırada yerini almaktadır. Buna rağmen, sayısal olarak en çok tasarıların 1.326 adet projeye Çin'de gerçekleştirildiği, bu değeri Hindistan ve Brezilya'nın takip ettiği, ülkemizin 185 proje ile sekizinci sırada yer aldığı görülmektedir. Gelişmekte olan ülkeler arasında KÖİ proje stoku en fazla olan ilk beş ülke arasında tasarı başına ortalama anlaşma çapı

en güçlü olan ülke olarak ülkemiz 892 milyon ABD doları ile ilk safta yer aldığı görülmektedir (TASAV, 2017).

Bu bölümün ilk kısmında; dünya genelinde KÖİ uygulayan çeşitli ülkelerden örnekler verilmiştir. İkinci kısımda ise Türkiye’de görülen çeşitli KÖİ uygulama alanlarından örnekler verilmiştir.

2.1. Dünyada Bazı Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları

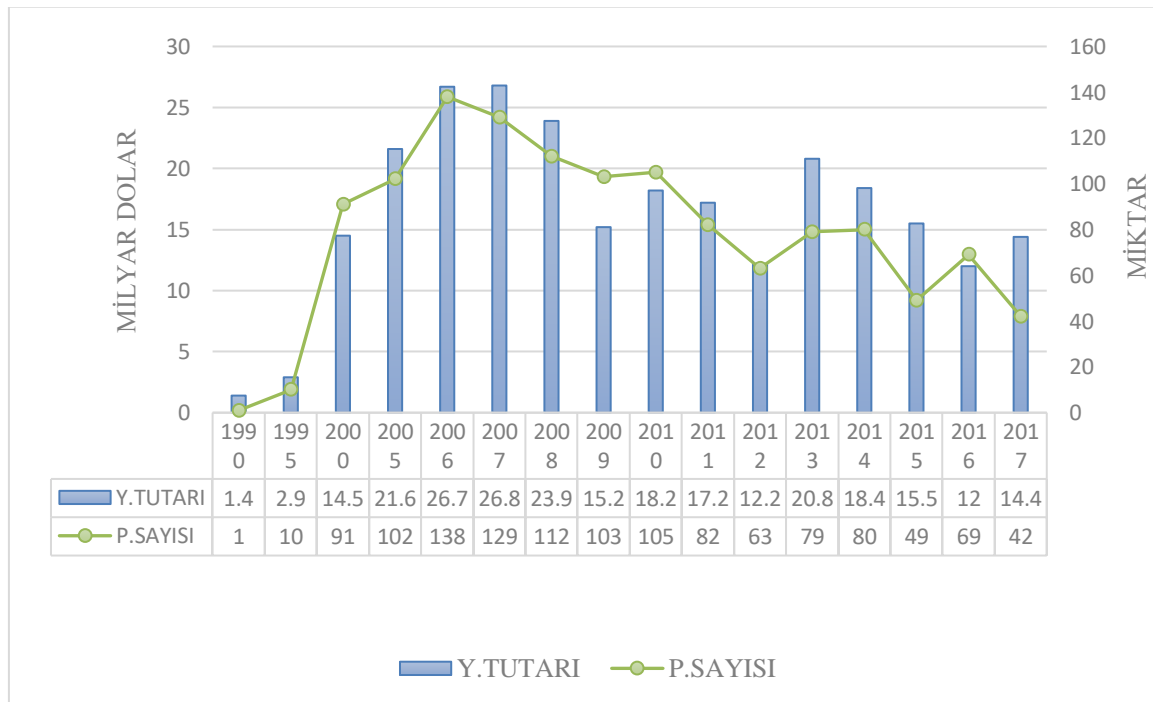
2.1.1. Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Kamu Özel İşbirliği

KÖİ’nin Avrupa’daki tarihi 2000 sene öncesine, Roma İmparatorluğuna kadar varmaktadır. Romalılar karayolları, liman ve kargo hizmetleri gibi birçok amme hizmetini özel girişimcilerle yürütmüştür. Roma İmparatorluğunun çöküşüyle ortadan kaybolan imtiyaz faaliyetleri 12. Ve 13. yüzyıllara gelindiğinde fırın, köprü ve baskı gibi uygulamalarla tekrardan gündeme gelmiştir. Bu hizmetleri ifa eden imtiyazcılar kazandığı gelirin bir bölümünü devlete aktarmıştır (Emek, 2012). Avrupa’da 19. yüzyılda endüstrileşme aksiyonları ve Fransız devrimi ile intişar eden liberal fikir akımının da tesiriyle KÖİ sistemli bir biçimde seçilmeye başlamıştır. Küresel döviz krizi olarak adlandırılan 2008 yılına kadar AB devletlerinde 97,6 milyar Euro meblağında toplam 751 KÖİ anlaşması imza altına alınmıştır. Birleşik Krallık totalde tasarı sayısının %73’üne ve totalde tasarı miktarının %63’üne sahiptir. AB’de KÖİ projelerini en verimli yöneten Birleşik Krallığı, Almanya, Fransa ve İspanya takip etmektedir (Carpintero ve Helby Petersen, 2016).

KÖİ yöntemi, uzun yıllardır Avrupa’da mütenevvi sektörlerdeki enfastrüktür tasarılarının gerçekleştirilmesi için uygulanmaktadır. Bu alanda ileri seviyede faaliyetleri başta İngiltere olmak üzere Türkiye, Fransa, İtalya, Hollanda, Almanya ve İrlanda gerçekleştirmektedir. Prosedür son zamanlarda başlıca ulaşımda, eğitimde, sağlıkta ve benzer umumi amme hizmetleri gibi sektörlerde daha fazla uygulanma alanı bulmaktadır. AB ülkeleri sektörel olarak incelendiğinde özellikle ulaştırma projeleri dikkat çekmektedir. Avrupa piyasasında 2016 yılı içinde mali bitişi oluşan KÖİ projelerinin toplam değeri Avrupa KÖİ Uzmanlık Merkezi (European PPP Expertise Centre-EPEC) (2016) verilerine göre 12 milyar avrodur. Ulaştırma sektörü 2016 yılı itibariyle kapanışı sağlanmış proje bazında birinci sırada yer almaktadır (11 proje, 3,7 milyar avro). Ancak toplam proje sayısı bazında bakıldığında eğitim sektörü birinci sıradadır (27 proje, 1,6 milyar avro). Sağlık sektörü mali kapanışı yapılan proje sayısı

15 olmasına karşın, 2,3 milyar avro yatırım ücreti bakımından eğitim sektörünü geride bırakmıştır (EPEC, 2016).

EPEC (2017) verilerine göre Avrupa’da 1990-2017 yılları arasında 1255 proje finansal bitişe ulaşmış olup, aynı dönemde toplam proje büyüklüğü 261,7 milyar avro olarak tespit edilmiştir. 2000’den itibaren 2008 küresel döviz krizine kadar KÖİ yatırımları sürekli artmış, 2009’daki duraklamadan sonra 2010 yılında tekrar yükselişe geçmiş 18,2 milyar avro proje yatırım tutarına ulaşılmıştır. Avrupa kıtasında finansal bitişe yapılan KÖİ projeleri 2016 yılında 12 milyar avro iken, 2017 yılına gelindiğinde ise önceki yıla göre %22 artışla 14,4 milyar avro olarak kayda geçmiştir. Ayrıca 2016 yılında Avrupa kıtasında 69 proje finansal bitişe ulaşmış iken, 2017 yılında bu sayının 42’ye düştüğü görülmektedir. Proje sayısında düşüş olmasına rağmen yatırım tutarında artış görülmektedir.



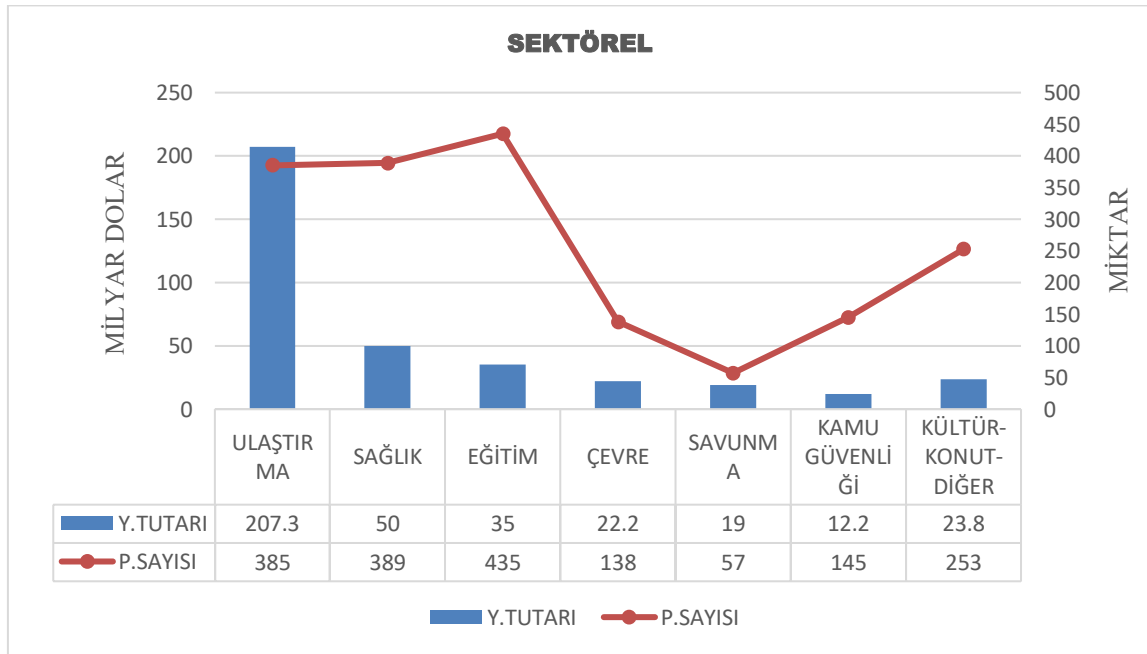
Kaynak: (EPEC, 2017)

Grafik 1: Yatırım Tutarı ve Proje Sayısı İtibariyle Avrupa’da Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Dağılımı (1990-2017)

1990-2017 yılları arasında mali bitişe ulaşan KÖİ projelerinin yatırım tutarlarının sektörel bazda dağılımına bakıldığında 207,3 milyar avro ile ilk sırada ulaştırma

altyapısına yapılan harcamaların geldiği görülmekte, onu sağlık alanındaki yatırımlar (50 milyar avro) izlemektedir. Üçüncü sırada eğitim (35 milyar avro) ve dördüncü sırada çevre (22,2 milyar avro) öne çıkan diğer sektörlerdir.

1990-2017 yılları arasında mali bitişe ulaşan KÖİ projelerinin sayısal dağılımına bakıldığında ilk sırada 435 proje ile eğitim sektörünün geldiği, onu sağlık (389) ve ulaştırma (385) sektörlerinde yapılan yatırımların izlediği tespit edilmiştir.



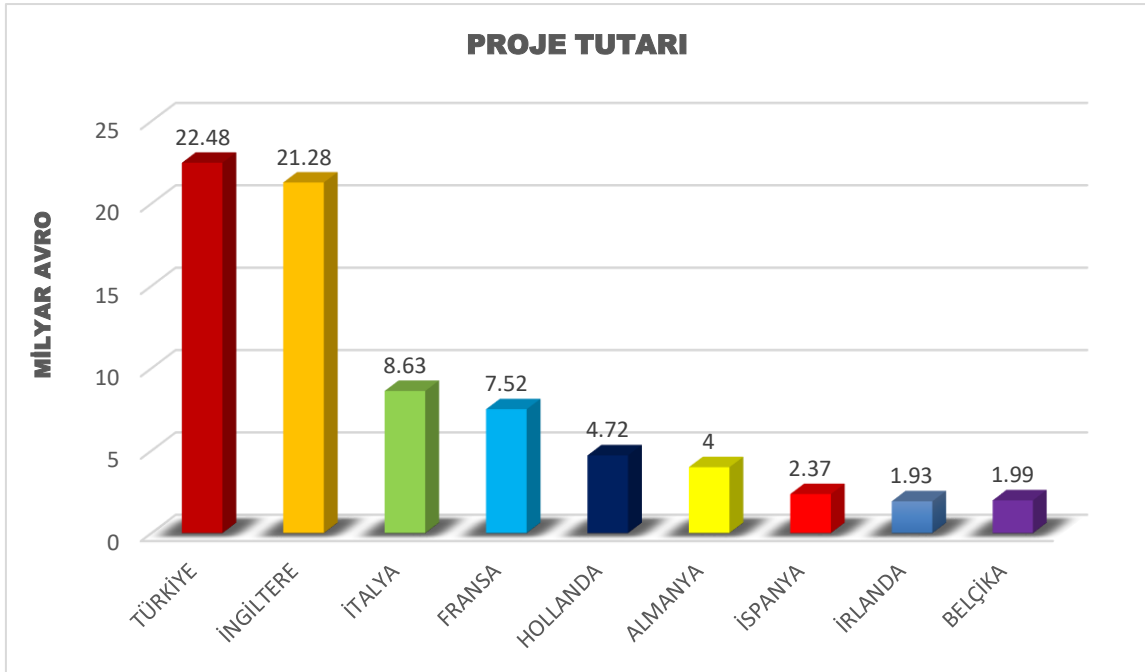
Kaynak: (EPEC, 2017)

Grafik 2: Sektörlere Göre Avrupa'da Mali Bitişi Yapılan Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Yatırım Tutarı ve Proje Sayıları (1990-2017)

2017 yılında 7,6 milyar avro değerinde işlem ile ulaştırma sektörü değer bakımından en büyük sektör olmaktadır. Sağlık, değeri 3,8 milyar Avro olan ikinci sırada yer almaktadır. Bu çoğunlukla Türkiye'de tamamlanan beş sağlık işleminden kaynaklanmaktadır. Eğitim sektöründe, mali kapanışa ulaşan toplam değer aynı şekilde 958 milyon Avro'ya düşmüştür. 2017 yılında mali kapanışa ulaşan KÖİ projelerinin sayısının sektörel dağılımına bakıldığında ise eğitim (10) ve ulaştırma (10) sektörlerinin ilk sırada yer aldığı, onları sağlık (9) sektörünün takip ettiği görülmektedir (EPEC, 2017).

Avrupa’da 2016 yılında en çok KÖİ yatırımı gerçekleştiren ülke İngiltere olup, 28 proje ve 3,8 milyar avroluk KÖİ yatırımı mali kapanışa ulaşmıştır. İngiltere’yi, Fransa, Türkiye ve Hollanda izlemiştir. 2017’ye gelindiğinde ise yatırım bazında Türkiye 6 milyar avro mali kapanış yaparak ilk sırada yer almaktayken ve proje bazında İngiltere 12 projeye mali kapanış yaparak birinci sırada yer almaktadır. Türkiye ise 7 proje ve yaklaşık 6 milyar avro ile Avrupa KÖİ pazarında yatırım tutarı bazında birinci, proje sayısı bazında Fransa ile birlikte ikinci sırada yer almıştır. İtalya, toplam 3,1 milyar avro ile değer bakımından en büyük ikinci KÖİ pazarı haline gelmiştir. EPEC Ülkeler Göre Avrupa’da finansal kapanışı yapılan KÖİ projelerinin sayıları bakımından 2017’de ilk sırada 12 proje ile İngiltere yer almaktadır. Sonrasında sırasıyla Türkiye (7), Fransa (7), Almanya (3), Yunanistan (3), İspanya (2), İtalya (2), Belçika (2), Hollanda (1)’dir (EPEC, 2017).

Son beş yılda (2013-2017), İngiltere ve Fransa, kapalı pazar sayısı bakımından Avrupa KÖİ pazarını yönetirken, Türkiye 22,48 milyar avro değerinde projelere imza atarak değer bakımından en büyük KÖİ pazarını oluşturmaktadır. İngiltere ise 21,28 milyar avro ile Türkiye’yi takip etmektedir.



Kaynak: (EPEC, 2017)

Grafik 3: Avrupa Birliği Ülkeler Bazında Proje Tutarları (2013-2017)

2017 yılında, Avrupa pazarında mali kapanışa giren KÖİ işlemlerinin toplam değeri 2016'daki 12 milyar avro seviyesinden %22 artarak 14,4 milyar Avro'ya ulaşmıştır. Buna rağmen, mali kapanışa ulaşan KÖİ işlemlerinin sayısı 2016'daki 69'la karşılaştırıldığında 42'ye düşmüştür. Bu, 1997'den beri en düşük işlem sayısıdır. 2017'de toplam değerleri 10,2 milyar Avro tutarında olan 8 büyük proje yapılmıştır.

2017'de mali kapanışa ulaşan sekiz büyük işlem;

- Pedemontana Veneta Geçiş Yolu-(2,8 milyar avro); İtalya,
- Kuzey Marmara Otoyolu-(Kurtköy-Akyazı Bölümü)- (1,8 milyar avro); Türkiye,
- İstanbul İkitelli Sağlık Kampüsü-(1,1 milyar avro); Türkiye,
- Grand Est Genişbant Ağı-(1,1 milyar avro); Fransa,
- Kuzey Marmara Otoyolu (Kınalı-Odayeri Bölümü)- (1,1 milyar avro) Türkiye
- West Midlands Stokları-(896 milyon avro); İngiltere,
- İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü-(717 milyon avro); Türkiye,
- Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü- (685 milyon avro); Türkiye.

2017 yılında mali kapanışı gerçekleştiren toplam 42 işlemde 13'ü kurumsal yatırımcılar tarafından çeşitli finansman modelleri aracılığıyla borç sağlanmasını içermiştir (örn; sigorta şirketleri, emeklilik fonları). Beş ülkenin (Fransa, İtalya, İspanya, Türkiye ve İngiltere) proje finansmanlarını kurumsal yatırımcı borcunu içeren işlemler oluşturmaktadır. Bazı uluslararası finans kurumları (örn; Avrupa Yeniden Yapılanma ve Kalkınma Bankası, Uluslararası Finans Kurumu) özellikle Türkiye'deki sağlık projeleri gibi büyük KÖİ'lerin finansmanında yer aldı.

Ayrıca 2017 yılı sonundaki gelecekteki Avrupa KÖİ pazarı, mevcut verilere göre şu şekilde görünmekteydi:

- KÖİ boru hattında güncel olarak toplam 18,1 milyar Euro değerinde 61 proje bulunmaktaydı.
- Türkiye şu anda ihale sürecinde olan toplam 4,2 milyar Avroluk proje ile en büyük KÖİ boru hattı projesine sahipti.
- Fransa ise halen ihale sürecinde olan 12 proje ile proje sayısı bakımından boru hattında önde gelmektedir.
- İhale sürecinde 11 ülkede en az KÖİ projesi ve 21 ülkede en az bir proje vardı,

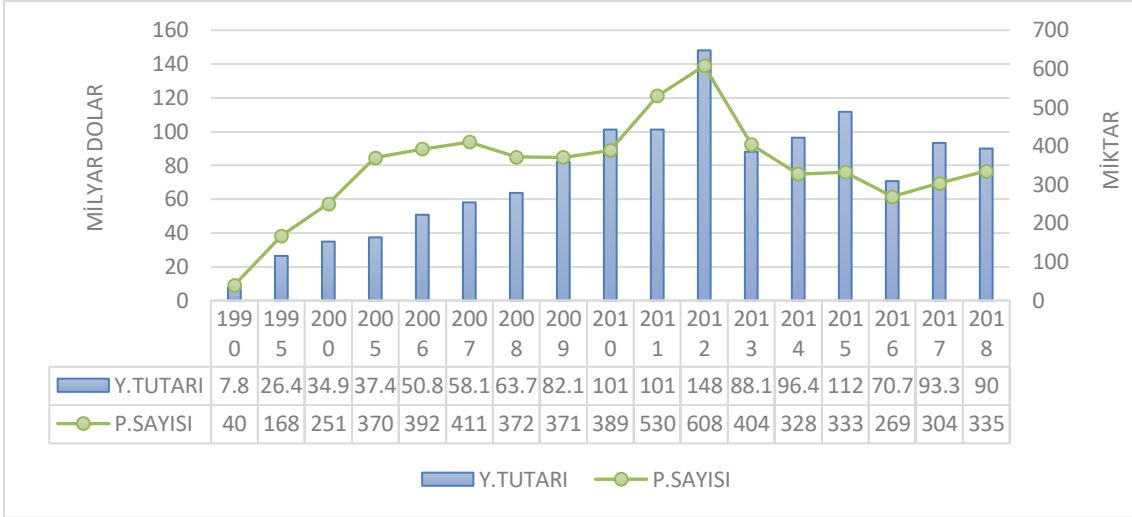
- Ulaştırma sektörünün 19 ihalesi sonuçlandırılmış 12,6 milyar Avronun üzerinde değeri olan PPP projesi ile hem değer hem de proje sayısı bakımından en büyük kalması beklenmektedir;
- Çevre sektörü, KÖİ’de değer bakımından ikinci en aktif olanıdır.

Türkiye, Hollanda ve İngiltere, tedarik sürecinin son aşamasında olan oldukça fazla projeleri bulunmaktadır (EPEC, 2017).

2.1.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği

Dünya genelinde altyapı yatırımlarına duyulan gereksinim gün geçtikçe artmaktadır. Dünya popülasyonunun yaklaşık %20’sinin elektrik, temiz su, sağlık hizmetlerine erişim imkanları oldukça kısıtlı, hatta yok denecek kadar azdır. Dünya nüfusunun ortalama bir milyonunun ulaşım sağlayabilecek donanımlı yolları bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra kamunun ihtiyaçlarını karşılamak ve bu altyapı hizmetlerinin istihdamı için yeterli finansman bulmak her kesimin tekelinde oldukça zordur. KÖİ bu hizmetleri sağlamak için kullanabilecek en yaygın yöntem günümüzde KÖİ’dir (Kalkınma Bakanlığı, 2015). Gelecek dekatta küresel büyüme ve nüfus artışları tahminleri doğrultusunda altyapı hizmetleri için gereken finansmanı 60 trilyon dolardan daha fazla olduğu düşünülmektedir. KÖİ projeleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kamu hizmetlerinin sunumunda önemli bir işlev görmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki KÖİ hizmetlerine dair ulaşılabilecek kapsamlı veriler Dünya Bankası’ndadır. Dünya bankası, enerji, ulaştırma, iletişim ve bilişim enfastrüktürü, su ve atık yönetimi ile temiz teknolojiler gibi sektörlerdeki enfastrüktür tasarıları değerlendirmekte, eğitim ve sağlık gibi sosyal/yarı sosyal hizmetler KÖİ kapsamında değerlendirmemektedir (World Bank, 2017).

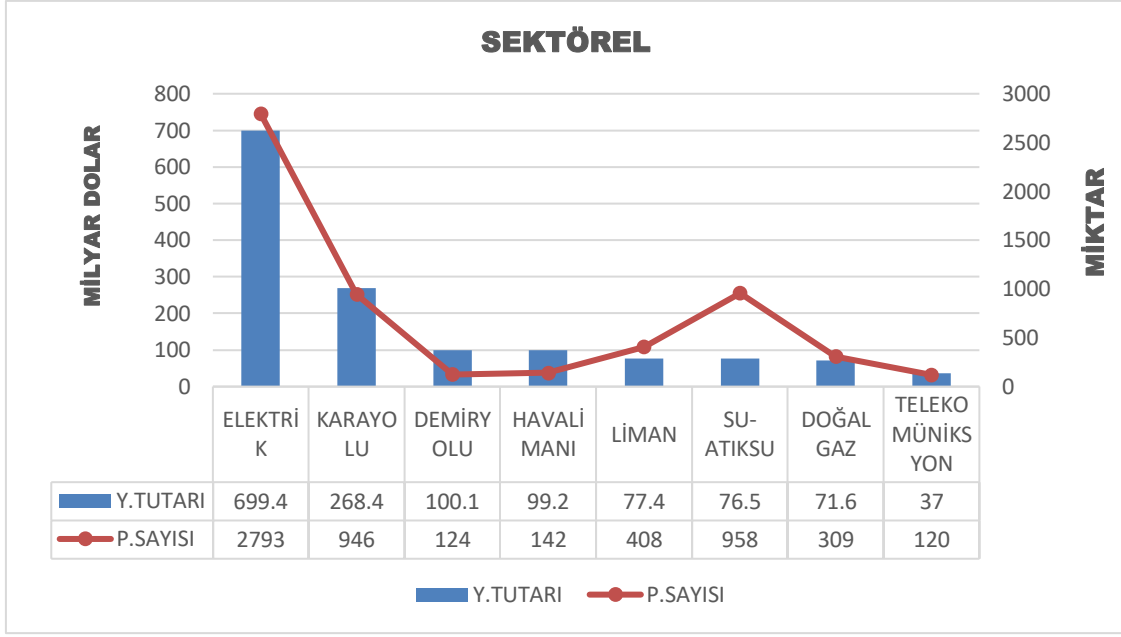
Ele alınan veriler ışığında 1990 ile 2018 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde totalde 5.875 KÖİ tasarısı gerçekleştirilmiş olup, bahsi geçen tasarıların yatırım meblağları yaklaşık olarak 1,262 milyar ABD dolarını bulmuştur. Bilhassa milenyumdan sonra, küresel çapta KÖİ hizmeti ile gerçekleştirilen proje yatırım meblağlarında kararlı bir büyüme görülmektedir. Mali bitişe ulaşan tasarıların yatırım tutarı 2012 yılında şu ana kadarki en yüksek raddesine erişerek, 608 proje sayısı ve projelerin büyüklüğü 148 milyar ABD doları olarak gerçekleşmiştir. 1990-2018 yılları arasında gerçekleştirilen proje sayısına bakıldığında ise 1990’da sadece 40 olan proje sayısının 2012’de 608 ile en yüksek sayıya ulaştığı görülmektedir.



Kaynak: (World Bank, 2018)

Grafik 4: Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Bitişi Yapılan Yatırımların Tutarı ve Proje Sayıları Dağılımı (1990-2018)

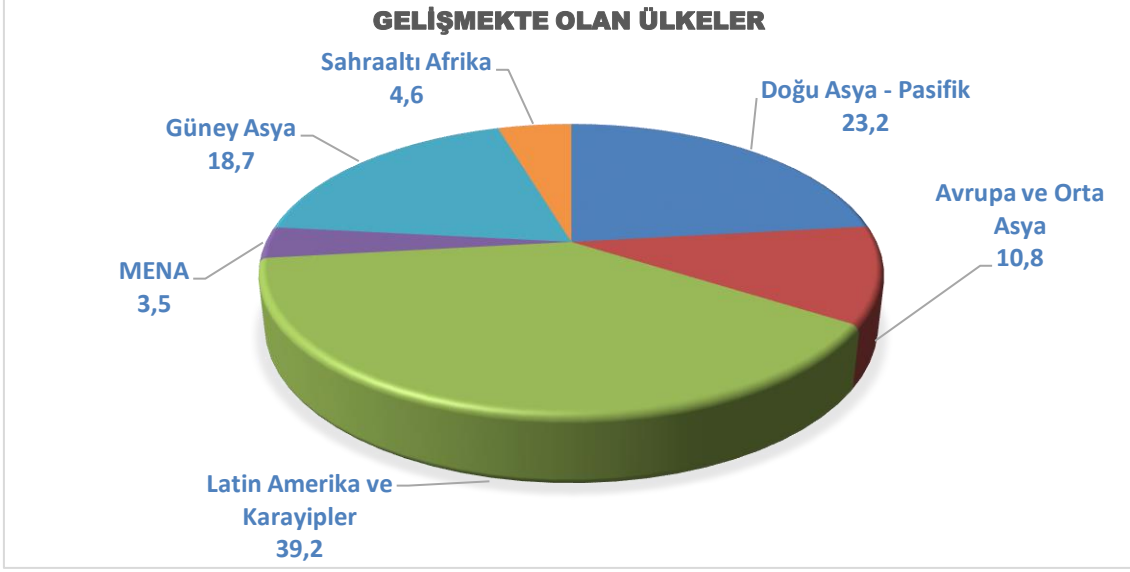
Dünyada 1990-2017 yılları arasında mali bitişi gerçekleştirilen KÖİ projelerinin yatırım tutarlarının sektörel dağılımı incelendiğinde, elektrik altyapısı alanındaki yatırımların ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Söz konusu sektördeki projelerin yatırım tutarları toplamı yaklaşık 700 milyar ABD dolarına ulaşmış durumdadır. İkinci sırada yer alan proje grubu karayolu projeleri iken (268,4 milyar ABD doları), demiryolu projeleri (100,1 milyar ABD doları), havalimanı projeleri (99,2 milyar ABD doları) ile liman projeleri (77,4 milyar ABD doları) söz konusu sektörleri takip etmektedirler. Proje sayısı itibari ile mali kapanışı gerçekleştirilen başat sektör ise 2793 projeye elektrik altyapı sektörüdür. Onu 958 proje ile su ve atık su projeleri ile 946 projenin gerçekleştiği karayolu yatırımları izlemektedir.



Kaynak: (World Bank, 2018)

Grafik 5: Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Bitişi Yapılan KÖİ Yatırımlarının Sayısı ve Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (1990-2017)

1990-2017 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projeleri bölgesel olarak incelendiğinde proje büyüklüğü itibarı ile en büyük paya sahip bölgenin %39,2 pay ile Latin Amerika-Karayipler olduğu ve bu mntıkayı %23,2 ile Doğu Asya-Pasifik bölgesinin takip ettiği görülmektedir. Proje sayısı bakımından ise Doğu Asya ve Pasifik %33,37'lik pay ile ilk sırada yer almaktadır.



Kaynak: (World Bank, 2018)

Grafik 6: Bölgelere Göre Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Bitişi Yapılan Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Dağılımı (1990-2017)

2017 yılının ilk yarısında Doğu Asya ve Pasifik ülkeleri toplam KÖİ yatırımlarının %35,1'ini yaparak tarihsel olarak en yüksek seviyelerine ulaşmışlar ve ilk kez Latin Amerika ve Karayipler bölgesini (%26,5) geride bırakmışlardır. MENA bölgesinde 2017 yılının ilk yarısında, 2016 yılında ulaşılan toplam KÖİ yatırım bedelinden daha yüksek bir hacme ulaşılmıştır. Bu radikal artışın temel sebebi Ürdün'de tamamlanan enerji santralleri projeleridir. Bu projelere ek olarak Mısır'da bir liman projesi ve Fas'ta güneş enerjisi santral projesi de 2017 yılının ilk yarısı itibariyle KÖİ modeli kapsamında bölgede tamamlanan diğer projelerdir. 2017 yılının ilk yarısında Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde KÖİ projelerinde 2016 yılı toplamının yüzde 89'una ulaşılmıştır. Söz konusu büyüklüklere erişilmesinin sebebi ise Türkiye ve Rusya'da gerçekleşen iki büyük otoyol projesidir. Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde ise finansal kapamışı yapılan KÖİ projelerinin yatırım tutarı bakımından lider ülke Brezilya olmuştur. Bölge genelinde 2016 yılında 33,2 milyar dolarlık KÖİ yatırımı gerçekleşmiştir. Bu tutarın neredeyse yarısını (15,2 milyar ABD doları), Brezilya tek başına gerçekleştirmiştir. Bu yatırım tutarının büyük kısmı ise enerji sektöründe gerçekleşmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

2.1.3. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Kamu Özel İşbirliği

ABD'de KÖİ faaliyetlerinde özel kesim etkin bir rol oynamıştır. 18. yüzyılda gerçekleştirilen kayda değer otoyol tasarımları, özel kesim vasıtasıyla yapılmıştır. Hatta ülkenin ilk içme suyu yatırımları özel girişimciler aracılığıyla inşa edilmiş ve özel kesim tarafından işletilmiştir. Benzer biçimde 19. yüzyılda ülkenin doğusu ile batısı boyunca ulaşım sağlayan raylı sistem projeleri de özel girişimciler vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir (Emek, 2010). 1929 yılında yaşanan iktisadi buhran yeniden kamu işletmeciliğine transformasyonunu sağlamış, büyük bunalım sebebi ile iflas eden özel hukuk kişilerinin işletmesini gerçekleştirdiği amme hizmetleri devletleştirilerek hizmetin istikrarı sağlanmıştır. Her ne kadar yerel ortaklıklar 1800'lerin ortasından bu yana var olsalar da özellikle 1950'lerde Kentsel Dönüşümle uğraşan ortaklıkların yatırımları İkinci Dünya Savaşı'nın etkisiyle neredeyse durmuştur. 1970'lere gelindiğinde, ABD'nin bazı bölgelerde hükümet, ticaretle uğraşanlar ve kâr amacı olmayan kuruluşlar arasında KÖİ projeleri yapılmıştır. ABD'de KÖİ'nin ön plana çıkmasında Richard Milhous Nixon İdaresi (1968-74), Jimmy Carter İdaresi (1976-80) ve Ronald Reagan İdaresi (1980-88) belirleyici etki yaratmıştır (Beauregard, 1998).

ABD genelde yerel yönetimlerde KÖİ projeleri tercih arayışında bulunmuştur. KÖİ uygulamalarıyla ulusal hükümetin yerel meselelerdeki azaltılmış rolü ve dolayısıyla yerel sorunlarla başa çıkma konusunda sorumluluk yerel liderlere bırakılmıştır. Yerel halkın hükümetin beceriksiz olduğu iddiası ve kaynakları israf ettiği inancından kaynaklanan, vergilere karşı olan isteksizlikler azalmıştır. Birçok kamu problemi zayıf yerel ekonomilerle ilgili olduğundan, yerel yönetimin özel sektörün sermayesini, uzmanlığını ve liderliğini etkili bir şekilde faydalanmıştır (Beauregard, 1998).

Cezaevi ve sağlık alanlarında hem enfastrüktür hem de hizmet sağlanması amacıyla KÖİ birtakım Avrupa ülkelerindeki gibi ABD' de de etkin faaliyetler arasında yer alır. Cezaevlerinde özel girişimciler hükümlülere çeşitli mesleki ve sağlık eğitimi benzeri hizmetler vermekte, ayrıca cezaevleri inşa etmekte ve finansını karşılamaktadır. Sağlık alanında ise hastanelerin kiralanması, satışı ya da hastane idaresinin özelleştirilmesi gibi metotlarla özel teşebbüslere devri sağlanmıştır (Sarısu, 2009). ABD'de merkezi ve lokal idare birimlerini yanı sıra özel kesim temsilcisinin de bulunduğu National Council for Public Private Partnerships isimli KÖİ Milli Konseyi faaliyet göstermektedir. Kurulun merkezi Washington D.C.' dedir. Bahse konu konsey 1985'de açılmış olup, ülkenin

siyasi partilerinden özgür bir şekilde hareket eden, kâr kazancı amacı olmayan bir kurumdur. Konseyin vazifesi makul KÖİ faaliyetlerinin federal, devlet veya yerel seviyede kurulmalarına olanak sağlamak, basitleştirmek ve yardımcı olmaktır (Stephenson, 1991).

2.1.4. İngiltere’de Kamu Özel İşbirliği

KÖİ konusunda dünyanın en önde gelen ve KÖİ anavatanı sayılan Birleşik Krallık ’ta bugünkü anlamda KÖİ modellerinin uygulanması Private Finance Initiative (PFI), yani Özel Finansman Girişimi (ÖFG) olarak adlandırılan KÖİ metodu 1992 yılından beri aktif bir şekilde faaliyet göstermektedir. Birleşik Krallık Hazinesi (HM Treasury) PFI’ı kamu idaresinin özel kesim temsilcisiyle yapmış uzun müddeti içeren bir sözleşme çatısı altında, genellikle faaliyetin yatırım ve verimlilik gibi özel kesim avantajlarından faydalanmayı hedefleyen düzenleme olarak tanımlamaktadır (OECD, 2010).

1992 yılında PFI modeli uygulamaya konulana dek, kamu faaliyetlerinde özel kesim temsilcisinin kamu hizmetlerini ‘Ryrie Rules’ olarak adlandırılan bazı kaideler çatısı altında yerine getirilmekteydi. Bahse konu kaideler uyarınca bazı şartlar ön plana çıkmaktaydı. Bu şartlardan en önemlisi özel temsilcinin yatırım kaynağı yalnızca kamu yatırımına kaynak olarak kullanılabilir, hem özel yatırım hem de kamusal yatırım olarak ikisinin aynı anda birlikte kullanılması mümkün olmamaktaydı. Fakat bahse konu kaidelerden dolayı temel altyapı yatırımlarının yerine getirilememesi, kaidelerde esneklik yapılması zorunluluğunu ortaya çıkmış, bu sebeple 1992’ de PFI modeliyle uygulama güncel halini almıştır (Yescombe, 2007).

PFI modeli özel kesimin yatırımsal tecrübelerinden ve becerilerinden faydalanarak, kamusal faaliyetlere katılması ve aktif rol alması maksadıyla geliştirilmiştir. Bu noktada özel kesim yatırım tecrübelerinden faydalanmak amaçlı bir politika olup, bahse konu yöntemin maksadı, altyapı tasarımlarının asgari zamanda bitirilmesi ve hazine bütçesinin korunmasını sağlamaktır. İngiltere’ de hukuk sistemi kendine münhasır bir ülke olması dolayısıyla KÖİ ile alakalı kanuni altyapıdan ziyade İngiliz Hazinesinin dönemsel olarak yayınlamış oldukları çeşitli dokümanlar bulunmaktadır (Treasury, 2012).

PFI, KÖİ’nin İngiltere’de uygulanan ilk şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Bahse konu model hem milletlerarası hem de literatürde ki faaliyetlerde bir KÖİ modeli olarak tanımlanmaktadır. PFI Modeli, İngiltere bilhassa sağlık faaliyetlerinde yıllardır geniş bir biçimde uygulanmaya devam etmektedir. Bu yöntem, dönemin muhafazakâr hükümeti

aracılığıyla altyapı yatırımlarına destek ve kaynak sağlamak amacıyla faaliyete başlamış olup, ardından 1997 yılından sonra ki mevcut yönetim olan İşçi Partisi hükümeti zamanında da devam ettirilmiştir. 1990'lı yıllardan sonra Birleşik Krallık 'ta PFI yöntemiyle 2002 yılına kadar yaklaşık 100 adet Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service- NHS) hastanesi inşa edilmiş olup, 2009 yılına kadar bu yöntemle inşa edilen hastane sayısı 159'a kadar yükselmiştir. Bahse konu rakamlar mevcut döneme ait hastane uygulamalarının %90'ına tekabül etmekteydi (Price, 2011; 289).

Büyük Britanya'da devlet idaresi ile özel kesim temsilcisi arasında imza altına alınan anlaşmaların birçoğunu PFI yönetimi oluşturmaktadır. PFI yöntemine ayrıntılı bir şekilde bakıldığı zaman Türkiye'de şehir hastanelerinin inşasında kullanılan KÖİ'nin bir alt modeli olan YKD yöntemiyle aynı özellikleri taşıdığı görülmektedir. Büyük Britanya'da PFI ile inşa edilen sağlık faaliyetlerinin genel olarak planlanması, inşa aşaması ve işletilmesi özel kesim temsilcisinin finansman kaynağıyla gerçekleştirilir. Klinik hizmetleri gibi temel hizmetler NHS aracılığıyla sunumu arz edilirken, otopark, temizlik, yemek vs. gibi destek hizmetleri özel kesim temsilcisi aracılığıyla sunumu gerçekleştirilmektedir. NHS, sözleşme süresi boyunca özel kesim temsilcilerine yıllık ücret veya birim ücret adı altında bedel ödemektedir. Bahse konu bedel iki başlıktan meydana gelmektedir. Bunlar; kullanım bedeli, yani bina ve teçhizatın özel kesim aracılığıyla sağlanması karşılığında ödenen ücret, hizmet bedeli ise, ikincil (destek) hizmetlerin sağlanması karşılığında ödenen ücrettir (UNECE., 2012; 12). Bu ücretlerin ilki kullanım bedeli olan bina kirası olup ödemenin yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır. Öteki %40'lık kısım ise destek hizmetleri gibi faaliyetlerin görülmesi karşılığında ödenen hizmet bedeli ödemesidir (Price, 2011: 290).

PFI'da özel sektör işbirlikçileri, çoğunlukla birden çok gerçek ve tüzel kişinin birleşmesi şeklindedir. Bu birleşme genel olarak inşaat şirketlerinden, çeşitli ulusal ve uluslararası finansman şirketlerinden ve bankalardan meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde hastanenin inşaatın yapımı bittikten sonra tesis, 25-30 yıl gibi bir müddetle kamu idaresine kiralanmaktadır. Kamu sektörü, klasik kamu alımlarının tersine tesisi satın alarak onun sahibi olmamakta, tesisin kullanım bedelini ve temin edilen yan hizmet bedellerinin ücretini ödemektedir (De Neufville ve ark., 2008; 17).

PFI yöntemi Büyük Britanya'da sağlıktan eğitime, ulaşımdan su altyapılarına, atık tesislerinden belediye konaklama hizmetlerine, okullardan çeşitli kolejlere kadar birçok

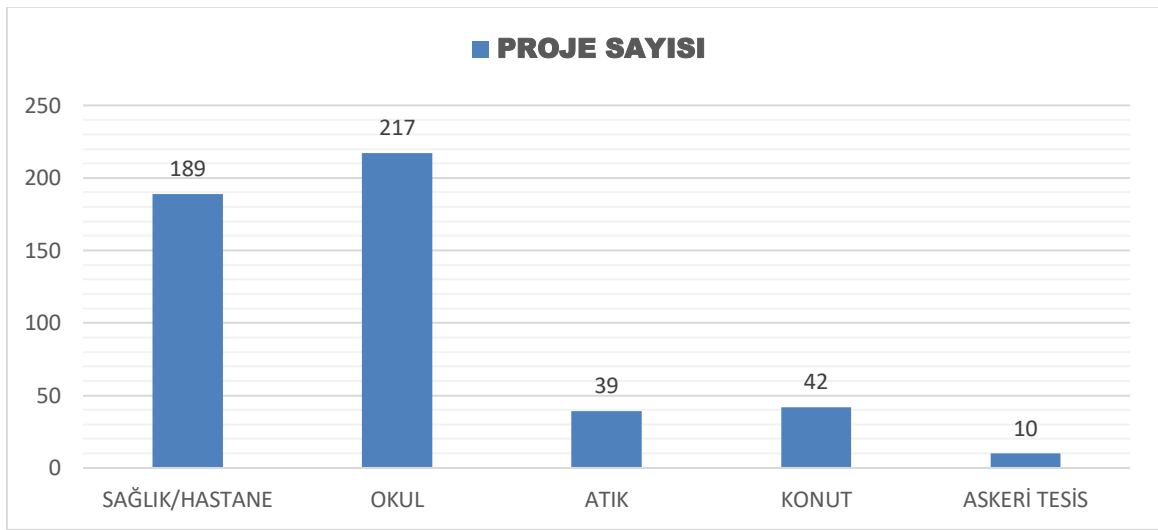
alandaki KÖİ faaliyeti olarak kullanılmaktadır (Hellowell, 2008; 5). Ayrıca bahse konu model huzurevlerinden personel konaklama, çeşitli ofislerden enerji yönetim programlarına, bilgi teknoloji sistemlerinden radyo kontrol sistemlerine kadar birçok geniş bir alanda da kamu faaliyetlerinin uygulanmasında kullanılmaktadır (Blanken ve Dewulf, 2010).

KÖİ'nin en önemli özelliği, kamusal yatırım riskinin kamu idaresinden özel kesim temsilcisine aktarılmasıdır. Bu modelde özel kesimin üstlendiği risk sadece inşaat aşamasıyla sınırlı olmayıp işletme aşamasında da devam etmektedir. Bu yöntemle inşa edilen bir tesisten yararlanmak isteyen özel kesim temsilcisi, işletme süresi boyunca bakım ve onarım masraflarına da katlanması gerekecektir. Tesisin işletme süresinde ki tüm masrafların özel kesime ait olması, KÖİ modeli hakkındaki ucuza yap, pahalıya işlet tarzı bir yaklaşımı ortadan kaldırmaktadır. Halbuki klasik ihale yöntemiyle yapılan bir tesiste bakım ve onarım masrafları tümüyle kamu idaresinin sorumluluğundadır (Hellowell, 2008; 16).

Kamusal altyapı faaliyetlerin de klasik ihale yöntemine göre KÖİ'nin bazı avantajları olmasına rağmen KÖİ'nin tamamen başarılı olduğunu söylemek mümkün değildir. PFI yönteminde sözleşmelerdeki karmaşıklık, kamu ve özel kesim arasında bulunan tesisi işletme farkı ve en önemlisi hesap verilebilirlik konusundaki problemler başarısızlık olarak görülmektedir (Alshawi, 2009).

Sağlık alanındaki PFI tasarımlarında 1995-1999 yılları arasında 60 milyon Avro değerinde 14 proje, 1999-2004 yılları arasında 80 milyon Avro değerindeki 19 proje ve 2004-2009 yılları arasında 90 milyon Avro değerinde 26 proje faaliyete sokulmuştur. Büyük Britanya bilhassa 2008 krizinden sonra PFI faaliyetlerinde ortaya çıkan problemler nedeniyle işbirliğinde ki politikalarını gözden geçirmiş ve "Private Finance 2" (PF2) olarak adlandırdığı yeni KÖİ politikasını 2012 yılında ilan etmiştir. Proje finansmanında devletin rolü, riziko dağılımı, sözleşme yönetimi, sigortalama, esneklik ve özellikle saydamlık konularında yeni düzenlemeler yapılmıştır. PF2 yaklaşımında en çok üzerinde durulan konu saydamlıktır (Treasury, 2012). İngiltere 'de PFI modelinden beklenen faydaların elde edilememesi nedeniyle yapılan değişiklikler, PF2 adı altında düzenlenmiştir. PFI modelinin paranın karşılığını vermediği, hizmetten yararlananların yeteri kadar memnun olmadığı, vatandaşlara yüklediği yük konusunda yeteri kadar açıklık bulunmadığı hakkında kaygılar oluşmuş ve bahse konu durum özel kesim, kamu

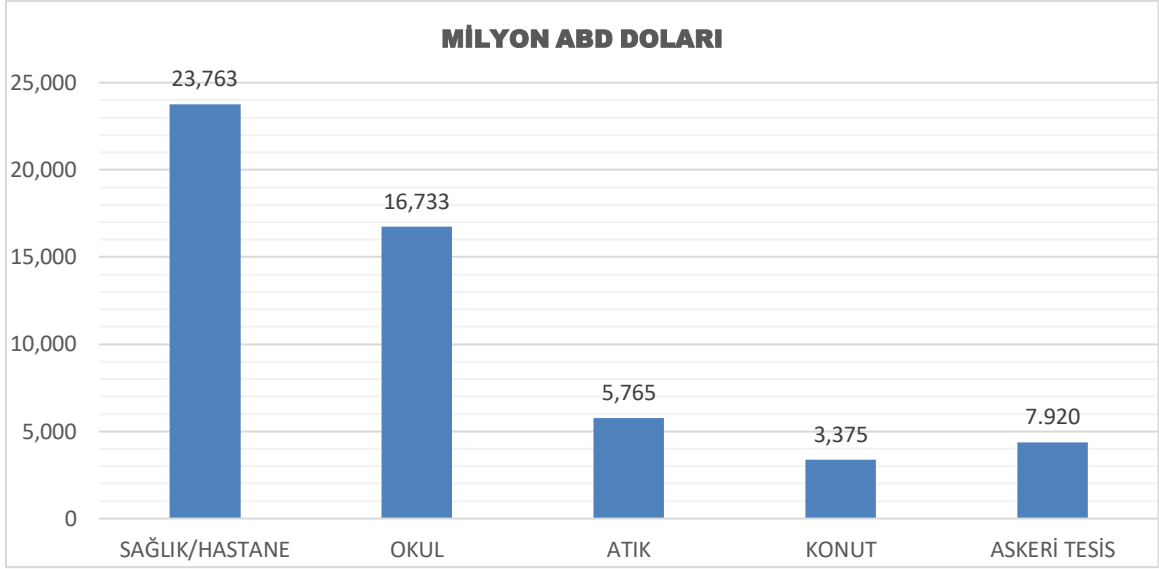
idareleri ve kamuoyu arasında tartişmalara neden olmuştur. PF2 hakkında duyurulan dökümanlarda; tasarının kaynak maliyeti, ihale yöntemi, inşaat ve işletme aşamalarını etkileyecek bir dizi değişiklik yapılmıştır. PFI2 yöntemi yeni bir model olmayıp, PFI yönteminin yeniden düzenlenmesini ifade etmektedir (Maltby, 2013; Allen ve Overy, 2013). Birleşik Krallık Hazinesi verilerine göre 1993-2016 dönemde İngiltere’de gerçekteştirilen KÖİ projesi sayısı 716 olup toplamda 85,5 milyar ABD Doları yatırım tutarına sahiptir. İlgili dönemde en çok yatırım yapılan sektör sağlık sektörü olmuştur (HM Treasury, 2016).



Kaynak: (HM Treasury, 2016)

Grafik 7: Birleşik Krallık’ta Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1993-2016)

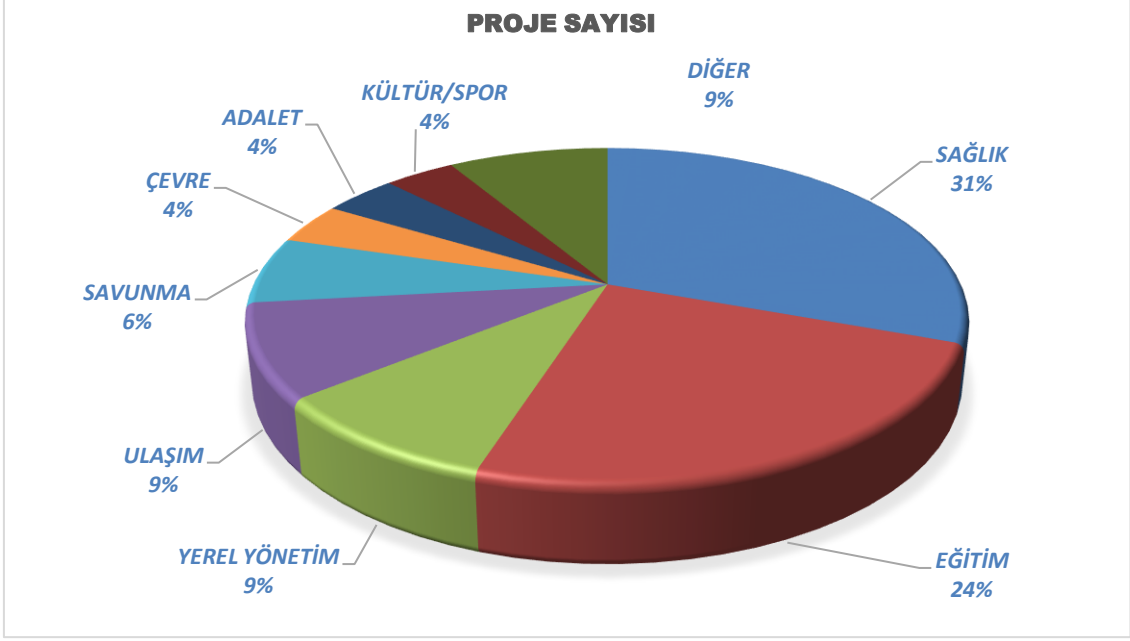
İngiltere’de eğitim/okul proje sayısı (217) ilk sırada yer alırken, sağlık/hastane proje sayısı (189) ile ikinci sırada yer almaktadır. Ancak proje yatırım miktarları incelendiğinde, sağlık/hastane yatırım tutarı yaklaşık 24 milyar ABD Doları ile ilk sırada gelirken, eğitim/okul proje yatırım tutarı yaklaşık 17 milyar ABD Doları ile ikinci sırada yer almaktadır.



Kaynak: (HM Treasury, 2016)

Grafik 8: Birleşik Krallık 'ta Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1993-2016)

İngiltere’de 1993-2016 yılları arasında mali bitişi gerçekleşmiş büyük çaplı projelerden birkaçı şunlardır; Yatırım tutarı 0,7 milyar ABD Doları olan 3 Adet Kadın Sağlığı Hastanesinin Yeniden Geliştirilmesi, yatırım tutarı 0,8 milyar ABD Doları olan Mersey Ağ Geçidi Projesi, yatırım tutarı 0,9 milyar ABD Doları olan Colshester Askeri Tesisi, yatırım tutarı 0,9 milyar ABD Doları olan Manchester Atık Projesi, yatırım tutarı 1,4 milyar ABD Doları olan Akut Sahasının Modernizasyonu ve yatırım tutarı 2,0 milyar ABD Doları olan Airwave Acil Servis Projesi gibi (Kalkınma Bakanlığı, 2017).



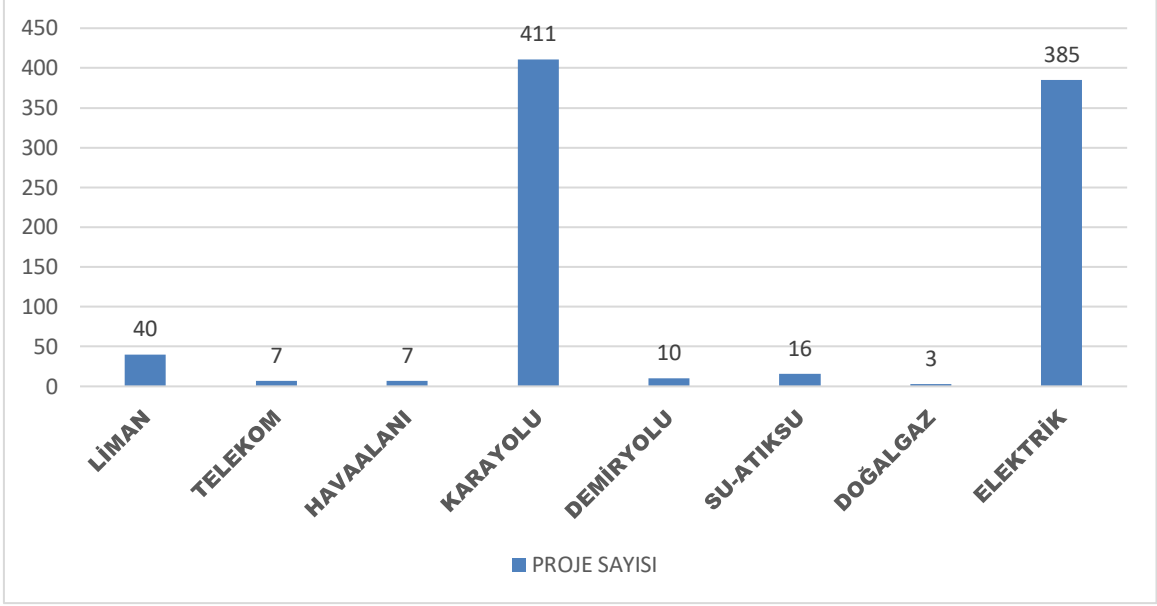
Kaynak: (NAO, 2013)

Grafik 9: İngiltere’de 2013 İtibari ile PFI Sözleşmelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı

İngiltere’ de 2013’e kadar hizmet alanları incelendiğinde, 209 projeye sağlık sektörünün ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Sağlık sektörünü 167 proje sayısı ile eğitim sektörü takip etmekte olup, ardından yerel yönetimler (63) ve ulaşım (62) gelmektedir.

2.1.5. Hindistan’da Kamu Özel İşbirliği

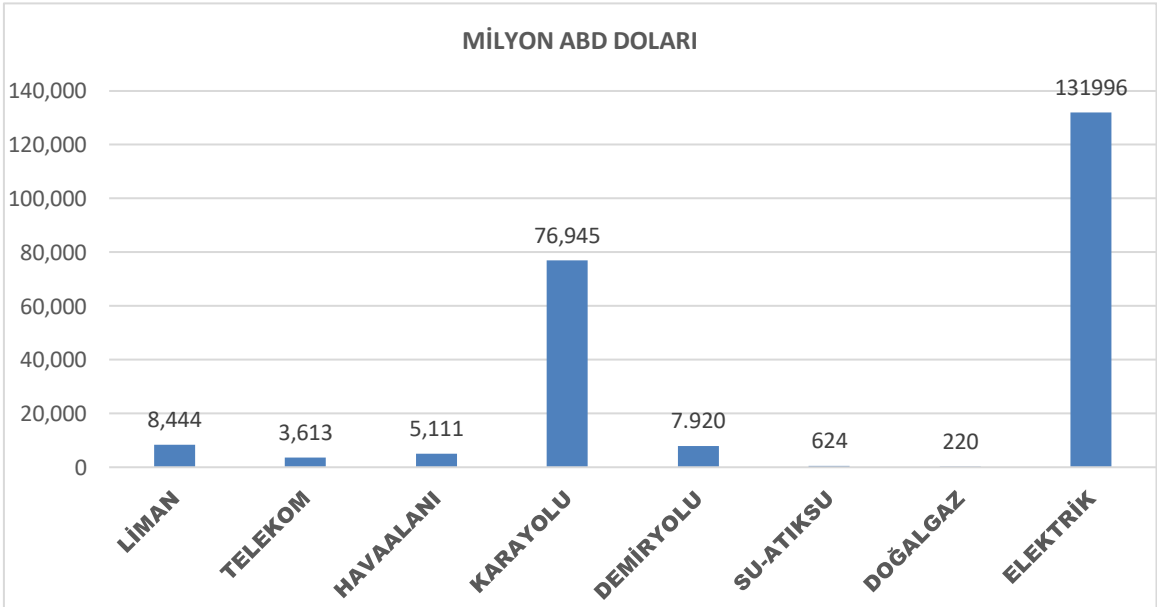
Dünya Bankası verilerine göre 1990-2017 (ilk yarısı) dönemde Hindistan’da gerçekleştirilen KÖİ projesi sayısı 879 olup toplamda 234,9 milyar ABD Doları yatırım tutarına sahiptir. İlgili dönemde en çok yatırım yapılan sektör elektrik sektörü olmuştur.



Kaynak: (Dünya Bankası, 2017)

Grafik 9: Hindistan’da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Hindistan’da karayolu proje sayısı (411) ilk sırada yer alırken, elektrik proje sayısı (385) ile ikinci sırada yer almasına rağmen, proje yatırım miktarları incelendiğinde, elektrik yatırım tutarı yaklaşık 132 milyar ABD Doları ile ilk sırada gelirken, karayolu yatırım tutarı yaklaşık 77 milyar ABD Doları ile ikinci sırada yer almaktadır.



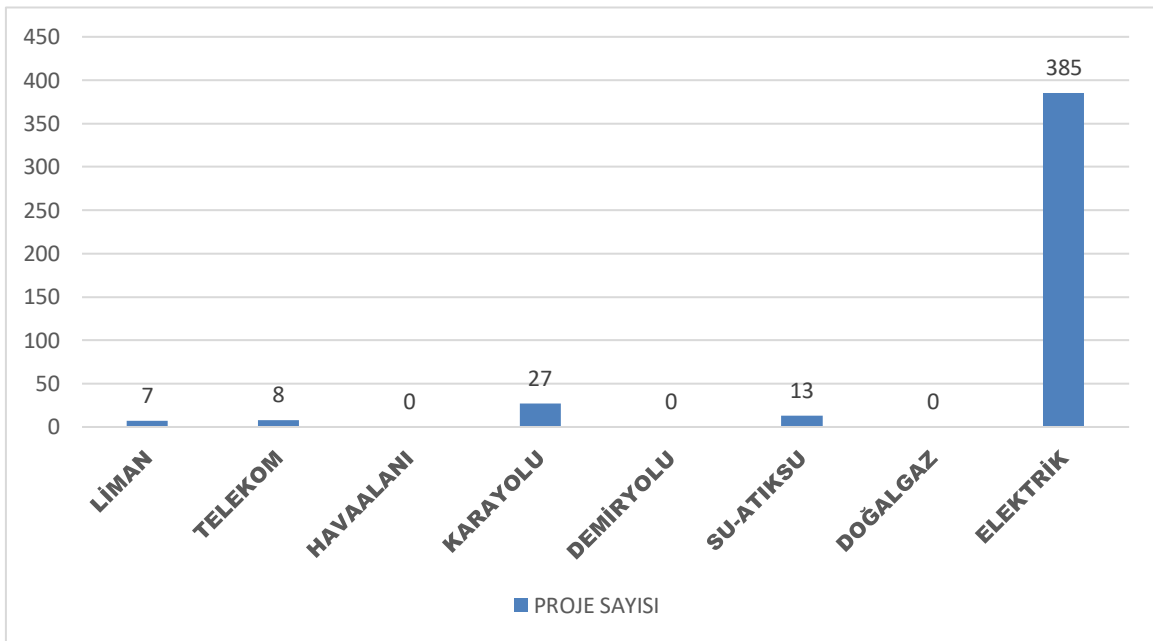
Kaynak: (Dünya Bankası, 2017)

Grafik 10: Hindistan’da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Hindistan’da gerekleŒmiŒ büyük çaplı projelerden birkaçı Œunlardır; Mumbai MetroŒu İkinci Kısım demiryolu hattı, Lalitpur Elektrik retimi Limited Santrali, Mundra Termik Santrali, GMR Kishangarh Udaipur Ahmedabad Expressway Limited karayolu gibi.

2.1.6. Endonezya’ Kamu zel İŒbirliđi

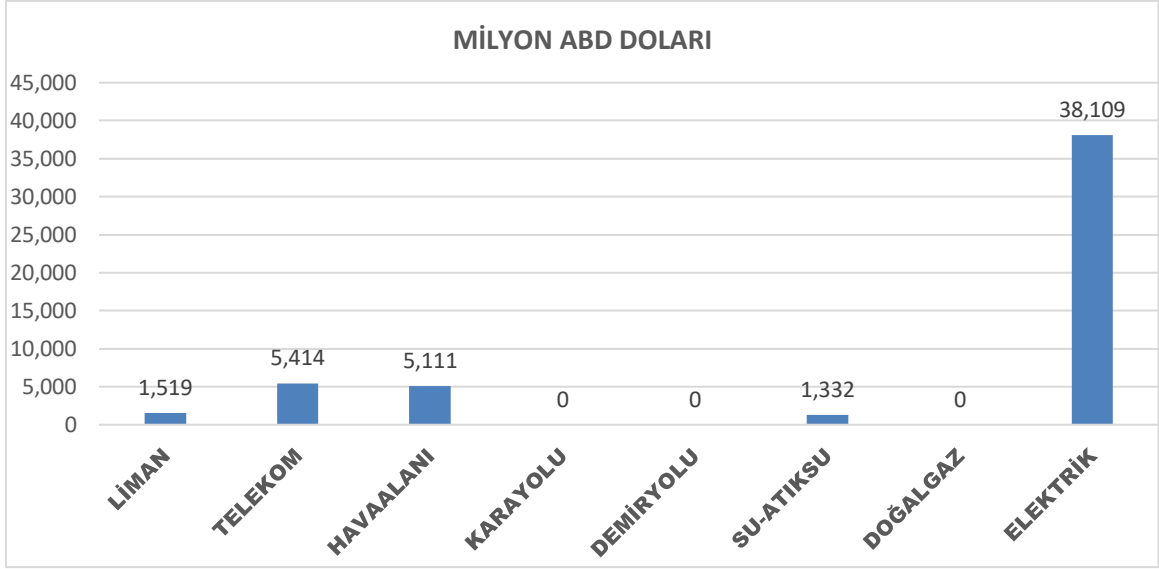
Dünya Bankası verilerine göre 1990-2017(ilk yarısı) döneminde Endonezya’da gerekleŒen K proje sayısı 114 olup toplamda 51 milyar ABD Doları yatırım tutarına sahiptir. İlgili dönemde en çok yatırım yapılan sektör elektrik sektörü olmuŒtur.



Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2017)

Grafik 11: Endonezya’da Kamu zel İŒbirliđi Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Endonezya’da elektrik proje sayısı (385) ilk sırada yer alırken, karayolu proje sayısı (27) ile ikinci sırada yer almaktadır. Proje yatırım miktarları incelendiğinde, elektrik yatırım tutarı yaklaşık 39 milyar ABD Doları ile ilk sırada gelirken, telekomünikasyon yatırım tutarı yaklaşık 5,5 milyar ABD Doları ile ikinci sırada yer almaktadır.



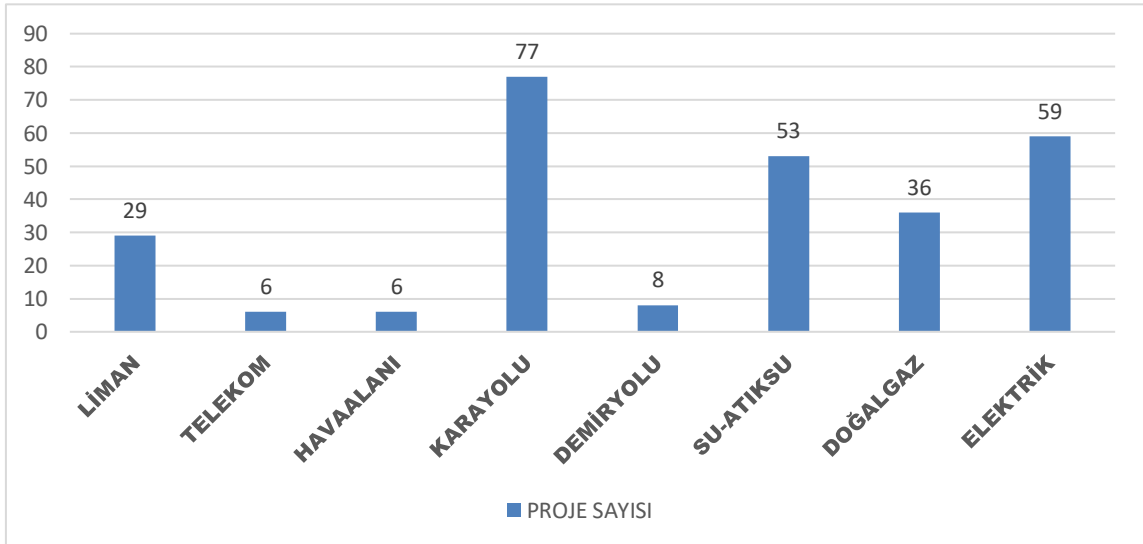
Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2017)

Grafik 12: Endonezya’da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Endonezya’da mali bitişi gerçekleşmiş bazı büyük çaplı projelere örnek; Merkez Java Kömür Santrali, PT Metra Global Telekomünikasyon, PT Jawa Güç Santrali gibi.

2.1.7. Meksika’ da Kamu Özel İşbirliği

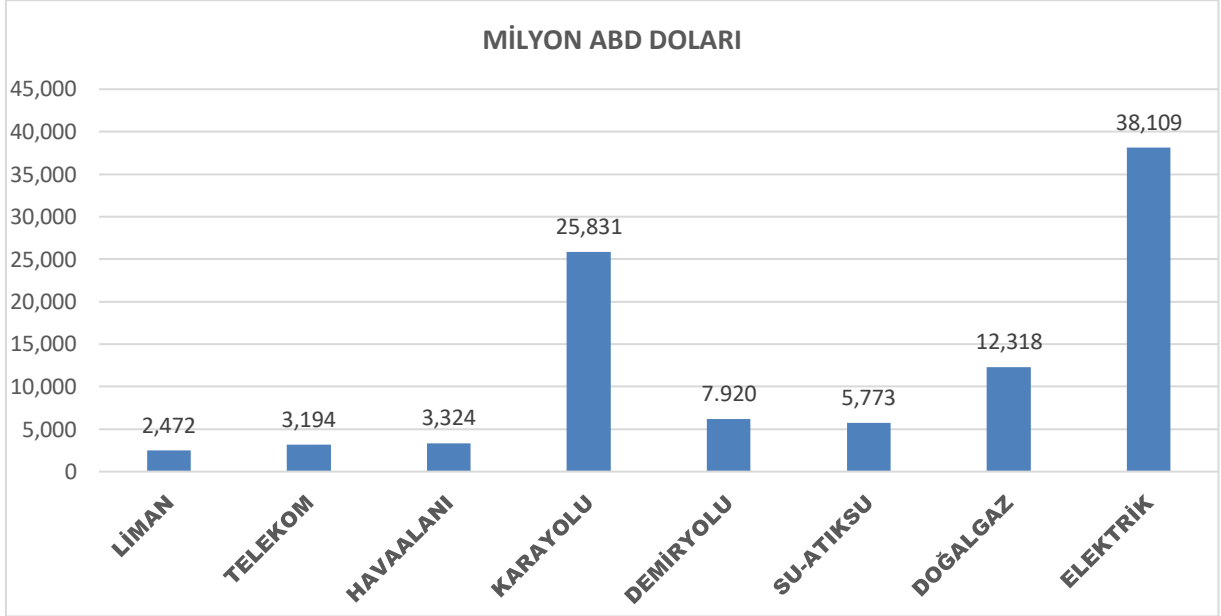
Dünya Bankası verilerine göre 1990-2017 döneminde Meksika’da gerçekleşen KÖİ projesi sayısı 266 olup toplamda 74,4 milyar ABD Doları yatırım tutarına sahiptir. İlgili dönemde en çok yatırım yapılan sektör karayolu sektörü olmuştur.



Kaynak: (Dünya Bankası, 2017)

Grafik 13: Meksika’da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Meksika’da karayolu proje sayısı (77) ilk sırada yer alırken, elektrik proje sayısı (59) ile ikinci sırada, atık su proje sayısı (53) ise üçüncü sırada yer almaktadır. Ancak proje yatırım miktarları incelendiğinde, elektrik yatırım tutarı yaklaşık 38 milyar ABD Doları ile ilk sırada gelirken, karayolu proje yatırım tutarı yaklaşık 25 milyar ABD Doları ile ikinci sırada, doğalgaz proje yatırım tutarı ise yaklaşık 12,3 milyar ABD Doları ile üçüncü sırada yer almaktadır.



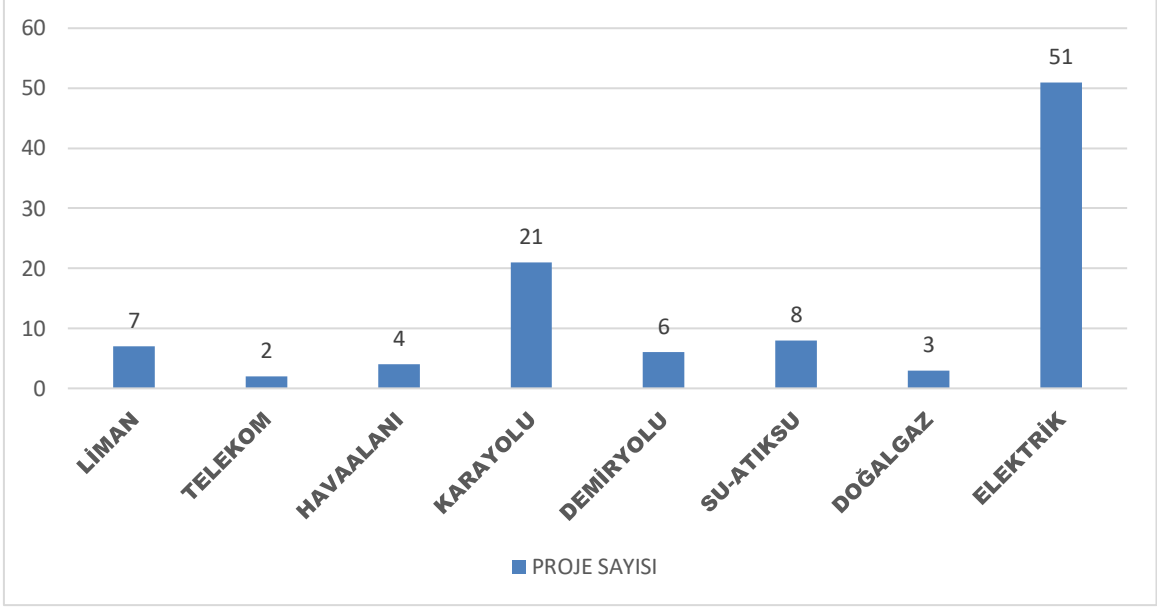
Kaynak: (Dünya Bankası, 2017)

Grafik 14: Meksika’da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Meksika’da finansal kapanışı gerçekleşmiş bazı büyük çaplı projelere ilişkin bilgiler; Guadalajara-Tepic Geçiş Ücretli Yolu, Los Ramones Gaz Boru Hattı 2. Kısım, Pasifik Havalimanı Grubu, İlk FARAC otoyol İmtiyaz Paketi, Avantel Bilişim ve İletişim Teknolojileridir (Kalkınma Bakanlığı, 2017).

2.1.8. Peru’da Kamu Özel İşbirliği

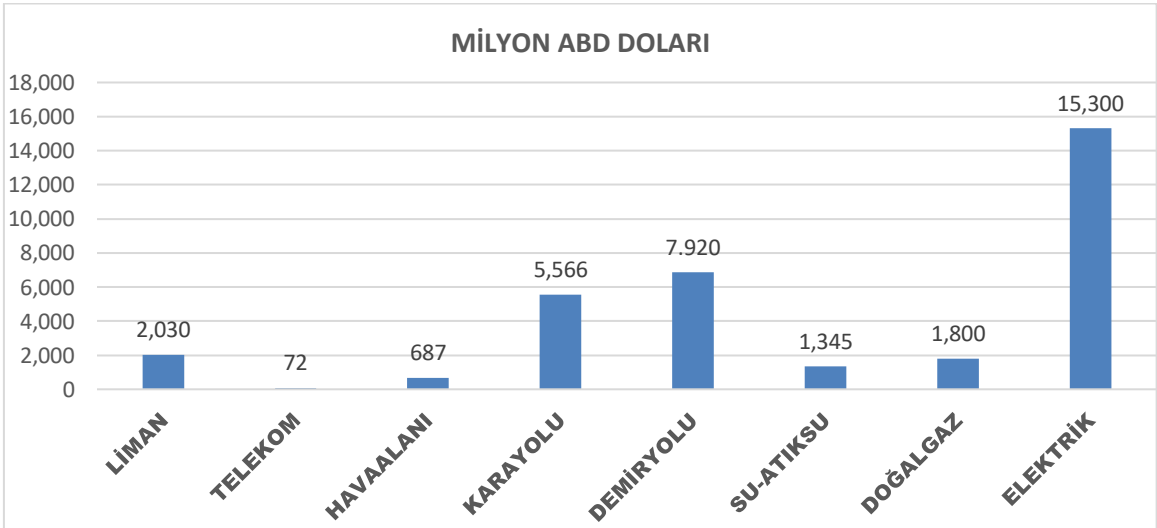
Dünya Bankası verilerine göre 1990-2017 döneminde Peru’da gerçekleşen KÖİ projesi sayısı 111 olup toplamda 29,2 milyar ABD Doları yatırım tutarına sahiptir. İlgili dönemde en çok yatırım yapılan sektör elektrik sektörü olmuştur.



Kaynak: (Dünya Bankası, 2017)

Grafik 15: Peru’da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Peru’da elektrik proje sayısı (51) ilk sırada yer alırken, karayolu proje sayısı (21) ile ikinci sırada, atık su proje sayısı (8) ise üçüncü sırada yer almaktadır. Ancak proje yatırım miktarları incelendiğinde, elektrik yatırım tutarı yaklaşık 15,3 milyar ABD Doları ile ilk sırada gelirken, demiryolu proje yatırım tutarı yaklaşık 8 milyar ABD Doları ile ikinci sırada, karayolu proje yatırım tutarı ise yaklaşık 5,5 milyar ABD Doları ile üçüncü sırada yer almaktadır.



Kaynak: (Dünya Bankası, 2017)

Grafik 16: Peru’da Kamu Özel İşbirliği Proje Yatırım Tutarının Sektörel Dağılımı (1990-2017)

Peru’da finansal kapanışı gerçekleşmiş bazı büyük çaplı projelere ilişkin bilgiler; Lima Metrosu Hat 2, Chaglia Hidroelektrik Santrali, Transportadora de Gas del Peru, Inkiac Cerro del Aguila gibi (Kalkınma Bakanlığı, 2017).

2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Türkiye’de Sektörel Açıdan İncelenmesi

Türkiye’nin bilhassa son dönemde KÖİ projeleri üzerine vermiş olduğu önem global olarak kendisini göstermektedir. 2017 yılında AB ülkeleri içinde 6 milyar Avro ile en fazla KÖİ yatırımı yaratan ülke olması ve 2013-2017 yılları arasındaki dönemde AB ülkeleri arasında 22,48 milyar Avro KÖİ yatırımı ile yine birinci sıradaki ülke olması KÖİ yatırımlarının Türkiye için önemini vurgulamaktadır. Türkiye’nin 2013-2017 dönemi arasında 22 KÖİ projesi hayata geçirerek AB ülkeleri içinde proje sayısı olarak dördüncü olmasına karşın 22,48 milyar Avro toplam proje değeriyle, oldukça büyük hacimli KÖİ projelerinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca, proje bedeli olarak içlerinde Almanya, Hollanda, İspanya gibi ülkelerinde olduğu 13 AB üyesi ülkesinin KÖİ yatırımlarından daha çok proje bedeline ulaşmıştır (EPEC, 2017).

Türkiye’deki yatırımların incelendiğinde 1987-2012 yılları arasında totalde 134 adet KÖİ projesi hayata geçirilmiş olup, tasarı değeri 35 milyar ABD dolarıdır (Eligüzeloğlu, 2012). Geçerli proje miktarı 2015 yılında ise 151’e yükselmiş ve bu projelerin 66’sı için uygulama anlaşması imzalanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2015). 2015 yılını takip eden süreçte ise 182 tanesi işletilmekte olan, 29 tanesi inşaat halinde olan ve toplam değerleri 136 milyar ABD dolarını bulan 211 adet KÖİ projesi uygulanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). İmza altına alınan tasarıların sayısı, 2017 yılını takip eden süreçte 214’e ulaşmıştır. Enerji alanında bu sayı 2012 yılında 53 iken 2014 yılında 26 adet artarak 76’ya, 2017 yılında 81’e yükselmiştir. Otoyol alanında 2014’te sayı 12 adet artarak 21’den 33’e, 2017 yılında ise 38’e yükselmiştir. Liman projelerinde ise 20’den 22’ye, havaalanı projeleri 16’dan 18’e yükselerek 2 adet artmıştır. Sağlık tesisi, turizm, gümrük, altyapı, demiryolu ve kültür turizm projelerinin sayısı 2012 yılında 24 adet iken 2014 yılında 49’a, 2017 yılında 51’e yükselmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2017; Dünya Bankası, 2017).

2.2.1. Türkiye’de Eğitim Alanında Kamu Özel İşbirliği

Türkiye’de KÖİ faaliyetlerini icra etmekle vazifeli idari makam Millî Eğitim Bakanlığının (MEB) yapısında yer alan İnşaat ve Emlak Grup Başkanlığı’dır (İEGB).

“İEGB 652 sayılı MEB Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin” (KHK) 23. maddesinde tanzim edilmiştir. 652 sayılı KHK'nin 23. Md. 4. fıkrasında eğitim sektöründe KÖİ'nin boyutu "Bakanlığın kullanımında bulunan eğitim öğretim tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki eğitim öğretim hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir" şeklinde tanzim edilmiştir. Bu tabirden de belli olacağı gibi ülkemizde eğitim sektöründeki KÖİ sadece eğitim öğretim kurumlarının inşa edilmesi ve yenilenmesi ile eğitim öğretim haricindeki hizmet sektörlerinin işletilmesini ihtiva etmektedir (KHK, 2011). MEB var olan eğitim öğretim kurumlarının ve bu kurumların ilave binalarının onarılması işlerini, ön yapılabilirlik raporu, restorasyon tasarısı, ihale vesikaları ve anlaşmada belirtilecek konular doğrultusunda, eğitim öğretim kuruluşlarındaki eğitim öğretim hizmetleri haricindeki hizmet ve alanların üstleniciye bırakılması karşılığında özel girişimciye yaptırabilir. “652 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK” ya göre restorasyon ve onarım işlerinde özel girişimci hiçbir icar ücretine ödeme yapmaz. Bedel üstlenici lehine üst hakkı kurumu yapılmaksızın, eğitim öğretim hizmet alanları haricindeki hizmet ve alanların çalıştırması karşılığında verilebilir (KHK, 2011).

Sosyal devlet esası anlayışının bir lüzumu olarak eğitim sektörünün altyapı çalışmalarını üstlenecek olan devletin bu çalışmaları KÖİ'nin kişisel yapısına uymayan bir şekilde, yalnızca bir vade devreye sokularak özel girişimcilere gördürmesi söz konusudur. Haliyle kamu maliyesinin tasarımsız borçlanması ve gelecek kuşaklara çoğalan bir borçlanma tevdiine neden olmaktadır. Bu sebeple uzun süreli vadede eğitim hizmetlerinin altyapı faaliyetlerine bağlı çalışmaların kesilmesine ve tıkanmasına neden olmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2009). Eğitim hizmetine ilişkin KÖİ tasarılarının yürütülmesi görevinin İEGB'de olması yukarıda bahsedilen yargılamaları haklı çıkarmaktadır. Bu nedenle eğitim öğretim hizmetini de ihtiva eden ve bu hizmetin devletin katı denetiminde olacağı bir ünitenin teşekkülü gerekmektedir. Bu da ancak MEB kuruluşu içinde ayrı bir KÖİ ünitesinin kurulması ile mümkündür (Karasu, 2009). KÖİ ünitesine kurulan işbirlikleri kontrol yetkisi verilmesi ve bu salahiyyetin hiyerarşik kontrollerle ifa edilmesi gerekmektedir. Eğitim sektörüne bağlı KÖİ uygulamalar ayrıca Kredi Yurtlar Kurumu vasıtasıyla yurtların inşası ve yenilenmesinde de olası hale

gelmektedir. 351 sayılı Yüksek Öğrenim KYK Kanunu'nun 20. maddesinde tertip edilen yurtların inşası ve tamirinde KÖİ faaliyetlerinin boyutu belirtilmiştir. Bu nedenle yurtların inşası ve onarımında, yapılan KÖİ ile kurumun bir kısmının veya tamamının 49 seneyi aşmaması şartıyla kiralanması mümkündür. Ayrıca "351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu'nun" 20. Maddesi gereğince yapılacak YKD modeli kapsamında yurtlar ve tesislerin yönetimi makul bir süreyle sınırlı olup müddet bitiminde devir öngörülmesine karşın, 2012 yılında Kalkınma Bakanlığının yayınlamış olduğu KÖİ'ye ait mevzuatta Yİ modeli olarak belirlenmiştir. MEB'e tabi Eğitim Kampüsleri'nin inşa edilmesi, geliştirilmesi, bahse konu kampüslerde yer alan müşterek kısım ve kurumların; bütçe, tasarruf, yönetme, idari ve mali mekanizmasına ilişkin yöntem ve kaidelerinin tertip edilmesi için 2009 yılının mart ayında MEB Eğitim Kampüsleri Direktifi yayımlanmıştır. Bu direktifte eğitim kampüslerinin inşa prosedürü, mali mükellefleri, yönetim örgüsü, hizmet satın alması ve kampüs idaresinin ne şekilde olacağı ve bu idarenin mesuliyetleri ayrıntılı bir biçimde tanzim edilmiştir. Fakat bu direktif eğitim sektöründe KÖİ modeli hükümlerini tertipten çıkarıldığı için yeterli mahiyete sahip değildir (MEB, 2009).

Eğitim hizmetlerinde KÖİ hakkında Türkiye'nin durumuna bakmak için MEB Stratejik Planına bakılabilir. Stratejik Plan'da özel kesimin mali gücünden yararlanma amacını; devletin tanzim edici, denetleyici ve takviye edici rolüyle devrin her türlü teknolojik ve fiziksel çevrelerini meydana getirme özelliğine sahip özel öğretim kurumlarında; topluluğun değişen ve türleşen eğitim isteklerinin karşılanması, eğitim sistemimizin daha da ilerlemesi ve hususi öğretimin eğitim düzeni içerisindeki hissesinin artırılması için özel sektörün mali gücünü eğitim mevduatlarına dönüştürmek tabirleriyle dile getirmektedir (MEB, 2009).

MEB, KÖİ kapsamında ülke genelinde 33 adet eğitim kampüsü inşa etmek için "Eğitim Kampüsleri Mimari Proje Yarışması" tertip edilmiştir. Belirtildiği üzere proje yarışması ülke çapında lise gereksiniminin daha çok olması ve il merkezlerinde yeteri kadar arazilerin olmaması sebebiyle KÖİ projeleri tanımlanmıştır. Evle�iyetle İstanbul, İzmir, Adana, Kocaeli, Aydın, Şanlıurfa, Erzurum ve Muğla illerinde tahakkuk etmesi planlanan KÖİ projelerinin ilk gayesi, şehir merkezinde yoğun olarak yerleşmiş olan liselerin şehir merkezi dışına taşınmasıdır. Bu kentlerdeki liselerin il dışına çıkarılması ile bahse konu lise binaları ilk ve ortaokula çevrilecek ve böylelikle ufak çağdaki

öğrencilerin ikametlerine uzak olmayan okullarda eğitim almaları temin edilecektir. Hatta lise binalarının ilk ve orta öğretime çevrilmesiyle derslikte bulunan öğrenci sayısının azalması gibi birçok yarar sağlanacaktır. Türkiye’de KÖİ projeleri ile kurulan eğitim kampüsleri hala inşa edilmemekle birlikte, KÖİ ile eğitim kampüslerinin ihalelerine başlanacağı ve KÖİ ile yapılacak olan projeler ihaleler yapıldıktan sonra hizmete sunulacağı MEB tarafından açıklanmıştır. Bu kampüsler, mimari yarışmalar ile elde edilecek projelerin uygulanabilir duruma getirileceğinden dolayı şehir merkezlerinde kalmış eğitim tesislerinin problemlerine çözüm mahiyetine sahip olmasının yanı sıra, fakir ve henüz gelişme aşamasındaki bölgelerde sosyal ve fiziki yönden emsal kalitede olacak ve bu kesimin hayat standardını arttıracaktır.

2.2.2. Türkiye’de Enerji Alanında Kamu Özel İşbirliği

Devletler için stratejik önemi olan enerji sektöründe devamlı çoğalan istekler ve mübadele eden çevresel şartlar sebebiyle, sürekli yüksek değerli ve yenilikçi çareler geliştirilmelidir. KÖİ yardımıyla yeni santrallerin inşa edilmesinde, enerji hatların yenilenmesinde ve tüketiciye tevzi edilmesinde devlet özel finansmandan yararlanırken, denetim yeteneğini kaybetmemektedir. Türkiye’ de enerji hizmetlerinde KÖİ uygulamalarının yasal dayanağı 4/12/1984 tarih ve 3096 sayılı “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun” ile enerji hizmetlerinde YİD modeli ve İHD modeline bağlı düzenlemeyle sağlanmıştır. KÖİ projesi uygulamalarına yönelik 1984 yılında çıkan ilk yasanın ardından, 1986 yılında enerji projeleriyle birlikte yabancı ve yerli özel sektör şirketlerinin İHD ve YİD prosedürü elektrik yatırımlarının önü açılmıştır. Her ne kadar KÖİ modelleri yatırımlarında uygulanmaya başlanmış olsa da elektrik hizmetlerinde devlet tekelinin sona ermesi kapsamındaki ilk tasarılar ancak 1990’lı yıllarda başlayabilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

YİD modelinde yer alan devir faktörünün lüzumsuz olduğu, işletme ömrünü büyük miktarda tamamlayan kuruluşların sözleşme müddeti sonunda devrinin devlete bir katkısı olmayacağı, devir faktörünün devletin küçültülmesi ve özelleştirme yönetimiyle bağdaşmadığı şeklindeki fikirler ve enerji gereksiniminin giderilmesi için alternatif model arayışları aktif rol oynamıştır. Böylece Yİ modeli Türkiye’de elektrik enerjisi üretiminde kullanılmıştır. Bu model ile birlikte, mülkiyeti özel kesime ait olması üzerine termik santral inşa etme ve işletme ruhsatı verilmekte, üretilen elektriği ise

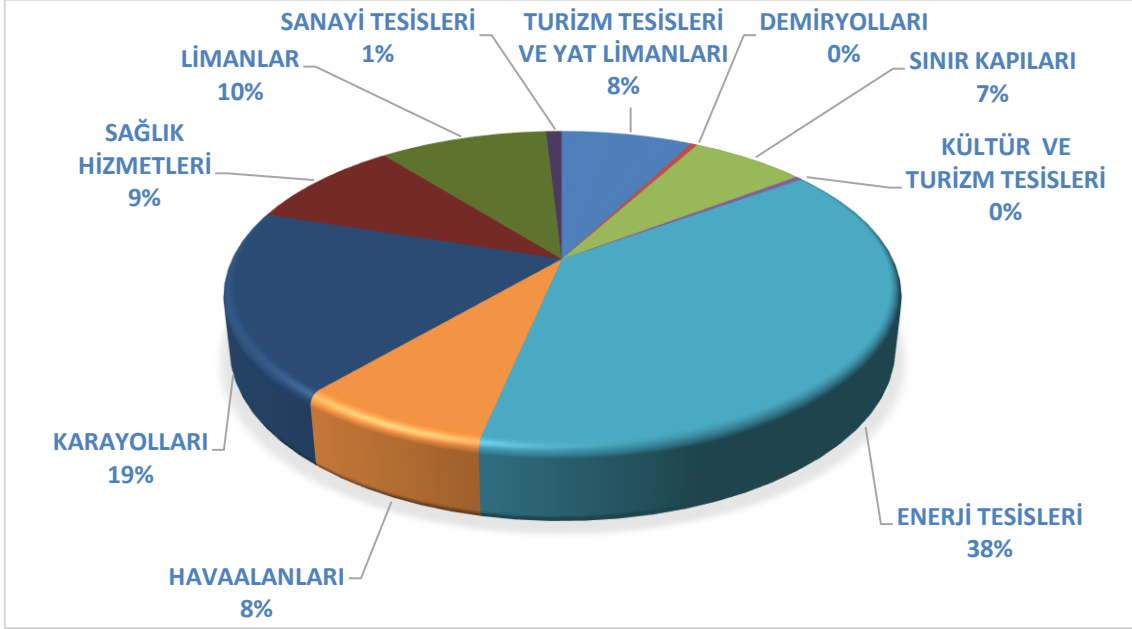
kamu satın almaktadır. Anlaşma sonunda ise elektrik santrali özel kesimde kalmaya devam etmektedir (Bozoğlu, 2005).

Elektrik enerjisi üretim tesislerinin inşa edilmesine dair Bakanlar Kurulunun aldığı kararı ile Yİ modeli hazırlanmıştır. Fakat Danıştay, elektrik üretimi ifa edecek tesisi inşa etme ve işletme onayı verme konusundaki her nevi düzenlemenin 1994 yılında 3096 sayılı Kanunun 4. maddesinde tanımlanan gerekçeler çerçevesinde uygulanması gerektiği; 3096 sayılı Yasa hükümleri göz ardı edilmek üzere Bakanlar Kurulu Kararı ile yapılan düzenlemelerin kanuni zemininin olmadığı, imtiyaz sözleşmelerini içerdiği ve bu sebeple mevzuata uygun olmadığı belirtilerek, kararın icrası durdurulmuştur. Bu tekâmül üzerine, 1997 yılında, 4283 sayılı YİD ile ‘Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkındaki Kanun’ ve Yİ modeli ile ‘Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik’ uygulanmaya konmuştur. 2006 yılında çıkarılan 5539 sayılı Kanun ve bu yasada yapılan tadilatlarla bu yasa kapsamında “Türkiye Elektrik İletim Anonim Şirketi” ile yapılacak sözleşmelerin özel hukuk sözleşmeleri olması yargısına bağlanmıştır (Tekin, 2017).

Elektrik hizmetlerinde iletme, üretme ve dağıtma tasarıları için 3096 sayılı Yasa, üretilen elektriğin evvelden belirlenmiş tarife üzerinden öde veya al yöntemi çerçevesinde “Türkiye Elektrik Ticaret ve Taahhüt A.Ş.” a satışını öngörmektedir. Ayrıca işletim müddetinin bitiminde ise inşa edilen tesisin Elektrik Üretim A.Ş. (EÜAŞ)’a devredilmesi gerektiği belirtilmektedir. Böylece YİD modeliyle ortalama 2.300 megavat gücünde 25 tane termik, hidroelektrik ve rüzgâr santrali projesi inşa edilmiştir. Bu projelerden 10 adet YİD tasarısına devlet hazinesinden garanti verilmiştir. EÜAŞ’ın elindeki santrallerin özelleştirme idaresi tarafından İHD veya varlıkların satımı yöntemleri ile EÜAŞ mülkiyetinden alınarak özel sektör kişilerine aktarılması işlemine başlanmış ve devletin piyasadaki üretici faaliyetlerinin azaltılması asıl hedef olmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

YİD ile inşa edilen santrallerden 2015 yılı bitiminde toplamda 12,3 milyar kilovat elektrik üretilmiştir. Ülkemizin enerji ihtiyacının yüzde 4,6’sını YİD modeli ile yapılan santraller karşılamıştır. Birecik Santrali en geniş güce haiz santraldir ve 2016’da kamuya devredilmiştir (www.enerjiatlası.com, 2016). 4628 sayılı Elektrik Piyasası Kanunu çıkarılıncaya kadar, 4283 sayılı ve 16 Temmuz 1997 tarihli “Yap-İşlet Modeli

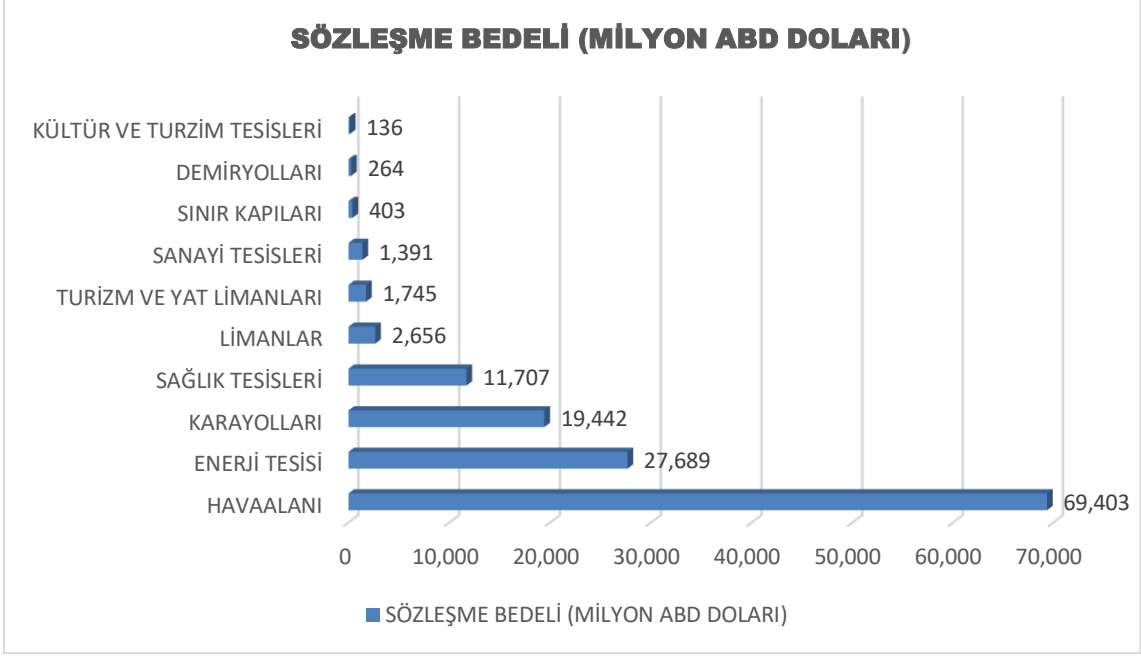
ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun”, ile hepsi kamu hazinesi güvencesine sahip olan total 5.360 megavat kuvvetinde beş tane doğalgaz elektrik santrali tasarısı yapılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2014).



Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2017)

Grafik 17: Sözleşmesi İmzalanmış Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Yüzdesel (%) Dağılımı (1986-2017)

Ülkemizde 1986-2017 yılları arasında toplam 225 KÖİ projesinin anlaşması imzalanmıştır. 225 proje arasında enerji tesislerinin proje sayısı 86 olarak ilk sırada yer almaktadır.



Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2017)

Grafik 18: Sözleşmesi İmzalanmış Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sözleşme Bedeli Olarak Sektörel Dağılımı (1986-2017)

Sözleşmesi imzalanan 225 projenin toplam anlaşma değeri (yatırım tutarı+kamuya ödenecek tutar) yaklaşık olarak 135 milyar ABD dolarıdır.

Tablo 1: İşletme Aşamasında Olan Enerji Projelerinin Kamu Özel İşbirliği Modellerine Göre Dağılımı (1986-2017)

ENERJİ PROJELERİ	İŞLETME AŞAMASINDA OLAN PROJELER	MODEL	PROJE SAYISI	YATIRIM TUTARI	İŞLETME HAKKI DEVRİ BEDELİ
		YAP/İŞLET/DEVRET	25	4.969.445	-
	İŞLETME HAKKI DEVRİ	56	-	18.523.529	
	YAP/İŞLET	5	4.196.807	-	
	YAP/KİRALA/DEVRET	-	-	-	
	TOPLAM	86	9.166.253	18.523.529	

Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2017)

Enerji sektörüne ait yatırım tutarı 27,6 milyar ABD Doları olup, ilk sırdaki havaalanı projelerine ait yatırım tutarından sonra ikinci sırada yer almaktadır.

Tablo 2: Türkiye’de Elektrik Enerjisi Sektörüne Yapılan Yatırımlar (2017)

KAYNAK TÜRÜ	SANTRAL SAYISI	KAPASİTE
DOĞALGAZ	26	6255,7 MW
HİDROLİK	124	3390,4 MW
KÖMÜR	4	2622,7 MW
İTHAL KÖMÜR	3	1955,2 MW
RÜZGAR	65	1790,1 MW
YERLİ KÖMÜR	5	1715,0 MW
JEOTERMAL	9	239,6 MW
FUEL OİL	2	64,6 MW
BİOKÜTLE	6	23,8 MW
ATIL ISI	1	5,5 MW
TOPLAM	245	18062,6 MW

Kaynak: (EÜAŞ, 2017)

Ülkemizde elektrik enerjisi üretmek için kurulmuş santral sayısı, 2017 yılı Temmuz sonu itibarıyla lisansı olmayan santrallerde dahil olmak üzere 3098 adettir. Santrallerin 613 adeti hidroelektrik, 40 adeti kömür, 186 adeti rüzgâr, 33 adeti jeotermal, 288 adeti doğalgaz, 1773 adeti güneş, 165 adeti ise diğer kaynaklı santrallerdir. 61 adet termik santral ise şimdiki durumda işletilmeye devam etmektedir (TÜİK, 2017). YİD modeli ile inşa edilen ve işletmeye geçen totalde 24 tane santral bulunmaktadır. Bahse konu santrallerin 18 adeti hidroelektrik, 4 adeti doğalgaz ve 2 adeti de rüzgâr santrallerinden meydana gelmektedir (www.eigm.gov.tr).

Tablo 3: İşletmeye Geçen Bazı Yap-İşlet-Devret Santralleri

PROJENİN ADI / TÜRÜ	ÜRETİLEN GÜÇ (MW)	İŞLETEN FİRMA
BİRECİK / HES	672	BİRECİK A.Ş.
YAMULA HES/ HES	100	KAYSERİ ELEKT. A.Ş.
SUÇATI/ HES	7	SUÇATI ENERJİ A.Ş.
DİLOVASI/ DOĞALGAZ	253,4	OVA ELEKTRİK A.Ş.
MARMARA EREĞLİSİ/ DOĞALGAZ	478	TRAKYA ELEKT. A.Ş.
MARMARA EREĞLİSİ/ DOĞALGAZ	478	UNI-MAR
BOZCAADA/ RÜZGAZ	10,2	BORES A.Ş.
ALAÇATI/ RÜZGAR	7,2	ARES A.Ş.

Kaynak: (Enerji, 2019)

2017 yılı Temmuz ayı sonuna gelindiğinde verilerine göre ülkemizde bulunan total yerleşik gücün % 25,1'i EÜAŞ'a, % 61,5'i bağımsız üretim firmalarına, % 7,6'sı Yİ santrallerine, % 1,7'si YİD santrallerine, % 2'si icar edilen santrallere ve son olarak % 2'lik bir hisse de lisanssız santrallere aittir.

2.2.3. Türkiye'de Ulaştırma Alanında Kamu Özel İşbirliği

Türkiye'de bilhassa son yıllarda ulaştırma sektöründe KÖİ uygulamaları çoğalarak süreklilik arz etmektedir. Osmanlı Devleti'nde uygulama alanı bulan bir model olan imtiyaz metoduyla halka elektrik, tramvay, tren yolları gibi birtakım hizmetler sunulmuştur. 1850'li yıllarda 'İstanbul Şirket-i Hayriye Deniz Hatları İşletmesi' ve 1870'li yıllarda dünyanın ilk metro emsallerinden olan 'Beyoğlu Tüneli' projesi imtiyazın ilk örnekleri olmuştur. 20. yüzyılda yeryüzünde devam eden savaşlar ve 1929 Ekonomik Buhranı gibi nedenlerle uzun süreli imtiyaz uygulamalarına dünya genelinde hükümetler tarafından fazlaca yer verilmemiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

3996 sayılı Yasa ile YİD modeli çerçevesinde gerçekleştirilen ve istikrarlılık arz eden esas projeler, Devlet Hava Meydanları İşletmesi (DHMI) tarafından meydana getirilen havalimanları tasarıları ile Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı (UDHB) tarafından oluşturulan liman ve yat limanı tasarılarıdır. Ortalama 14 milyon ABD Doları yatırım tutarı olan Karayolları Genel Müdürlüğü (KGM)' nün Göcek Tüneli Projesi 2006 yılında hizmete girmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Ülkemizde ulaşım sektörü ile ilgili olarak merkezi idare, yerel idare ve diğer kamu kesimi kuruluşları müzakere, tasarlama, ihale, inşa, bakım/onarım, işletme ve finansman hususlarında faaliyetlerde bulunmaktadır. Köprü, tüp geçit, karayolu, liman, havaalanı ve raylı sistemlerinin inşa edilmesi için yoğun bir biçimde KÖİ'ye müracaat edildiği bilinmektedir. Bu tarz yatırımların büyük çaplı projeler olması sebebiyle kamu bütçesine ciddi külfet oluşturmaktadır. Bütçeye münhasır finansman yoluyla bahse konu ulaştırma sektöründe isteğe cevap verilmek istenmesi yatırımların gecikmesine veya yatırımların hiç ifa edilmemesine neden olabilmektedir. Bütçe ile karşılanmasında zorlanılan bu alanlara KÖİ ile gittikçe sık sık yatırım yapılmaktadır (Kılıçaslan, 2017). Ulaşım kendi özünde başlı başına bir iktisadi etkinlik olduğu gibi diğer sektörlerle de olumlu yönde yakın bağı olan büyük bir hizmet sektörüdür. Ulaşım hizmetlerine olan istek; sosyal, kültürel ve iktisadi aktivitelerin neticesinde oluşur. Ulaşım altyapı gereksinimi ise bu isteğe bağlı olarak gelişir ve yetişir. Pazar ekonomilerinin tesiriyle gittikçe ekonomisi büyüyen ve kalkınan ülkemizde yolcu ve kargo taşıma isteğinin emniyetli, rahat ve zaman kaybetmeden karşılanma talebi ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda hemen hemen her ülke için ulaştırma hatlarının teknik ve iktisadi yönden en elverişli alanlarda kullanıldığı kararlı, sürdürülebilir ve hesaplı bir ulaşım düzenine sahip olunmasının ehemmiyeti vardır.

2.2.3.1. Karayolu Alanında Kamu Özel İşbirliği

Makro ölçekli finansman gereksinimi olan otoyol tasarıları, elde edilen istikrar ve ekonomiye hissedilen güven sebebiyle KÖİ modeliyle hayata geçirilmektedir. Bu kapsamda;

Osmangazi Köprüsü ve Bağlantı Yolları Dahil Gebze-Orhangazi-İzmir Otoyolu

Nüfusun yaklaşık 39 milyon insanın hayatını sürdürdüğü coğrafya olan ve Türkiye'nin en büyük şehirlerinden olan İstanbul, Bursa ve İzmir'i birbirine bağlayacak olan 384 km otoyol ve 43 km bağlantı yolu olmak üzere totalde 426 kilometre uzunluğundaki otoyol projesinin; 2017 yılında Gebze-Gemlik-Bursa Kesimi, Kemalpaşa Bağlantı Yolu, Kemalpaşa- İzmir Kesimi ve 2.682 metre boyundaki Osmangazi Köprüsü bitirilmiş ve trafiğe açılmıştır. Projenin anlaşmaya göre yasal bitiş tarihi 2020 olmasına karşın 2019 yılında tamamlanmıştır. İnşası tamamlanan ve hizmete açılan Osmangazi Köprüsü

1.550 m orta açıklığı ve totalde 2.682 metre uzunluğu ile dünyada en büyük orta açıklıklı asma köprüleri içinde 4. sırada yerini almaktadır.

15/03/2015 tarihinde anlaşması imzalanmış olan projenin toplam inşa maliyeti yaklaşık 7,6 milyar ABD Dolarıdır. 7 yılı yatırım süresi, 15 yıl 4 ayı işletme müddeti olmak üzere anlaşma süresi 22 yıl 4 ay olarak belirlenmiştir. Bu projenin tamamının faaliyete geçmesiyle Osmangazi Köprüsü ile Körfez arası geçme süresi yaklaşık 1 saatten 6 dakikaya, yolculuk süresi İstanbul'dan; Bursa'ya ortalama 3 saatten 1 saate, İstanbul'dan İzmir'e ortalama 8 saatten 4 saate düşmüştür. Ayrıca turizm, sanayi ve tarım merkezlerinin bulunduğu Marmara Bölgesi ile Ege Bölgesi tehlikesiz, kaliteli ve kısa müddetli yolculukla birbirine bağlanacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 2015).

Yavuz Sultan Selim (YSS) Köprüsü ve Odayeri/Kurtköy Kesimi Dâhil Kuzey Marmara Otoyolu

Karayolu geçişine sahip olmasının yanında yüksek hızlı tren imkanına sahip olan dünyanın en geniş platformlu YSS köprüsünün de yer aldığı 102 km'si otoyol, 46 km'si bağlantı yolu olmak üzere totalde 148 km boyundaki Kuzey Marmara Otoyolu tasarısının Odayeri-Kurtköy Kesimi, YSS köprüsü ile beraber 26 Ağustos 2016' da trafiğe açılmıştır. YSS Köprüsü, üstünde 2x4 otoyolu ve 2x1 raylı sistem geçişi olan, dünyanın en geniş, raylı sistemi dünyanın en uzun ve dünyanın en yüksek kulesine sahip asma köprüsüdür. İstanbul'daki var olan havalimanları arasındaki transit temas sağlanmakta, ayrıca boğazdaki trafik yoğunluğunun azalması hedeflenmektedir. 13/05/2014 tarihinde imzalanan anlaşma yatırım değeri yaklaşık 2,4 milyar ABD Doları tutarında olup 2 yıl 6 ay yatırım müddeti, 7 yıl 8 ay işletim müddeti bulunmaktadır. Projenin bitmesiyle halihazırda 2,5 kat kabiliyetle çalışan Boğaz Köprülerindeki trafik sıkışıklığının azalması ve bölgenin iktisadi taraftan güçlenmesi hedeflenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2015).

1915 Çanakkale Köprüsü dâhil Kınalı-Tekirdağ/Çanakkale- Balıkesir Otoyolu

Otoyolu Projesi kapsamında yer alan 1915 Çanakkale Köprüsü dahil YİD tasarısı 88 km'si otoyol ve 13 km'si bağlantı yolu olmak üzere totalde 101 km uzunluğundadır. Proje, Malkara ilçesinin güney kısmından, Şarköy ilçesinin batısından geçtikten sonra güneybatıya yönelerek Gelibolu Yarımadası'na ulaşmaktadır. Temeli 18 Mart 2017'de

atılmış olup çalışmalar devam etmektedir. Ülke ekonomisinin en ileri seviyedeki bölgesi olan ve nüfusun büyük bir kısmının ikamet ettiği Marmara ve Ege Bölgelerindeki diğer ulaştırma sistemlerinin karayolu ulaşım projeleri ile bütünleşmesi sağlayarak sanayinin gereksinim duyduğu kararlı bir planlama ve yapılanmanın ortamı hazırlanmaktadır.

Avrasya Tüneli (İstanbul Boğazı Karayolu Boğaz Tüp Geçiş Projesi)

Halihazırda var olan 15 Temmuz Şehitler, Fatih Sultan Mehmet ve YSS köprülerinin trafik yoğunluğunu paylaşan, Anadolu Yakasında E-5 karayolu ile Avrupa Yakasında Sahil yolunu birleştirecek, yalnızca hafif araçların kullanabileceği proje totalde 14,6 km uzunluğunda bir karayolu projesidir. YİD modeli kapsamında gerçekleştirilen yaklaşık 1,25 milyar ABD doları yatırım tutarı ile bir seferde ihale edilmiş olması, bu projeyi imtiyazlı duruma getirmektedir. Önemli YİD projelerimizden Avrasya Tüneli 30 Ocak 2013 itibariyle yer teslimi yapılarak işlere başlanılmıştır. Projenin sözleşmedeki bitiş tarihi 30.08.2017 olmasına karşın, proje 20 Aralık 2016 tarihinde bitirilerek hizmete açılmaktadır. İstanbul'un yoğun trafik vakitlerinde daha dengeli bir şehir içi ulaşımına katkı sağlanmaktadır. Kazlıçeşme-Göztepe arası seyahat 60-100 dakikadan 15 dakikaya kadar düşmektedir. Avrasya tüneli işletme süresi 24 yıl 5 ay olarak belirlenmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2015).

2.2.3.2. Denizyolu Alanında Kamu Özel İşbirliği

Türkiye'nin gittikçe artan turizm gücü ve Akdeniz bölgesindeki yat turizminden elde edeceği hissenin yükseltilmesine müteveccih oluşturulan siyaset marina sayımızı arttırmaktadır. Bu sektörde de YİD Modeli ile marinalar inşa edilmekte, özel kesim yatırımcıları cephesinden de fazlaca yat limanı tasarısı hazırlanmaktadır. YİD modeliyle 2003 yılına kadar 1 adet proje sonlandırılmışken, halihazırda yapımı bitirilerek faaliyetine devam eden marina adeti 10'a yükselmiştir. Kamusal bütçe kullanılmadan yapılan bu tasarıların ekonomiye yardımı yaklaşık 1 milyar TL'dir.

Kuzey Ege Çandarlı Limanı

Ülkemizin en önemli, Avrupa Bölgesinin ise 10'uncu önemli konteyner limanı olarak tasarlanan Çandarlı Limanı'nın omurgası 15.05.2011 tarihinde atılmıştır. Avrupa-Orta Doğu arasındaki gizil trafiğinden dolayı toplu nakliyat zincirinde, transfer merkezi

olarak tasarlanmıştır. YİD ile inşa edilecek olan, 2.200 metre boyundaki ve 1.000 metre enindeki rıhtımın, YİD Modeli ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Filyos Limanı

Karadeniz’de kuzey-güney ekseninde toplu nakliyat hizmeti verecek bir liman kompleks tesisin uygulanmaya konulması amaçlanmaktadır. Filyos limanı projesi aynı hususta arka alanında oluşturulması tasarlanan Sanayi Bölgesi icraatları nedeniyle Bölgesel İyileşme Projesidir. Batı Karadeniz illerinin gelişimi ve kalkınmasında ciddi bir hareketlenme meydana getirecektir. Ayrıca gittikçe yoğunlaşan gemi trafiği sebebiyle boğazların karşılaştığı tehdit azalma gösterecektir. Zonguldak Filyos limanı inşaatının ihalesi tamamlanmış olup sözleşmesi 01.07.2016 tarihinde imzalanmış olup, inşaat faaliyetleri devam etmektedir. Alt yapı inşası genel bütçe olanaklarıyla tahakkuk edilecek, YİD modeli ile limanın 25 milyon ton/yıl kapasiteyle işlev görmesi ve yükleme/tahliye ile ekipman sağlanması amaçlanmaktadır. YİD modeli ile ihale yapılarak işletmeye kazandırılan turizm tesisleri şöyledir; Muğla Turgutreis Yat Limanı, Aydın Didim Yat Limanı, İzmir Çeşme Yat Limanı, İzmir Sığacık Yat Limanı, Yalova Yat Limanı, Mersin Yat Limanı, Antalya Alanya Yat Limanı, Antalya Kaş Yat Limanı, Mersin Kumkuyu Yat Limanı, Muğla Ören Yat Limanı, Bodrum Yolcu İskelesi.

2.2.3.3. Demiryolu Alanında Kamu Özel İşbirliği

Ankara Yüksek Hızlı Tren (YHT) Garı

Demiryolu alanında 29 Ekim 2016 tarihinde Ankara YHT Garı projesinin yapımı tamamlanmış ve hizmete girmiştir. Geniş bir alanda kurulmuş olan garda alışveriş merkezi, otel, restoran ve otoparklar bulunmaktadır İzmir Körfez Geçişi (İZKARAY) körfez köprüsü, yapay ada ve batırma tüp tünel olarak tasarlanmıştır. Demiryolu sektöründe KÖİ modeli ile yapılan proje sayısı diğer ulaşım sektörlerine göre çok daha azdır. Ankara YHT Garı, enternasyonal ölçüler dikkate alınarak ve diğer ülkelerdeki YHT istasyonlarının yapısı, düzeni, kullanma ve işletim şekilleri incelenerek projelendirilmiştir. Ankara Gar ve çevresini başkent için cazibe merkezi haline dönüştürmeyi hedefleyen proje, günümüz teknolojisi ve mimari anlayışının yanında hız ve dinamizmi simgeleyecek ve sektörün yeni yüzünü temsil edecek şekilde tasarlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2015).

3 Katlı Büyük İstanbul Tünel Projesi

Türkiye'de ilk defa YİD modellenmiş metro projesi olarak tasarlanmış olan tünel 29.05.2017 tarihinde sözleşmesi imzalanmış olup proje tamamlanma süresi olarak 07.12.2018 olarak belirlenmiştir. Raylı sistemin hat uzunluğu 30,2 km, istasyon sayısı 15 ve yolcu kapasitesi olarak 75.000 yolcu/s olarak tasarlanmıştır.

2.2.3.4. Havacılık Alanında Kamu Özel İşbirliği

KÖİ modellerinin, havalimanı tasarımlarının yolcu istasyonları ve bu istasyonların müteemmimleri kapsamındaki, enerji, çöp imha/ayırıştırma, arıtma tesisleri, otopark ve güç tesisleri inşasına odaklanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Devlet Hava Meydanları İşletmeleri (DHMİ) Genel Müdürlüğü tüm yatırımların kurumun kendi öz hazineleri ile yapılabileceğini, bu finansal güce haiz olduğu ancak sektöre yapılan yatırımların %56'sını kamusal bütçe kaynaklardan yararlanmadan KÖİ projeleri finansmanı ile sağlandığını açıklamıştır. Bu sayede gerçekleştirilen YİD projeleriyle yapılan havalimanı istasyonlarının yatırım değeri 1,7 milyar ABD dolarıyken, havalimanı kapasitesi senelik 115,5 milyon yolcu, çalıştırılacak kişi ise 26bin kişi olarak belirtilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

İstanbul Havalimanı

Küresel olarak en büyük havalimanı tasarısı olarak bilinen İstanbul Yeni Havalimanı Projesi; İstanbul'un Avrupa tarafında Yeniköy ve Akpınar ikametleri arasında Karadeniz kıyı şeridinde bulunan ortalama 76,5 milyon m² büyüklüğündeki düzlüğe yapılmaktadır. Bahse konu tasarımın YİD metoduyla 03.05.2013 tarihinde ihalesi gerçekleştirilmiş olup 19.11.2013 tarihinde sözleşmesi imza altına alınmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). İhale sonucunda projenin uygulama sözleşmesi DHMİ Genel Müdürlüğü ile ihalede galip gelen firmaların oluşturduğu İstanbul Grand Airport Havalimanı İşletme A.Ş. arasında 19/11/2013 tarihinde imzalanmıştır. 2015 yılı fiyatlarıyla 25 yıllık sürede toplam 35,5 milyar ABD Doları kira bedeliyle ihale

sonuçlanmış olup, proje kapsamında yaklaşık 14 milyar ABD Doları tutarında yatırım yapılması hedeflenmektedir (11. Kalkınma Planı 2019-2023).

İGA, havalimanı inşa etmek ve 25 yıl süresince işletmek amacıyla 7 Ekim 2013 tarihinde kuruldu. İstanbul Havalimanı, kent merkezinden 3 5km mesafede ve İstanbul'un kuzey bölgesinde yer almaktadır. İnşaat aşaması, dört faz şeklinde tamamlanacak şekilde tasarlanmıştır. Birinci faz kapsamında, 2 pist ve 90 milyon yolcu kapasiteli terminal binası hizmete açılmıştır. Bütün fazlar bittiğinde İstanbul Havalimanı, yıllık ortalama 200 milyon yolcu kapasitesiyle ve 300'den fazla varış noktası ile uçuş olanağı sunacak. 29 Ekim 2018 tarihinde açılışı yapılan İstanbul Havalimanı'nın ilk adımı, 16 bin kişinin istihdam edilmesi planlanmaktadır (İGA, 2019).

Aşağıdaki tabloda YİD modeliyle gerçekleştirilen projelerin, işletme müddetlerinin bitimiyle birlikte işletim hakkının kiralama yoluyla devirleri gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4: 2005-2018 Yılları Arası Kiralama Yoluyla İşletme Hakkı Devredilen Terminal Binaları

PROJELER	KİRALAMA TARİHİ	SÖZLEŞME BİTİŞ TARİHİ	SÜRE
Atatürk Havalimanı Dış ve İç Hatlar Terminal Binası, Katlı Otopark ile Genel Havacılık Terminali	03.07.2005	03.01.2021	15,5 yıl
Antalya Havalimanı, I. ve II. Etap Dış Hatlar Terminalleri, CIP Binası, İç Hatlar Terminali ile Bu Terminallere Ait Mütemmimler	14.09.2007	31.12.2024	17 yıl
Zonguldak-Çaycuma Havalimanı	04.10.2006	20.08.2032	25 yıl
Gazipaşa-Alanya Havalimanı	04.01.2008	13.07.2034	26,5 yıl
İzmir Adnan Menderes Havalimanı Mevcut Dış Hatlar Terminali, CIP, İç Hatlar Terminali ve Mütemmimler	02.01.2012	31.12.2032	21 yıl
Dalaman Havalimanı Mevcut Dış Hatlar Terminali, İç Hatlar Terminali ve Mütemmimlerinin İşletme Hakkının Devri	22.07.2014	31.12.2040	26,5 yıl
Aydın Çıldır Havalimanı	09.04.2012	09.04.2032	20 yıl
Milas-Bodrum Havalimanı Mevcut Dış Hatlar Terminali, CIP/Genel Havacılık Terminali ile İç	11.07.2014	31.12.2035	21,5 yıl

Hatlar Terminali ve Müttemimleri			
----------------------------------	--	--	--

Kaynak: (Ulaştırma Bakanlığı, 2016)

2.2.4. Türkiye’de Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları

Geçişten günümüze ülkemizde sağlık hizmetleri ülkenin ekonomisi, ihtiyaçları ve sosyal sorunları ile doğrudan ilişkilidir. Sistemsiz yapılaşma, yaşlı nüfusunun ve kronik hastalıkların artması, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizi de etkileyen nüfus patlaması sağlık hizmetini etkileyen faktörlerdendir. Sağlık hizmetleri ile ilgili geliştirilen çeşitli politikalar ve çeşitli adımlarda değişen sağlık arzı ile birlikte evirilmektedir. Sağlık politikaların değişimi etkileyen bir diğer önemli faktörde merkezi otoriterin politik tutumları ve ülkenin ekonomik potansiyelidir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu bütüncül bir tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerini içermeli, ülkemiz gerçeklerine uygun ve politikalar siyasetçilere göre değişmemelidir. Bu şekilde sağlık hizmetleri etkin, ekonomik, kaliteli, rahat ulaşılabilir, hümanistlik, bütüncül, etik değerlere bağlı, hesaplı olmalıdır (Mete ve Ak, 2001). Sağlık hizmetlerinin sunumu oldukça maliyetli bir hal almaktadır. Hizmet alan vatandaşların sağlık sunumundan beklentileri gün geçtikçe artmaktadır. Geleneksel hizmet yaklaşımı talebi yeterince karşılayamamaktadır. Bu ikisinin bir araya gelmesi Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda alternatif yollar bulmaya itmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Ülkemizde yaşanabilecek herhangi bir politik ya da ekonomik kriz durumunda ve/veya bir olağanüstü halde aksamaması gereken en önemli hizmet milletin bekası için sağlık hizmetidir. Her hizmet elzemdir ancak sağlık hizmetlerinin kalitesinin sekteye uğrarsa yeri kolaylıkla doldurulamaz. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde planlanan KÖİ projesinin bir temel ayağı da sağlık profesyonelleri olmalıdır. Diğer sektörlerde çoğunlukla hizmet alan arzını net bir şekilde ortaya koyar. Ancak sağlık sektöründe hizmet alan aynı zamanda hasta olduğu için verilecek hizmetten primer olarak uzman sağlık personeli sorumludur. Ayrıca tedavi, bakım ve rehabilitasyondan doğabilecek gider ve gelir dengesi de sağlık konusunda uzman kişiler tarafından belirlenmelidir (Tokalaş, 2006).

Yapılan sağlık hizmetleri projelerinin birincil hedefi memnuniyet değildir, diğer hizmetlerde ve ticarete önemli olan pazarlık ve rekabet etmenleri bu alanda sekonder olarak düşünülmelidir. Bunun en önemli sebebi ülkemizin tüm bireylerinin sağlık hakkı anayasal hak olarak kabul görmekte, etik, ekonomik ve sosyal açıdan göz önünde

bulundurulmalıdır. Anayasa'nın 56. maddesi sağlık hakkı üzerinedir, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Madde 2" tüm bireylere sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı verir. Özellikle primer sağlık hizmetleri toplumun her bireyinin ihtiyaç duyduğu ve sunulması gereken hizmetlerdir. Opsiyona bırakılmaz, bireyin fırsatları dahilinde kalitesi değişmez. Bu nedenle sağlık hizmetinde, hizmet alanlar tam manasıyla müşteri olarak görülemezler. Bireyler talep etmeseler dahi, arz edilmesi gereken sağlık hizmetleri mevcuttur. Bu nedenle sağlık hizmetleri, diğer hizmetlerden farklı olarak yarı-kamusal biçimde yürütülmek durumundadır. Bu da KÖİ'nin zeminini oluşturmaktadır. Sağlıkla ilişkili hizmetlerin tam kamusal olmaması hizmetin yalnızca talep eden bireyle ilgili olmaması, tüm toplumla ilgili olmasıdır. Hastanelerde/Sağlık sektöründe kullanılan KÖİ modellerinden en sık görüleni yap-işlet-devret modelidir. Bu model ayakta tedavi klinikleri, tanılama üniteleri (tomografi, MR vb.) gibi birimlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kullanılan araçlar yüksek maliyetli olduğundan, devlet bu yükün önemli bir kısmından kurtulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Artan yatırım ihtiyacının sonunda KÖİ ile özellikle yap-işlet-devret modeliyle, Sağlık Bakanlığı (2003) yeni hizmet tesislerinin ve tesislerdeki yatak sayılarının artırılması amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm" projesini devreye koymuştur (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bunun en önemli ikinci nedeni zaman içinde vergi kaynağının yetersiz kalacağı düşünüldüğünden, KÖİ ile devletin harcamalarını kira bedeli ile uzun zamana yayması kamu yükünü hafifletecektir. Bu amaçla Türkiye'de KÖİ ile birçok şehir hastanesi inşa edilmektedir (Yılmaz ve Karakaş, 2011).

Sağlık hizmetlerinde KÖİ uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kapsamı, sunumu ve inşa edilen entegre sağlık kampüsleri 3. Bölümde ayrıntılı olarak incelenecektir.

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Bilhassa II. Dünya Savaşı sonrası savaştan etkilenen tüm uluslarda olduğu gibi, Türkiye’de bireylerinin ekonomik gücü çok zayıflamış, bu esnada sosyal devlet politikaları ihtiyaçtan dolayı öne geçmiştir. Sağlık hizmetleri bu sosyal politikalardan biridir. Yeni liberal akımların ülkemizde etkin olmaya başlaması ile devletin bütün alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da maliyet sorumlulukları azaltılmaya başlanmıştır. KÖİ ile ülkemiz, devlet bütçesi olmaksızın kendi gelir ve giderlerinden sorumlu özerk hastaneler yapmayı hedeflemektedir. Bahse konu hedeflerle ilgili öncelikle yapılması gerekenler, kamu hastanelerinin yenilenmesi ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde modern tesisler inşa etmektir (Yıldırım ve Yıldırım, 2012).

3.1. Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

3.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Tanımı

Sağlık kavramı ve bununla ilişkili olarak sağlık hizmetleri, hizmet alan hasta/sağlıklı bireylerin yaşam kalitesine, süresine, dirençleri ve psikososyal etkileşimlerine etki eden çok geniş ve karmaşık bir kavramdır. Sağlık hizmeti ile ilgili yatırımlar ve çalışmalar insan/hasta odaklı, bütüncül, ruhsal, bilişsel ve fiziksel her yönden destekleyici olmalıdır (Kısa, 2012). Sağlık hizmeti multisektörel olup, durum sektörler arası kooperasyonu kaçınılmaz kılmaktadır. Sağlığın bu işbirliği ile geliştirilmesi ekonomik, sosyal, fizyolojik her türlü etmenin ve çevresel sorunların insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi ile sağlanabilir (Uçar, 2007). Ülkelerin esenlik ve sağlık seviyesini gösteren temel belirleyiciler doğum ve ölüm oranı, ortalama yaşam süresi, nüfus artış ve hızı, bebek ölüm artışı ve hızı, doğurganlık oranı, gayri safi milli hasıla içinde sağlık ve eğitim harcamalarının payıdır (Pala, 2007).

Sağlık kavramı insanlığın var oluşundan beri sürekli yorumlanmış, ihtiyaca göre şekillenmiş ve milletlerin geleneklerinden, yaşam biçimlerinden, ekonomik ve sosyal durumlarından oldukça etkilenmiştir. Ancak sağlık konusunda önde gelen otoritelerden biri olan “Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)” sağlık kavramını “yalnızca hasta veya sakat olmama vaziyeti değil; fiziksel, ruhen ve sosyal olgu bakımında da total iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün tanımına paralel biçimde ülkemizde “224 Sayılı

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ilgili kanunda (1961) sağlık “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” olarak tanımlanmıştır (To, 2003;17; Kesgin, 2006;47).

Sağlık kavramı oldukça kompleks bir kavramdır. Sosyal ve ekonomik yaşam, siyasal etkenler, kültürel yapı ve evrensel değişimlerden ve gelişmelerden etkilenmekte ve yapısı değişebilmektedir. Biyoloji bilim dalı açısından sağlık, vücudun her bir hücresinin etkin biçimde işlev gördüğü ve hücreler arası harmoninin olduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır. Antropolojik açıdan sağlık bireyin çevresiyle oryantasyonu ve beklenmedik durumlara baş edebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal bilim dalı ise sağlığı insanın psikososyal rollerini sağlamadaki yeterliliği olarak tanımlamaktadır (Uçar, 2007).

Sağlık tanımının tanımı ne kadar geniş ve kompleks ise, sağlık hizmetlerinin tanımı da bir o kadar kapsamlıdır. Sağlık Hizmetleri, hasta/sağlıklı bireysellerin öncelikle hastalıklarının tedavi edilmesi, bakımı ve rehabilite edilmesinin bütüncül biçimde yapılması olarak tanımlanabilmektedir. Ancak bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, kalitenin sürekli hale gelmesi, salgınlardan, endemiklerden korunması topluma sunulan ve sunulması gereken hizmetler olarak tanımlanabilir. Bir başka deyişle insan ve çevre sağlığına kötü sonuçları olan çeşitli etkenlerin ortadan kaldırılmasını, korunmasını ve fizyolojik, psikolojik, bilişsel, sosyal yönden kısıtlı bireylerin eski haline ya da optimum durumuna döndürülmesi için yapılan faaliyetlerdir. Yeğinboy, sağlık hizmetlerini sağlık hizmetlerine ve maliyetini için sunulan yatırım öğeleri olarak tanımlamaktadır (Yeğinboy, 1993). Dağıstan’a göre ise, sağlık hizmetleri yalnızca kişinin değil, içinde bulunduğu çevreninde sağlığını geliştirmek için yapılan hizmetleri ve faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler, sağlık ocakları, üreme sağlığı merkezleri ve aile planlaması merkezleri, çevre sağlığı ve temel sağlık bilinci eğitimi, tıbbi araç ve gereçlerin üretilmesi vb. dir. Sağlıklı insanların sağlığını gözetken, hastaları ise iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerini yükselten bütün faaliyetleri kapsamaktadır (Dağıstan, 2001). Akdur ise, sağlık hizmetlerini, “insanların sağlığının korunması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan faaliyetlerin tümü” olarak tanımlamıştır (Akdur, 2006).

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri

Sağlık hizmetleri Birincil (koruyucu), İkincil (Tedavi edici) ve Üçüncül (Rehabilite edici) sağlık hizmetleri olarak üzere üçe ayrılır;

3.1.2.1. Koruyucu (Primer) Sağlık Hizmetleri

Çevrenin korunması, asepsisi, sanitasyonun sağlanması, temiz gıda ve su ihtiyacının giderilmesi, üreme sağlığının geliştirilmesi, aile planlaması eğitimi, bulaşıcı hastalıkların endemiklerin önlenmesi, sağlık izlemleri, aşılama faaliyetleri, sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin içindedir. Ayrıca, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, hastalığın nüksünün ve komplikasyonlarının önlenmesi çalışmaları da primer sağlık hizmetleri kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri için aile sağlığı merkezleri verem savaş dispanserleri gibi kurumların önemi büyüktür. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlanan ekonomik kar haricidir, bireyler bu hizmetlerin karşılığını direkt olarak değil vergi yoluyla öderler. Ancak sekonder ve tersiyer sağlık hizmetlerine göre kamusal özellik daha fazladır (Yurdadoğ, 2007; 597, Pala, 1995; 64).

3.1.2.2. Tedavi Edici (Sekonder) Sağlık Hizmetleri

Akut/kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, yaşlılık, trafik kazası, iş kazası gibi nedenler insanların tedavi edici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymalarına sebep olabilir. Hastalık ortaya çıkması, hastaların muayene edilmesi ve tedavisinin planlanmasını kapsayan kısım sekonder sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri genellikle üç basamaktan oluşmaktadır; İlk basamak ayakta tedavi edilecek hastalara verilen hizmeti kapsar. İkinci basamak hastaların sağlık merkezlerinde yatarak tedavi oldukları sağlık hizmetidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise üniversite hastaneleri gibi yüksek teknoloji, alanlarında uzmanlaşmış kadro ve bölümlerin (göğüs hastalıkları, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri vb.) bulunduğu hastanelerde verilen sağlık hizmetlerini kapsar (Yurdadoğ, 2007; 608; Pala, 1995; 64).

3.1.2.3. Rehabilite Edici (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalığının fizyolojik kısmının tedavi edildiği ancak çeşitli komplikasyon risklerinin devam ettiği ya da tedavinin tüm bölümlerinin tam olarak tamamlanmadığı fizyolojik ve psikolojik sıkıntıların devam ettiği durumlarda kişilerin tedavisinin devam etmesini, sonraki süreçte rehabilite edilmesini kapsayan sağlık hizmetidir. Örnek olarak fiziksel olarak sekel kalmış engelli bireyleri ihtiyaçlarına yönelik protezlerin

sağlanması, nasıl kullanılacağı öğretilmesi ve topluma kazandırılması bölümünü kapsar. Ayrıca rehabilitasyon aşamasında bu hastalara psikolojik destek verilmesi ve topluma kazandırılması da tersiyer sağlık hizmetleridir (Öztek, 2001, Pala; 1995; 64).

3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Sağlık hizmetlerinin primer amacı sağlık hizmeti alan bireylerin istediği zaman ve ölçüde, düşük maliyetle, etkin biçimde sunmaktır. Hastalıkların memnuniyeti açısından sağlık hizmetleri sıkıntılı alanlardan biridir. Artan tedavi ve bakım maliyetleri, teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerine yeterince yansımaması, artan popülasyon ve insanların bilinç düzeyinin artması sağlık hizmetlerini daha da mühim hale getirmektedir (Tutar ve Kılınç, 2007).

Sağlık hizmetlerine gereksinim duyan kişi, bu gereksinimi başka bir hizmetle karşılayamaz. Sağlık hizmetlerinin başka alternatifinin olması, onu diğer faaliyetlerden ayıran en önemli faktördür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin önemi büyüktür. Ülkemizde işbirliği ile gerçekleşen birçok hizmetin başka bir opsiyonu bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri başka bir alternatifle idame edilemez (Tokalaş, 2006). Ülkemizin sağlık sorunlarının, primer önceliklerinin, maddi olanaklarının, istihdam gücünün diğer ülkelerden farklı olması, farklı sağlık hizmeti ihtiyaçlarını ve farklı işbirliği projelerini de beraberinde getirmiştir. (Hayran ve Sur, 1998).

Sağlık kuruluşlarında süresiz ve aralıksız tedavi ve bakım hizmeti sağlanmaktadır. Sağlık ile ilgili problem yaşayan kişiler, istedikleri an hizmet almak için başvurabilirler. Hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının ertelenmesi söz konusu değildir. Sağlık bakım hizmetleri yönetiminin direkt olarak insan sağlığıyla ilgili olması nedeniyle alınabilecek yanlış kararlar; insanların yaşam kalitesinde ve toplumun sağlık düzeyinde düşmeye ve hatta ölüme mal olabilmektedir (Toker, 1999). Sağlık kuruluşlarında görevli sağlık profesyoneli hastalarına en iyi şekilde bakım ve tedavi sağlamak için çaba harcarken; yöneticiler kalite ve verimliliğin eşitliği için uğraş gösterirler. Bu durum bazen çalışanlar ile idareciler arasında çatışmaların meydana gelmesine neden olmaktadır (Kavuncubaşı, 2000; Yerebakan, 2000).

Sağlık hizmetleri her ne kadar kâr amacı gütmese de dünyada olduğu gibi ülkemizde de kâr sağlamak amacıyla kurulan ve sağlık hizmetleri veren birçok işletme de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde üretim kaynakları oldukça sınırlı olmasına karşın sağlık hizmeti sunumunda yer alan hekim, hemşire, ebe, teknik personel gibi insan

kaynakları ile birlikte bina, araç gereç ve tıbbi malzemeler ciddi anlamda aşırı masraflı olmaktadır. Son yıllarda yaşanan devrim niteliğinde gelişmeler ve bilgisayar teknolojisindeki hızlı ilerlemeler ise sağlık alanını çok yakından ilgilendirmiştir (Toker, 1999).

Sağlık hizmetlerinde akılcı tüketiciler hakkında, sağlık ürünleri ve sağlık hizmetlerini satın alırken, kendileri için optimum seviyede ki en makul seçeneği değerlendirebilecek hasta varsayımı yapılmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde akılcı kararların verilmediği bazı durumlar bulunmaktadır. Hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmayan ve hatta hastalığının bile farkında olmayan birçok kişi mevcuttur. Bu durum sağlık hizmetlerini kapsayan piyasanın faaliyetlerine engel olmaktadır. Akli yetilerini kullanamayan hastalarının kendi başlarına karar verememeleri veya acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastaların buldukları durumda tercihlerini belirtememeleri gibi akılcı olmayan davranışlarda; istek ve seçeneğin belirlenmesi dış faktörlerin etkisiyle gerçekleşecektir. Sağlık hizmetlerini önceden deneyimleyip, tecrübe etmek olanaksız olduğu için sunulacak bakım tamamen hizmeti alan ve hizmeti veren arasında ki güven ilişkisine bağlıdır. Ancak sağlık hizmeti arz eden kişilerin kontrol süreci, hizmet talebinde bulunan kişilerin hoşnut olmasını sağlamak amacıyla vatandaşın davranış şeklini geliştirmektedir. Bu kapsamda toplumun eğitim ve kültür düzeyini üst seviyelere yükseltmek, sigorta şirketlerinin güvenilir olması ve denetimin şeffaf olması ve rekabet gibi konular tüketici tatminini pozitif anlamda etkilemektedir (Odabaşı, 1994).

Sağlık hizmeti sunulan hastanın doyumunu önceden belirlemek son derece güçtür çünkü doyumunu etkileyen ve kontrol edilemeyen birçok faktör bulunmaktadır. Hastaların veya yakınlarının yaşadıkları sağlık problemleri hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmamaları, kişilerin sağlık çalışanlarına güven duyma zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra hastalıklar ve çevreye zararı bulunan diğer zararlı etkiler gibi dış etkenler de bulunmaktadır. Bu dış etkenlerin yok edilmeye çalışılması toplumun yararına olacaktır (Odabaşı, 1994).

3.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin her aşaması hasta/sağlıklı bireyin ve tüm toplumun gereksinimlerine sınıf ve fırsat ayrımı yapılmaksızın cevap verebilir nitelikte olmalıdır. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetlerinden yararlanma da kişilerin ekonomik ve sosyal

açından maddi seviyeleri ne olursa olsun, özellikle belli olan bazı temel sağlık hizmetlerini bireylerin her kesiminin alması için ekonomik garantinin sağlanması olarak tanımlanır (Egeli, 2009). Başta küçük kitlelerce ve sivil toplum örgütlerine bırakılmış sağlık hizmetleri, holistik tedavi ve bakımın toplum sağlığına katkısı anlaşıldıkça, sağlık hizmetlerinden faydalanmanın temel anayasal hak olduğu gerçeği temellendikçe devletin görevi üstlendiği bir alan haline gelmiştir (Mutlu ve Işık, 2012).

3.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Olma Özelliği

Sağlık faaliyetleri yarı kamusal mal ve hizmet sınıfına girmektedir. Bu tür görevler tüketimler cemiyete harici fayda sağlarken, tüketen bireye hususi fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri bölünebilir, pazarlanabilir ancak maddi yükünü karşılayamayanlar için hizmetten mahrum bırakılma söz konusu olamaz. Sağlık hizmetlerinin bölünebilir ve paha verilebilir olması özel sektörle ilişkilendirilirken, harcama olanağı vermesi ve toplumsal yarar sağlayabilmesi nedeniyle de kamusal özellik taşımaktadır. Tüm sağlık hizmetleri müşterek özellikler göstermemektedir, direkt hastalıkla ilgisi, sağlığı korumayla ilgili olan koruyucu sağlık hizmetleri yarı kamusal değil, tam kamusal hizmet olarak görülmektedir. Bunun nedeni primer sağlık hizmetleri tüm topluma arz edilmekte, parasını ödeyemeyen yararından mahrum bırakılmamakta, pahası hesaplanmamakta ve pazarlanmamaktadır. Primer sağlık hizmetlerinin aksine Tedavi edici sağlık hizmetleri ise özel kesimin de piyasa da yer alması ve genel olarak tercihli hizmet olması sebebiyle yarı kamusal hizmet özelliği taşımaktadır (Bailey, 2002).

3.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Erdemli Olma Özelliği

Ferdi tercihlerin malın faydası için yeterli düzeyde olmadığı hallerde erdemli hizmet kavramı ortaya konulmaktadır (Bailey, 2002). Devletin, fertleri tüketmek için zorunlu kıldığı hizmetlere erdemli hizmet denilmektedir. Erdemli hizmet tüketimleri sonucunda harici yarar sağlayan hizmet olarak belirtilmektedir. Sağlık hizmetleri belli başlı özellikleri neticesinde erdemli hizmet olarak da değerlendirilebilmektedir. Sağlık pazarında anlamlı olarak yapılan sağlık faaliyetleri erdemli bir hizmettir (Mutlu ve Işık, 2012). Faziletli hizmetler, kamu girişiminde en şaibeli konulardan biridir. Bazı hizmetler mantıklı ve faydacı düşünen kişiler tarafından daha fazla harcanması gerekirken sağlık okuryazarlığının az olması nedeniyle yeterli miktarda gerçekleşmemektedir. Bu yüzden kamu kısmı, kişileri farklı uygulamalarla bu etkinliklere yönlendirmelidir (Pınar, 2006).

3.1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Dışsalılık Özelliği

Sağlık hizmetleri ticaret olgusu olarak pazarlanabilen, fiyatlandırılabilen bir hizmet olmasına karşın aynı zamanda zaruri bir hizmettir. Devletin tüm sağlık hizmetlerine biteyi ulaştırabilme zorunluluğu vardır. Bu hizmetlere özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşım sağlıklı toplum olmanın en önemli göstergesidir. Sağlık hizmetlerinin marjinal sosyal karı, marjinal hususi karından fazla olduğundan bu faaliyetin üretimi yalnızca özel kesim temsilcisine bırakılması halinde sağlık hizmeti yetersiz üretilecektir. Özel firmanın sağlık hizmetlerinin arzında yalnızca sağlayacağı fayda odaklı davranabilme riski vardır. Sağlık hizmeti sağlayıcı bölünür, fiyatlandırılır, pazarlanır özellikte olursa toplumun her kesiminin faydalanamama riski vardır (Nadaroğlu, 1998).

3.1.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Devlet Müdahalesi Özelliği

Devlet otoriteleri işbirlik sözleşmeleri olmadan, özel sektörün alanına orantısız biçimde dahil olabilmektedir. Bunlara orantısız dahil edilme süreci ruhsat ve yetki belgeleri kısmında yaşanabilmektedir. Sağlık profesyonellerine verilen yetkinlik belgeleri devlet manipülasyonunun ilk basamağını oluşturur (Mutlu ve Işık, 2012).

Devlet manipülasyonunun en önemli nedenleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012; Orhaner, 2006; Pınar, 2006);

- Sağlık hizmetlerinin üretimi, kalitesinin artırılması üretilmesi tüm toplum açısından önemlidir.
- Sağlık hizmetlerinde arzın belirlenmesi; insanlardaki bilgi eksikliği, ekonomik eşitsizlik, hizmetin yetkinliği vb. nedenlerle zordur.
- Devlet sağlık hizmetleri arzını elindeki bilgi birikimi nedeniyle daha etkili biçimde belirleyebilir.
- Sağlık hizmetlerinde özel sektör yatırımları, arzı karşılamaya tek başına etkili değildir. Özel sektörde firmalar rant oranına göre şekillendikleri için sağlık hizmetleri daha karlı bölgelerde yoğunlaşabilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirlik ve bölünmezlik söz konusudur ve çoğu hastalık endemikleri, topyekûn ulusal mücadeleyi gerektirmektedir. Mali yükün büyüklüğü, devlet tekelinde sağlık üretimini sekteye uğratmaktadır. Ayrıca

sağlık hizmetleri çok kapsamlıdır. Tüm aşamalarda devlet manipülasyonu bu nedenle mümkün olmamaktadır.

- Piyasa mekanizmasının etkili yürütebilmesi için birtakım koşulların mevcut olması gerekmektedir. Bu şartlar ekonomi otoritelerinin tam bilgi birikimine sahip olması, hariciliklerinin olmaması, sektöre girdi ve çıktılarının özgür ve masrafsız olması, eleman ve mal akışının serbest olması ve daha maliyetsiz üretim sektörlerinin olmaması gibi şartlardır. Bu şartların herhangi birinin gerçekleşmesine set koyan faktörlerin varlığı ya da yaşanacak aksaklık özel sektör başarısızlığı olarak isimlendirilir ve kamu otoritesinin manipülasyonu zorunludur.

3.1.4.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Arzının Belirsiz Olması Özelliği

Sağlık faaliyetlerine hangi zamanda gereksinim duyulacağı belirsizdir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulan durumlar planlı biçimde gerçekleşmemektedir, talep spontane biçimde ortaya çıkar. Ayrıca hizmetin miktarı ve ne kadar süreceği de belirsizdir. Bu süreç hastalığın şiddeti ile doğrudan ilişkilidir, sağlık profesyonelleri zamanı tayin edebilir. Sağlık hizmetlerine başvurma kararı kişiye aittir, ancak süreci sağlık profesyonelleri takip eder. Alacağı sağlık hizmetinin miktarında da bireyin bilgisi yoktur. Bu nedenle sağlık sigortaları devreye girmiştir. Sigortalar belirsizliklere karşı kalkan sağlarken, üreticilerin piyasadaki haksız manipülasyonu da engellenmiş olur. Sağlık hizmeti süresiz devam eder (Mutlu ve Işık, 2012).

3.1.4.6. Sağlık Hizmetlerinin Tekel Olma Eğilimi Özelliği

Sağlık hizmet piyasası, çok çeşitli piyasaların içinde olduğu bir piyasadır. Bu sektörde ortaya çıkan doğal tekelleşme eğilimi, piyasanın özelliğinden kaynaklanmaktadır. Kurulan sağlık yapısı, bölgede birçok sağlık yapısı olsa bile ölçek ekonomilerinin mevcudiyeti sonucu ve hâlihazırda bulunan hastanelerin ve tıbbi hizmetlerin aşırı maliyetli olması ile işletmeler arzın düşmesi ile varlığını idame ettiremeyebilirler. Bunun sonucunda sağlık hizmetleri tekelleşmeye başlayabilir ve tüm piyasanın ihtiyacını tek başına karşılar. Ölçek ekonomilerde gider miktarı artar, uzun dönemde ise ortalama masraf düşer. Bu tekelleşme devlet müdahalesini zorunlu hale getirir. Örnek olarak, sağlık hizmetlerinin belli hastanelerde toplanması ve hizmet ücretlerinin devletçe düzenlenmesinin sağlanması gerekmektedir. Tekelleşme hastane ve sağlık

profesyonellerinin rekabet düzeyini azaltmakta ve sağlık hizmetlerinin fiyatlandırmasının da tekelleşmesine sebep olmaktadır (Belek, 1994).

3.1.4.7. Sağlık Hizmetlerinde Simetrik Olmayan Bilgilendirme Özelliği

Tam rekabet şartlarından en önemlisi saydamlık ve etkin bilgi birikimidir. Devlet yahut özel sektör işbirliği aşamasında bilgi paylaşımı yetersiz yapar ya da bilinçli olarak paylaşmazsa asimetrik bilgi meydana gelir. Ya da bu simetrik olmayan bilgilendirme sağlık kuruluşu ve hizmet alan arasında da olabilir. Bu durumda çoğunlukla daha fazla zarar gören, aleyhte taraf hizmeti alan bireydir. Hastalıkla ilişkili yeterince bilgi sahibi olmayan birey bakım maliyetini hesaplayamayabilir ve bu istismara açık bir konudur. Asimetrik bilgilendirme hizmeti alan kişiye gereksiz ya da fazladan girişim yapılması malpraktis, etik dışı davranışlara sebep olabilir. Bunun amacı daha fazla kar etmek istemek olabilir. Hizmeti alan bilgisiz olduğu için hizmetin girdilerini tartışamaz, sağlık hizmetinin etkinliğini denetleyemez (Mutlu ve Işık, 2012). Bu durumun ağır sonuçları olabilir çünkü sağlık hizmetlerinin ana noktası kar elde etmek değil değerli insan hayatıdır. Hastaların tam olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınması oldukça önemlidir (Serin ve Çakıcı, 1990).

3.1.4.8. Sağlık Hizmetlerinin Yatırım Özelliği

Yatırım, gelecekte hizmet akımı üretimini arttırmak için sermaye mallarına ilaveler yapılması özelliğini taşımaktadır. Bu bağlamda sağlık harcamalarının yatırım hizmeti olarak değerlendirilebileceği görülmektedir. Üretimde aktif rol alan bireylerin, aldıkları sağlık hizmeti sonucunda daha verimli çalışabilmeleri dolayısıyla sağlık harcamalarının üretim potansiyellerini arttırma açısından sermayeye yapılan ilavelere benzerlik gösterdiği belirtilmektedir. Bazı durumlarda sağlık harcamaları tüketime benzer özellikler de taşımaktadır. Örnek vermek gerekirse, bir kişinin estetik maksatlı keyfi ameliyat olması, ekonomik faaliyetle alakası bulunmadığından tüketim özelliği taşımaktadır. Ancak, aynı ameliyatı bir mankenin iş hayatındaki etkinliğini devam ettirmek için yaptırması ise yatırım özelliğiyle açıklanmaktadır (Serin ve Çakıcı, 1990). Sağlık faaliyetlerine ayrılan olanakların kısmen sağlık harcamaları yatırımı sayılabileceği ve üretimin artmasını sağlayacağı alenidir. Sağlık alanına yapılan harcamalar üretim ve verimliliği üç şekilde arttırmaktadır. Öncelikle ortalama yaşam süresinin yükselmesi ile beraber ölüm oranlarının azaltılması gibi etkenler ekonomiyi

güçlendirmektedir. İkinci olarak hastalıklardan dolayı kaybolan çalışma sürelerinin azalması üretimi artırırken harcamaları azaltmakta ve üçüncü olarak da işgücünün kalitesini yükselterek verimliliği arttırmaktadır. Ayrıca beşerî sermayenin güçlenmesi için sağlık harcamalarının yatırım özelliği önemli bir unsurdur (Şahin, 2009).

3.1.4.9. Sağlık Hizmetlerinin Adaletli Dağıtılması Gerekliliği Özelliği

Sağlık düzeninin adil ve herkese eşit olması gerekliliği ortak görüşken, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda adalet konusu tartışılmalıdır. Yaygın olan görüş, ekonomik durumuna bakılmaksızın her bireyin yeterli sağlık hizmetine ulaşabilmesi şeklindedir. Sağlık faaliyetleri kıyafet, motorlu taşıt, tiyatro ve sinema vb. mallardan farklı özelliktedir. Tıpkı oy kullanma hakkında olduğu gibi, sağlık hakkı; yaşama hakkının içinde yer alan ve piyasa tarafından denetlenmeyen bir hak olmalıdır. Literatürde bu yargı “spesifik eşitlikçilik” olarak adlandırılmaktadır (Stiglitz, 1994). Çoğu iktisatçı tarafından geliştirilen başka bir yargı ise, sağlık faaliyetlerinin mallardan başka bir davranış şekli görmemesidir. Daha geniş anlamda açıklamak gerekirse, maddi olarak problemi olmayan birinin sağlığını korumak maksadıyla harcayacağı paraya kimsenin engel teşkil edemeyeceğidir. Bu görüşün savunucuları; tıbbi bakım ile hayat (ölüm) arasındaki ilişkinin zayıf olduğunu, yaşam süresinin ve diğer sağlık parametrelerinin belirlenmesinde alkol ve türün mamulleri, temel gıda ve özellikle de eğitimin aynı derecede rolü bulunduğunu, bu nedenle sağlık faaliyetlerinin gelir düzeyi esas alınarak verilmesi gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Bir üçüncü görüş ise sağlık hizmeti elde etme hakkının herkes için minimum düzeyde bulunması yönündedir. Sağlık hizmeti programlarının dayandığı temel ilke, düşük ekonomik gelirli için her daim asgari olarak sağlık faaliyetlerinden yararlanabilmesi garanti altına alınmasıdır. Bu üç yargı haricinde diğer bir yargıya göre ise sağlık hizmetleri organizasyonuna ulaşabilmede, eşitliğin desteklemesi gerektiği şeklindedir. Ulaşılabilirliğin kapsamı, sağlığın temel faaliyet maliyeti, çalışan bireyin işten uzak kalmasının maliyeti ve sağlık kuruluşlarına ulaşım maliyetinden oluşmaktadır. Bahse konu maliyetlerin her bir birey için eşit olması ulaşılabilir eşitliğini ifade etmekte olup, eğer farklıysa eşitliğin bozulması anlamı taşımaktadır (Aslan, 1998). Ayrıca temel görevleri tanı ve tedavi olan sağlık kuruluşlarının bilimsel ve akademik hizmetleri de bulunmaktadır. Sunulan hizmetlerin artmasıyla, karmaşıklık da artış göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000).

3.2. Türkiye’de Sağlık Reformları Kronolojisi

Kamuya ait sağlık kuruluşlarının verdiği hizmetlerden duyulan hoşnutsuzluklar nedeniyle ve kamu sağlık kurumlarının yeterli olmadığı gerekçesiyle SGK’nın özel sağlık işletmelerinden hizmet satın almasına ve sağlık hizmetlerine ait finansal kaynaklar kamudan özel sektöre transfer edilmesine yol açmıştır. Sağlık hizmetleri arzının özel sektör vasıtasıyla gördürülmesi bilhassa 2000 yılı sonrasında hızlanmıştır. 2002 yılından önce sağlık düzenlemeleri ismiyle hukuksal çerçevenin hazırlandığı, 2002 yılından sonra ise SDP ile sağlığın piyasada pazarlanması için birçok hamlelerin uygulandığı yıllar olmuştur. (Atalay, 2015; Doğan, 2015).

Türkiye’de 1980 sonrası, liberalleşmenin etkisiyle birlikte özel sağlık hizmetleri desteklenmeye başlanmıştır. Bu nedenle kanuni olarak ciddi gelişmeler yaşanmıştır. Bunlar (Erbaş vd.,2012; Erol & Özdemir, 2014; Atalay, 2015; Doğan, 2015 Pala, 2017);

- 1982 Anayasasının 56. maddesiyle sağlık hizmetleri, devlet idaresinin arz etmekle mükellef olduğu zorunlu bir hizmet olmaktan çıkarılarak serbest piyasaya girişi sağlanmıştır.
- 1987 tarihinde çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile GSS’ nin ilk adımları atılmıştır.
- 1991 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kurulmuştur.
- 1995 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi” kurulmuştur.
- 2003 yılına gelindiğinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) adı altında yeni uygulama ortaya konuldu. Programın amacı Sağlık Bakanlığının denetleyici rolü üstlenmesi ve hizmet sunumunu özel sektöre bırakmasıdır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı kuruldu. Ayrıca SDP, sağlık hizmetlerinin finansmanının Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile sağlanması, sağlık ocaklarının kapatılarak yerine aile hekimliği uygulamasına geçişinin sağlanması ve kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesini içerir.
- 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı Kanun ile sözleşmeli personel istihdamı başta aile hekimliği modelinde olmak üzere genel istihdam biçimi haline gelmiştir.

- 2004 yılında çıkarılan ‘‘5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’’ ile oluşturulan aile hekimliği uygulaması, 2010 yılında tüm ülkede uygulamaya konulmuştur.
- 2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde başarı odaklı döner sermaye uygulaması başlatılmış, 2011 yılında da niversite hastanelerinde faaliyete geçirilmiştir.
- 2005 yılında sağlık sigortası, sağlık hizmeti arzı ile ilaç imalatı ve dağıtımının birbirine entegre edildiği Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.
- 2006 tarihli 5502 sayılı yasa ile SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatı altında birleştirilmiştir.
- 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’’ ile sağlığın finansmanı ile sağlık hizmet arzı mutlak olarak birbirinden ayrıldı. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sigorta yoluyla temin edilirken SGK’nın özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti satın almasının kapsamı genişletilerek, sağlığın masrafı tek çatı altında sağlık hizmeti arz edenlerin SGK’dan hizmet almaları modeli bu kanun ile oluşturulmuştur.
- 2010 yılında 5947 Sayılı ‘‘niversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’’ çıkarılmıştır.
- 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Kamu Hastaneler Kurumu kuruldu, kamu hastaneleri yarı özerk hale getirilmiştir.
- 2012 yılından itibaren 5510 sayılı Kanun ile hizmetten istifade etme esnasında katkı payı ödenmesi mecburi olan ve arz edilecek hizmetlerin ‘‘Temel Teminat Paketi’’ ile yürürlüğe girmiştir.
- 2013 yılında yürürlüğe giren 6428 sayılı yasa ile KÖİ modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması gibi uygulamalar yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmetlerinin özel sektöre grdrlmesinin en önemli hamlelerinden biri olarak ortaya Şehir Hastaneleri ıkmıştır.

3.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Toplumun yüksek yaşam standartlarının sağlandığını gösteren en faktörlerden biri hiç tartışmasız etkin sağlık hizmetleridir. Sağlık sektörü, insan yaşamını, bu nedenle insan gücünü, istihdamı ve ekonomiyi büyük ölçüde etkiler. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ülke ekonomisini yüksek oranda etkilemektedir. Ülkemizde büyük bir gelişim ve değişim içerisinde olan sağlık yapıları; hastaneler, poliklinikler, laboratuvarlar, aile sağlığı merkezleri, özel klinikler ile ilaçların, tıbbi cihazların ve aynı zamanda sağlık sigortasının oluşturduğu geniş bir alanı kapsamaktadır (Gökçe, 2007; 98).

Tablo 5: Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları (1980-2016)

Yıllar	Hekim	Diş hekimi	Hemşire	Sağlık memuru	Ebe	Eczacı
1980	27.241	7.177	26.880	11.964	17.197	11.379
1985	36.427	8.305	30.854	15.525	18.852	11.602
1990	50.639	10.514	44.984	21.547	30.415	15.792
1995	69.349	11.717	64.243	34.342	39.551	19.090
2000	85.242	15.906	69.550	51.887	41.594	21.927
2005	100.853	18.149	78.182	62.035	43.541	22.756
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977
2008	113.151	19.959	99.910	89.540	47.673	24.778
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201
2010	123.447	21.432	114.772	99.302	50.343	26.506
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530
2016	144.827	26.674	152.952	144.609	52.456	27.864

Kaynak: (TÜİK, 2017)

Tablo verilerine göre, 1980 yılından 2016 yılına kadar Türkiye’de hem kamu adına hem özel sektör adına çalışan sağlık personeli sayılarında artış gerçekleşmiştir. 1980 yılından 2016 yılına kadar olan süreçte özellikle hekim ve hemşire sayıları yaklaşık olarak 6 katına ve sağlık memuru sayısı ise yaklaşık 13-14 katına kadar artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin genel durumu ile ilgili en temel göstergeler sağlık tesislerinin

mevcudiyeti, sağlık tesislerinde bulunan yatak sayısı ve sağlık çalışanları başına dūřen hasta sayısıdır.

Sağlık Bakanlığı çatısında 2002 yılında 22 bin uzman hekim görev icra ederken, 2016 yılında yaklaşık olarak %50 artış ile 38 bin civarı uzman hekim görev ifa etmiştir. Yatan hasta sayısına bakıldığında 2002 yılında 4 milyon kişiyken, 2016 bu sayı 7,5 milyon kişi olarak gerçekleşmiştir. Ayakta tedavide ise 2002 yılında 109 milyon kişi muayene edilmişken, 2016’da bu sayı yaklaşık %200’ün üzerinde bir artış göstererek 336 milyon kişi olmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde veriler ışığında 2002 yılında kişi başi muayene sayısı 1,7 iken, 2016 4,2 olarak görülmektedir.

Tablo 6: Tabip sayısı, tabip başına dūřen birey sayısı (2009-2017)

YILLAR	HEKİM SAYISI	HEKİM BAřINA DūŐEN BİREY SAYISI	HEKİM BAřINA DūŐEN HASTA BAŐVURU SAYISI
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 749
2015	141.259	557	4 673
2016	144 827	551	4 735
2017	149 997	539	4 793

Kaynak: (TÜİK, 2017)

Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak sosyal hizmet kategorisinde değerlendirilir. Bahse konu sebep neticesinde ağırlıklı olarak devlet tarafından sunulmaktadır. Sağlıklı toplumun sağlanması temelini koruyucu sağlık hizmetleri oluşturur ve tüm popülasyonu kapsar. Bu durum sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumunu zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde devletin ağırlığı sektörlere ve hizmet çeşitlerine göre farklılık göstermektedir. Aşılama, sağlıklı beslenme, gebelik takibi gibi tüm toplumu kapsayan sağlık hizmetlerinin kamu malı niteliğini güçlendirmektedir. Sağlık hizmeti almak isteyen toplum yeleri aile sağlığı merkezlerine başvurabilmektedirler. Doğal süreçte hizmet sunumunun ikinci basamağı hastaneler

olmalı, eğer birinci basamak sağlık kuruluşunda çözüm bulunamamışsa hizmet vermelidir (Altay, 2007; 35).

Sağlık hizmetlerinde nitelik, maliyet ve kolay ulaşım olmak üzere üç adet ölçü bulunmaktadır. Toplumun en kalite tedavi ve bakımı aldığı, bu girişimlerin maliyetinin asgari düzeyde olduğu, hizmete katkı sağlayan tüm birimlerin kendi misyonları paralelinde fayda sağladığı, erişimin kolay olduğu hizmetler optimum hizmet olarak görülmektedir. Fakat bir hizmete erişimin kolaylaşması için miktarının artırılması gerekmektedir. Ayrıca kalitenin artırılması da finansman ile doğru orantılıdır. Devletin bunu tek başına üstlenmesi kısıtlı kaynaklar nedeniyle oldukça zordur (Deloitte, 2012).

Tablo 7: Sağlık tesisi sayısı, toplam yatak sayısı (2000-2017)

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK TESİS SAYISI	YATAKLI SAĞLIK TESİS SAYISI	YATAKSIZ SAĞLIK TESİS SAYISI	TOPLAM YATAK SAYISI
2000	10 747	1 183	9 564	134 950
2001	10 581	1 199	9 382	140 710
2002	9 685	1 156	8 529	164 471
2003	9 183	1 174	8 009	165 465
2004	9 038	1 217	7 821	166 707
2005	8 870	1 196	7 674	170 972
2006	9 831	1 203	8 628	174 342
2007	11 839	1 317	10 522	178 000
2008	13 818	1 350	12 468	183 183
2009	15 205	1 389	13 816	188 638
2010	26 993	1 439	25 554	200 239
2011	27 997	1 453	26 544	194 504
2012	29 960	1 483	28 477	200 072
2013	30 116	1 517	28 599	202 031
2014	30 176	1 528	28 648	206 836
2015	30 449	1 533	28 916	209 648
2016	32 980	1 510	31 470	217 771
2017	33 587	1 518	32 069	225 863

Kaynak: (TÜİK, 2017)

Bu doğrultuda Türkiye farklı ve çeşitli sağlık politikaları uygulayarak yapıların ve hizmetin kalitesini arttırmaya çalışmaktadır. SDP programı ile Türkiye’de sağlık alanında SSK hastaneleri yerine şehir hastanelerinin yapımı ve sektör teşvikleri ön plana

çıkılmaktadır (PWC, 2014). Hâlihazırda ülkemizde hizmet sunan sağlık tesislerinin çeşitleri ve yatak sayıları ile ilgili tablolar belirtilmiştir.

Kamu sektörünün en geniş hizmet sağlayıcısı Sağlık Bakanlığı'dır. Bu hizmeti sunulmasında koruyucu sağlık hizmetlerini tek başına yürütürken, ikinci ve üçüncü düzey sağlık hizmetlerinin yaklaşık 2/3'ünü karşılamaktadır. Türkiye'de sağlık sektörü, uygulanan ekonomik ve politik ilerlemeler ile süreç içerisinde gelişme kaydetmiştir. Merkezi yönetim bütçesinden sağlık hizmetleri için maliyet istihdamı artsa da, artan popülasyon ve bu doğrultuda artan kamusal masraflar da sağlık alanındaki yatırım gereksiniminin büyüklüğüne göre düşük kalmaktadır (Güngör, 2012; SB, 2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin durumu ve sağlık politikaları farklı uzmanlar tarafından holistik biçimde ele alınıp incelenmelidir. Etkin yatırımların, işbirliklerinin ve faaliyetlerin uygulanması amacıyla ana kurallar oluşturulmalı ve denetlemeler yapılmalıdır.

Tablo 8: 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması 2017

ÜLKE	HEKİM SAYISI	ÜLKE	HEKİM SAYISI
Yunanistan	659	Fransa	335
Norveç	523	Hollanda	331
Portekiz	480	İsrail	329
Almanya	458	Macaristan	321
Bulgaristan	435	Belçika	307
İsviçre	432	Yeni Zelanda	302
İtalya	414	Birleşik Krallık	278
İspanya	413	Birleşik Devletler	272
Danimarka	394	Kanada	268
İzlanda	385	Japonya	250
AB	378	Meksika	236
Avustralya	377	Şili	230
Çek Cumhuriyeti	369	Güney Kore	229
OECD	351	TÜRKİYE	186

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017)

Esnek çalışma modellerinden bir diğerini ise aile hekimliği modeli oluşturmaktadır. Aile hekimliği sistemi ile hekimler “kamu görevlisi” olmak yerine ücretini piyasa koşullarında kazanan bir “girişimciye” dönüştürülmüştür. Aile sağlığı elemanları da kamu görevlisi konumundan, aile hekimiyle yaptığı bireysel iş akdiyle çalışan ve kamu

görevlisi vasfının sağlamış olduğu güvenceleri büyük oranda kaybetmiş olduğu bir konuma geçmiştir (Ataay, 2008; 176). Bu istihdam modeli ile sağlık hizmetlerinin gereği olan ekip çalışması yerini ikili çalışma modeline bırakmakta ve bununla emek gücü maliyetleri azaltılmaya çalışılmaktadır (Erol & Özdemir, 2014; 16).

Yukarıdaki tablo 8 verilerine göre, 2017 yılı için Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 186 kişidir ve seçili ülkeler arasında Türkiye bu veri ile son sırada yer almaktadır. OECD ülkelerinde ortalama 351 kişi ile Türkiye’nin yaklaşık iki katı düzeyindedir. 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısında da tablo farklı değildir. Aşağıda Tablo 9 da 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısının 2016 yılına ait uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 9: 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması 2016

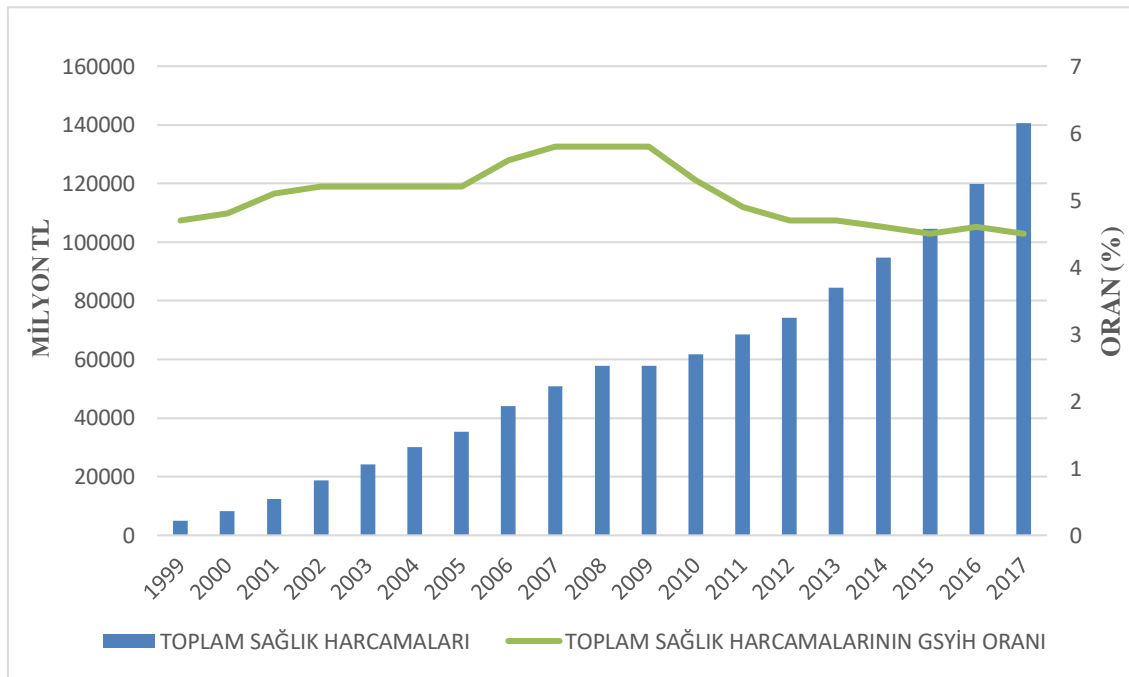
ÜLKE	HEMŞİRE VE EBE SAYISI	ÜLKE	HEMŞİRE VE EBE SAYISI
Norveç	2.121	AB	914
Danimarka	1.889	Birleşik Krallık	836
İsviçre	1.827	Avusturya	815
Almanya	1.654	İtalya	684
İzlanda	1.501	Güney Kore	682
Belçika	1.393	Portekiz	673
Avustralya	1.387	Hırvatistan	673
Hollanda	1.245	İspanya	601
Japonya	1.228	İsrail	581
Birleşik Devletler	1.166	Polonya	647
Yeni Zelanda	1.162	Bulgaristan	480
Kanada	1.096	Yunanistan	350
Fransa	1.053	Şili	308
OECD	1.025	TÜRKİYE	272

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017)

Verilerine göre 100.000 kişiye düşen ebe hemşire sayısı OECD ülkelerinde ortalama 1.025 iken Türkiye’de 272 ile bu verinin yaklaşık dörtte biri düzeyindedir. Türkiye 272 ile OECD ülkeleri arasında son sırada yer alırken 2.121 kişi ile Norveç ilk sırada yer almaktadır.

3.4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

İnsan sağlığının korunması ve sağlık sektörünün geliştirilmesi maksadıyla gerçekleştirilen harcamalara sağlık harcaması denilir. Sağlık alanına yapılan yatırımlara paralel olarak sağlık harcamaları artmaktadır. Ekonomik refahta önemli gösterge olan sağlık harcamaları ülkelere göre değişmektedir. Sosyal devlet anlayışına sahip ülkelerde zaruri kamu hizmeti sayılan sağlık yatırımlarına daha yüksek oranda kaynak sağlanır. Bu duruma Türkiye’de uygulanan yeşil kart uygulaması örnek olarak verilebilir (Akar, 2014). Ülkemizde sağlık hizmeti harcamaları son yıllarda giderek artmaktadır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri hızlı nüfus artışına bağlı talebin, ortalama yaşam süresinin, kronik hastalıkların aynı zamanda sağlık bilincinin artması ve sağlık sektöründe pahalı ileri teknolojinin kullanılmasıdır (Kılavuz, 2010).



Kaynak: (TÜİK, 2017)

Grafik 19: Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2017

Ülkemiz ekonomik anlamda her ne kadar hızlı bir büyümeye sahip olsa da, diğer harcamalarda olduğu gibi sağlık harcamalarında da aynı paralelde artış meydana gelmektedir. Verilere bakıldığında 1999 yılına ait sağlık harcamaları 4,9 milyon TL iken, 2007 yılında 50,9 milyon TL'ye kadar yükseliş göstermiştir. Ülkemizde 2008 yılına ait sağlık harcamaları 57,7 milyon TL olmakla beraber 2008 krizinin etkisiyle

2010 yılına kadar harcamaları sabit düzeyde kalmış, 2011 itibariyle tekrar yükselişe geçmiştir. 2012 yılında 74,1 milyon TL olan sağlık harcamaları, 2017 yılında ise büyük bir yükseliş göstererek 140 Milyon TL'ye varan artış gerçekleşmiştir.

Tablo 10: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2017

MİLYON TL	GENEL DEVLET					ÖZEL SEKTÖR		
	GENEL TOPLAM	TOPLAM	MERKEZİ DEVLET	YEREL DEVLET	SOSYAL GÜVENLİK	TOPLAM	HANE HALKI	DİĞER
TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	140 647	109 744	35 316	1 303	73 125	30 904	24 004	6 900
CARİ SAĞLIK HARCAMALARI	130 981	101 786	27 694	1 216	72 876	29 195	22 770	6 425
HASTANELER	69 636	56 826	15 016	77	41 733	12 810	9 252	3 558
EVDE HEMŞİRELİK BAKIMI	1	-	-	-	-	1	-	1
AYAKTA BAKIM	17 163	11 403	6 378	602	4 423	5 760	4 547	1 213
PERAKENDE SATIŞ	33 908	25 553	64	10	25 479	8 355	7 275	1 080
HALK SAĞLIĞI	6 011	6 011	5 802	209	-	-	-	-
GENEL SAĞLIK YÖNETİMİ	601	293	-	-	293	309	-	309
DİĞER	3 660	1 700	434	318	948	1 960	1 696	265
YATIRIM	9 666	7 958	7 623	86	249	1 709	1 234	475

Kaynak: (TÜİK, 2017)

Sağlık harcamaları, 2017 yılında %17,4 oranında artarak, 140 milyar 647 milyon TL'ye ulaşmıştır. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %94 iken, 2017 yılında %93,1 olmuştur (TÜİK, 2017).

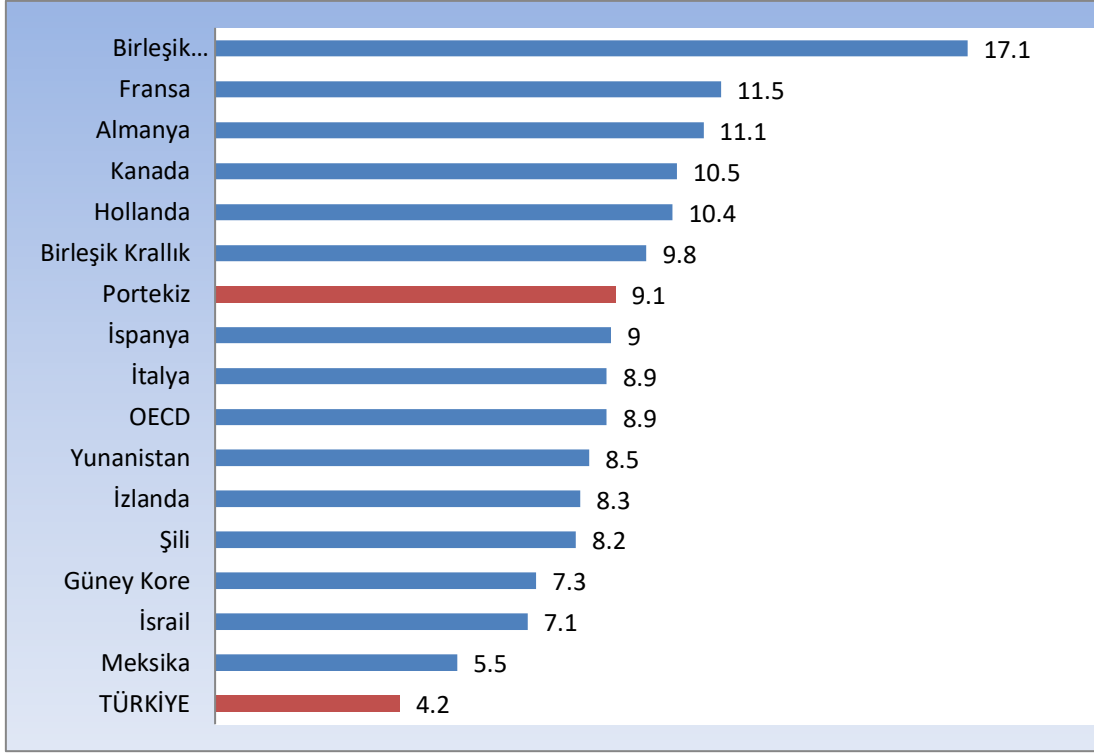
3.4.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Dünya Sağlık Örgütü devletleri sağlık hizmetlerinin en önemli sağlayıcı olması gerektiğini savunmakta ve ülkeler arasında homojen sağlık hizmetinin olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu doğrultuda yayınladığı Alma Ata Bildirgesi'nde (1978) ülkelerin geneli sağlık politikası olarak 'Temel Sağlık Hizmetleri' (TSH) yaklaşımını vurgulamaktadır. Bu hizmet kavramı "sağlığın sağlık hizmetlerinden çok beslenme, barınma, çevre, iş gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olması, buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde önceliği tedavi edici değil koruyucu hizmetlere verilmesi" olarak tanımlanabilir. TSH'nin gerçekleşebilmesi adına fırsat eşitliği ve kamusal sağlık hizmeti vb. hizmetlerin sağlanması gerekmektedir (Erol & Özdemir, 2014).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının (özel sektörde dahil) finansmanı ve hizmet sunumu Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ndan sağlanmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda halk sağlığı koruyucu sağlık hizmetleri azaltılıp, hizmet nispeten bireyselleştirilmiş, başvurana hizmet veren “Aile Hekimliği” sistemine geçilmiştir. Kamu hastanelerine ise özerklik kazandırılmak adına, “Kamu Hastaneleri Birliği” (2011) kurulmuştur (Çiçeklioğlu, 2011; 68). Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına kamunun rolünün azaltılması ve özel sektör ile işbirliklerinin artması büyük ölçüde katkı sağlar (Erol & Özdemir, 2014).

Ağustos 2017’de 694 Sayılı KHK yayımlanmış ve yeni düzenlemeler yapılmıştır; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (Birliği) kapatmış olup yerine Sağlık Bakanlığı bünyesinde Genel Müdürlük haline getirildiler. İl sağlık müdürlüğü yapısında gereksinim halinde halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabilecek, hastaneler hastane başhekimisi tarafından yönetilecektir. Hastanenin başhekimine bağlı olarak idari işler, mali işler ve sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulabilecektir (UMKE, 2017)

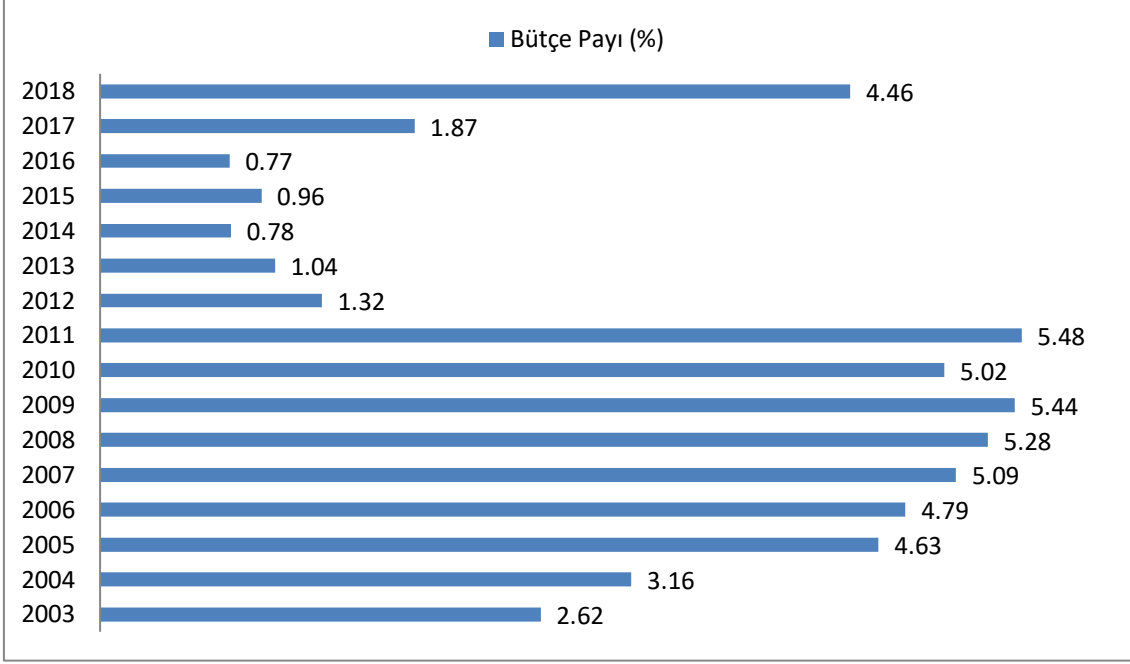
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ- Kur, Emekli Sandığı geçmişten günümüze ülkemizde varlık göstermiş üç büyük sosyal güvenlik kurumudur ve bu kurumların birbirlerinden farklı uygulamaları bulunmaktadır. Sağlıkta dönüşüm projesi nedeniyle sosyal güvenlik kurumlarının sistemli olarak hizmetten çekilmesi gerekliliği doğmuştur. Bu nedenle dönemin ikinci büyük hizmet sunucusu SSK hizmet sunumundan çekilmiş, farklı sosyal güvenlik kurumları ortalama iki yıllık bir sürede tek çatıda toplanmıştır. Türkiye’de sağlık sisteminin en büyük devrimlerinden biri 2005 tarihinde gerçekleştirilmiş eğitim araştırma ve belediye hastaneleri dışında tüm sağlık birimleri Sağlık Bakanlığı’na bağlanmıştır. Bunun sonucunda sağlık hizmet ile sağlık finansmanı ayrılmıştır. SSK eczaneleri kapatılarak, kuruma bağlı kişilerin özel eczanelerden ilaç alabilmesi sağlanmıştır. 2006 yılında 5502 sayılı “*Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*” yürürlüğe girmiş, 2008 yılında sosyal güvenlik kuruluşları “SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı” birleştirilmiştir. Hastanelerde tedavi için sevk kağıtları kaldırılmış yerine TC Kimlik numaralı kimlik belgeleriyle başvuru sistemi getirilmiştir (Atasever, 2014).



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017)

Grafik 20: Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması (%), 2016

Grafik 21 verilerine göre OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı %8,9 iken, Türkiye'de bu oran %4,2'dir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık harcamalarının artmasının en önemli nedenlerinden biri yaşlı nüfustur. Nüfusun yaş yapısının önemli göstergelerinden biri olan ortanca yaş TÜİK verilerine göre 2018 yılı için 32'dir (TÜİK, 2019). Ancak TÜİK nüfus yansımalarına göre ortanca yaşın 2023 yılında 33,5 olması beklenmektedir. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus yaşlanmaktadır. Yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2018 için %8,7 iken, 2023'te %10,2 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2018).



Kaynak: (BUMKO, 2018)

Grafik 21: Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (2003-2018)

Grafik 22’de ki veriler ışığında Türkiye ‘de sağlık harcamalarına ayrılan hazine payı 2011’e kadar artarak ilerlemiş, 2012-2016 arasında ani bir düşüş yaşamıştır. 2017 yılında ise tekrardan artış göstererek yükselişe geçmiştir.

3.4.2. Özel Sektör ve Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Ülkemizde gerçekleştirilen sağlık giderlerinin büyük bir bölümü özel kurumlar tarafından karşılanmaktadır. Bu harcamalar; özel sağlık kuruluşu harcamaları, sağlık profesyonelleri giderleri, özel ilaç harcamaları ve kamuya ödenen cepten giderlerden meydana gelmektedir (Yurdadoğ, 2007).

Sağlık pazarında rekabeti arttıran önemli nedenlerden olan ve sağlık harcamalarının karşılanmasını sağlayan faaliyetlerden biri de özel sağlık sigortalarıdır. Sağlık harcamalarının özel sağlık sigortaları aracılığıyla karşılandığı bir düzende sigorta sağlayıcı kurumlar, sağlık faaliyetleriyle alakalı faturaların tamamını ya da bir kısmını ödemektedirler (Mutlu ve Işık, 2012).

Toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için kendilerinin sağlamış oldukları harcamalardır. Hastalık riski açısından herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010). Ülkemizde ortaya atılan sağlık reformlarıyla sağlık faaliyetleri bir nevi devlet güvencesi ve korumasından çıkartılarak piyasa koşullarına

bırakılmış olup, sağlık alana yönelen multi-uluslu organizasyonlar için yatırımların karlı ve garanti altında olduğu bir ortama büründürmüştür (Çiçeklioğlu, 2011). Ancak ilave ücretlerde meydana gelen artışlar üst sınırlarda gerçekleştirilmiş, bu nedenle 2008 yılından itibaren özel hastanelerin yanık, kanser, prematüre bakımı, transplantasyon, yeni doğan anomalileri, böbrek diyalizi ve kalp cerrahi gibi muamelelerden fark almaları yasakla engellenmiştir (Atasever, 2014).

Son zamanlarda kamu ile özel kesime ait olan kurumların yaptığı sağlık harcamalarındaki artışların yanı sıra bireylerin ve ailelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarda da önemli artışlar gerçekleşmiştir.

Tablo 11: Sağlıkta Katılım Payları ve İlave Ücretler

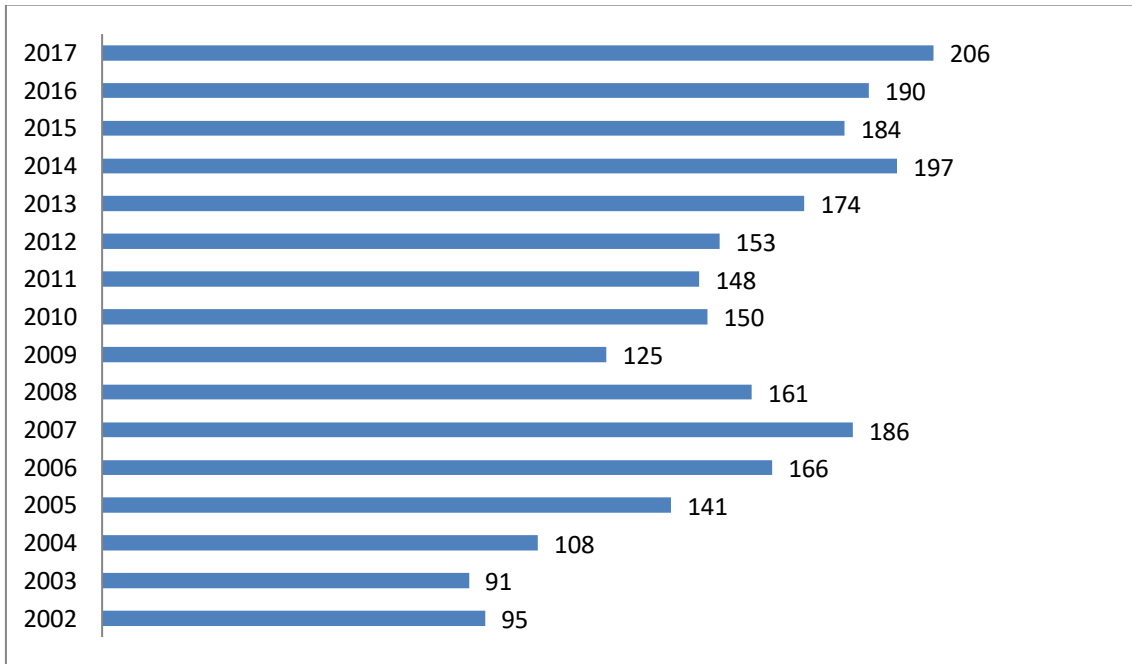
Ayakta Tedavide Hekim ve Dış Hekimi Katılım Payı	1. Basamak; Katılım payı yok	2. ve 3. Basamak; 5 TL	Özel Sağlık Hizmeti; 12 TL
Ayakta Sağlanan Tedavide İlaç Katılım Payı	Kurumdan gelir ve aylık alanlar ve bakmakla yükümlü olanlar için; % 10 Diğer kişiler için; % 20	Her bir reçete için 3 kutuya kadar; 3 TL	3 kutuya ilave her kutu için; 1 TL
Tıbbi Malzeme Katılım Payı	Vücut Dışı Ortez ve Protezlerden; Kurumdan gelir alanlar ve bakmakla yükümlü olanlar için % 10 Diğer kişiler için % 20 Ayrıca, alındığı tarihteki brüt asgari ücretin %75 ini geçemez	Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler; Kurumdan gelir alanlar maaşından mahsup, Diğer kişiler ise kendi cebinden	Ağız Protezleri için; Sözleşmeliler kurum ve kuruluşlarca kişilerden Sözleşmesizler ise kurumca ödeme aşamasında kişilerden
Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payı	Birinci deneme % 30	İkinci deneme % 25	Üçüncü deneme % 20
Yatak Ücreti	Standart Yatak Tarifesi İşlem bedelinin 1,5 katına kadar ilave	Tek Yataklı Odalarda 3 katına kadar ilave	Günübirlik Tedavide Gündüz yatak tarifesinin 3 katına kadar ilave

Kaynak: (SGK, 2018)

Bireyler SDP öncesi daha sınırlı kalemlerde ve daha düşük bedellerle katılım payı öderken, bugün ilave kalemlerde ve artan miktarlarda katılım payı ödemek durumundadır. Bu zorunluluk kişilerin GSS kapsamında olmasına rağmen artarak sürmektedir. Tablo 11’de 2018 yılı SGK Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre sağlıkta katılım payları ve ilave ücretler görülmektedir.

Sağlıkta katılım payları tablosuna bakıldığında, çok farklı adlar ile bireylerin sosyal güvenceye sahip olmalarına rağmen cepten ödeme yükümlülüğü ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. GSS öncesi sadece ilaç ve tıbbi malzemede %10 ve %20 gibi oranlarda katılım payı ödenirken, şu an onun üzerinde değişik kalemlerde ve SGK ödeme fiyatının üç katına kadar ulaşan ilave ödeme yükümlülükleri söz konusudur.

Toplam sağlık harcamalarının düzeyini bilmek kadar, özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamalarının miktarını da bilmek gerekmektedir. Grafik 23’te Türkiye’de yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması görülmektedir.



Kaynak: (TÜİK, 2017)

Grafik 22: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, (ABD Doları)

Grafik 23 verilerine göre 2002 yılında 95 dolar olan kişi başı cepten sağlık harcaması, dalgalı bir seyir izlemekle birlikte artış eğilimini sürdürmüş ve 2017 yılında 206 dolara ulaşmıştır.

Aşağıda Tablo 12’de cepten yapılan sağlık harcamasının cari sağlık harcaması içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 12: Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2016

Ülkeler	Kamu	Cepten	Diğer Özel
Norveç	85	15	0
Almanya	85	12	3
Japonya	84	13	3
Danimarka	84	14	2
İsveç	84	15	1
Fransa	83	10	7
Çek Cumhuriyeti	82	15	3
Birleşik Devletler	82	11	7
İzlanda	82	17	2
Hollanda	81	11	8
Birleşik Krallık	80	15	5
Belçika	79	16	5
Yeni Zelanda	79	14	8
TÜRKİYE	78	17	5
OECD	73	21	6
İspanya	71	24	5
Kanada	70	15	15
Avustralya	68	19	13
Portekiz	66	28	6
İsviçre	63	30	8
İsrail	63	23	13
Yunanistan	61	34	4
Şili	61	32	7
Güney Kore	59	33	8
Meksika	52	40	7

Kaynak: (SB, 2017)

Tablo 12 verilerine göre 2016 yılında toplam cari sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları OECD ülkelerinde ortalama %20,4 iken Türkiye’de bu oran %17,4’tür. Cepten en yüksek harcama yapan ülkeler Letonya, Meksika, Güney Kore, Yunanistan şeklinde devam ederken en az harcama düzeyi %9,8 ile Fransa’dadır.

Son yıllarda pek çok sebebe bağlı olarak sağlık hizmetine olan talep arttı ve talep artışı sağlık hizmet tüketimini artırdı. SB bütçesi merkezi ve döner sermaye olarak iki başlıktan oluşmaktadır. 71,5 milyar TL olan 2018 bütçesinin %53’ü merkezi, %47’si döner sermaye bütçesinden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığının toplam bütçesinin %52’sini personel harcamaları, %38,5’ini mal ve hizmet alımları oluştururken, yatırımlara sadece %10’luk pay kalmaktadır (Erol & Özdemir, 2019: 142).

3.5. Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Topluma sunulan hizmetin etkili ve kaliteli olabilmesi ancak sağlık girdilerinin miktarının yeterli seviyede olmasıyla mümkündür önemlidir. Sağlık gelirlerin de en önemli rol primlerin düzenli ve bilinçli biçimde ödenmesidir. Prim ödemeleri sekteye uğraması demek kısa vadede sağlık hizmetlerinin sunumunun zayıflamasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gelirleri, bağışlar ve yardımlar, vatandaşlara sunulan sağlık hizmeti karşılığı, gerekli durumlarda devlet desteği ve bakanlığın senelik bütçe ödeneğinden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti gelirlerinin önemli bir kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır (Filiz, 2010).

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin masraflı olması ve ulaşılabilir olmaması toplumun bazı kesimleri için hizmet almayı oldukça zorlaştırmaktadır. Bu durumda bu ülkelerde sağlık hizmetlerinde adaletli bir finansman modeli kullanılması önemlidir (İstanbuluoğlu ve ark., 2010). Hem kazanç hem de bölgelere göre kişilerin sağlık sarfiyatları ile sağlık göstergeleri mukayese edildiğinde ekonomik yönden gelişmemiş ülkelerde, sağlık harcamalarının çok az ve sağlık göstergelerinin çok kötü olduğu görülmektedir (Çelik, 2011).

Sağlık sektöründeki girişimlerin yapıtaşlarından biri de yatırımlar ve finansmandır. Yatırımlar bilinçli ve kapsamlı biçimde yürütüldüğünde sağlık hizmetlerinin de kalitesi artmaktadır. Yatırımların etkinliği maksimum yarar minimum zarar ilkesi göz önüne alınarak planlanmalıdır. Yatırımların doğru yapılandırılması sağlık hizmetlerinin sürekli gelişimi için oldukça önemlidir. Sağlık hizmet beklentileri de yatırımlarla birlikte değişikliğe uğrayacaktır. Geçen süreçte sağlık taleplerinde toplumun bilinci artış göstermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri yatırımları da bu düzeyde artış göstermelidir. Sağlık sektöründe yatırım planlanırken üç temel unsur göz önüne alınmalıdır. Sağlık hizmeti sağlayan yapıların ulaşılabilirliği, yatak sayısı ve yeterli sağlık profesyonelleri en temel unsurlardır. Sağlık hizmeti kuruluşları niceliksel olarak fazla olduğunda, içindeki sağlık ve yardımcı profesyonellerde aynı oranda fazla olmalıdır. Genel itibarıyla Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı; genel bütçenin temelinde verdi girdileriyle kazanç sağlayan “Sağlık Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri”, diğer kamu kurumları ve emekli olmayan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan, “SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı” bünyesindeki personelin aylık gelirlerinden kesinti yapılan sosyal güvenlik katkıları, özel sağlık

kurumlarına hizmet veren sağlık profesyonellerine yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır. Türkiye’de genel özellikleri ile sağlık hizmetlerin harcanması sosyal sigortaya dayalıdır (Erol & Özdemir, 2014).

3.5.1. Finansman Çeşitleri

3.5.1.1. Doğrudan Finansman

Bu sistemde vatandaşlar, arada hiçbir aracı olmadan gereksinim duydukları hizmeti sunucudan direkt olarak satın almaktadırlar. Bu yöntem daha çok sosyal güvenlik konusunda sistemin olmadığı veya gelişmediği ülkelerde kullanılmaktadır. Doğrudan finansman yönteminde tüketim, tümüyle tüketicinin satın alma gücü ile doğru orantılı olduğundan dolayı sağlık talebini azaltıcı tesir yaratmaktadır. Özellikle dar gelir seviyesinde hastalık riski yükseldiği için, bu yöntemin yaygın olduğu ülkelerde sağlık ihtiyaçlarının ciddi boyutta giderilememesi problemi meydana gelmektedir (Mutlu ve Işık, 2012).

3.5.1.2. Dolaylı Finansman

Sağlık hizmetinin arzı veya talebi ödeme için doğrudan bir aracı konumunda değildir. Bu yöntem, bazı kurumların, sağlık hizmeti bedelinin tamamını veya bir kısmını karşılaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Aracı kurumların bulunmasıyla hasta vatandaş, sağlık harcama rizikosunu yalnız karşılaşmaktan kurtulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012). Kişiler, finansmanda aracı fonksiyonu görece kurum dönemsel ödeme yapar ve hastalık durumunda bahse konu kurum, sağlık hizmeti riskinin tamamını veya bir bölümünü üstlenmektedir. Bu yöntemde aracı kurum devlet ise finansmanı vergi gelirleri ile sağlamaktadır. SGK gibi yarı kamusal niteliğine sahipse işçi/işveren primleriyle, özel sigorta şirketi ise katılımcıların ödediği sigorta primleriyle gerçekleştirilmektedir (Ekici, 2017: 37).

3.5.2. Finansman Yöntemleri

3.5.2.1. Zorunlu Kamu Sigortası ile Finansman

İlk uygulamaları Fransa’da görülen bu yöntem, ülkemizde de “Genel Sağlık Sigortası” adıyla faaliyet göstermektedir. Bu yönetim temeli tüm toplumu kapsayacak şekilde uygulanmaya çalışılmasıdır (Pekten, 2006: 120). Çalışanlar ile yakınlarını kapsayacak şekilde, ileride meydana gelebilecek hastalık durumları için oluşturulmuş olumsuzlukları karşılama sistemidir. Bu sistemde herkes ödeme durumuna göre prim öder ve primler

bir havuz içinde toplanır. İlerleyen zamanda oluşacak bir gereksinim halinde uygun görülen ödeme bu havuzdan gerçekleştirilir (Mutlu ve Işık, 2012). Eski sistemlerde sadece sosyal güvenceye sahip bireyler hizmetten faydalanırken, yeni sistemle, toplumun refahı için işsiz birey de zorunlu kamu sigortası kapsamına girmekte ve devlet tarafından garanti altına alınmaktadır (Pekten, 2006: 120).

3.5.2.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile Finansman

Kamu sağlık sigortası kapsamının tümünün veya bir kısmının haricinde kalan sağlık hizmetlerinin finansman metodudur. Kamu kesiminin karşıladığı hizmetlerin haricindeki teşhis ve tedavi giderlerini, kamu kesiminin karşıladığı teşhis ve tedavi giderlerine ek olarak ortaya çıkan giderleri ve kamu sağlık sigortası için tanzim edilen iştirak paylarını kapsam altına almaktadır. Bu metodun diğer metotlardan en önemli farkı kişilerin herhangi fark ödeme mecburiyetinde kalmadan özel kurumlardan da sağlık hizmeti talep edebilmesidir. Ayrıca bu metotla hastalar hastane ve hekim seçme hakkına sahip olabilmektedirler (Lister, 2008).

3.5.2.3. Gönüllü Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin ulusal veya uluslararası gönüllü kuruluşlarca bağış veya bazı faaliyetlerde bulunması sonucu elde ettikleriyle karşılanmasıdır. Çeşitli dernek, vakıf ve çeşitli hayır kurumları kâr amacı gütmeksizin sağlık finansmanı üstlenmektedirler. DSÖ, “Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu” (UNICEF), Kızıllaç, Kızılay vb. küresel faaliyetlerde bulunan kurumlar bu sistemde faaliyette bulunan örneklerdir (Günaydın, 2012: 331).

3.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı

20. yüzyılın sonlarına gelirken devlet yönetim hiyerarşisi ve bürokrasisinde önemli değişimler ve gelişmeler meydana gelmiş, mali hususların ve toplum ihtiyaçlarının etkisiyle piyasa çok merkezli ve daha esnek biçimde yön değiştirmiştir. Bu bağlamda, kamusal hizmetler, geleneksel yapıdan ziyade fiyat ve müşteriye odaklanan bir sistem çerçevesinde şekillenmeye başlamıştır. Özellikle İngiltere’den doğan ve tüm dünyaya yayılan bir özelleşme dönemi gündeme gelmiştir. Bu özelleştirme kapsamında çeşitli değişimler yaşanan bir iş kolu da sağlık alanı olmuş ve Kamu Özel İşbirliği Modeli çerçevesinde yatırımcıların ilgisine açılmıştır (Kerman ve ark, 2012: 21).

Son yıllarda Sağlık Bakanlığı, ülkede ki hastane ihtiyacını karşılayabilmek amacıyla hastanelerin inşasında bir KÖİ yöntemi olan YKD modelinden yararlanmaktadır. Türkiye'nin YKD modelini uygulamaya başlaması sağlık hizmetleri projeleri ile olmuştur. YKD modeli kapsamındaki sağlık projeleri 6428 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkındaki Kanun” çerçevesinde düzenlenmiştir. Yaklaşık 30 yıllık süre içinde bu projeleri yürütecek yasal bir çerçeve oluşturma politikacıların temel önceliği haline almıştır. Sağlık sektöründe YKD modeline yönelik legal aşamalar, 2005-2006'da Sağlık Bakanlığı'nın “Sağlık Hizmetleri İnşaatına İlişkin YKD Yönetmeliğine” “3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununa Ek 7 Maddesi'nin” eklenmesiyle başlamıştır. Sağlık sektöründe KÖİ sistemi hizmet alımı şeklinde başlamıştır. Örneğin; 1985'te Sağlık Bakanlığı devlet hastaneleri için temizlik işlerini harici yerden (özel firmadan) satın almak için genelge yayınlamıştır. Bu genelge ile başlayan KÖİ, mutfak, güvenlik, bilgisayar hizmetleri vb. çoğu tıbbi olmayan hizmetlerin özel sektör tarafından sağlanması ile devam etmiştir. Kamu hastane sektöründe YKD modeli özellikle bilgisayarlı tomografi ve MR ünitesi gibi ileri seviye tanı ve ayaktan tedavi birimleri için geçerlidir. Sisteme göre MR ve tomografi cihazları olan özel kesim temsilcisi, sahip olduğu cihazları devlet hastanesine kurabilmekte ve belirli bir süre boyunca kendi adına çalıştırabilmektedir. Sözleşme süresi sonunda cihaz hastaneye devredilmektedir. Sağlık sektöründe ilk KÖİ 2005'te “5396 sayılı Kanunla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na” eklenen yeni bir madde ile yapılmıştır (Çelik, 2010). Buna göre “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2005”: Yüksek Planlama Kurulu'nun anlaşması sonucunda kamu yapılarına arazilerine özel sektör tarafından inşa edilecek sağlık kampüsleri bakanlık tarafından belli bir zaman zarfında kiraya verilecek, tıbbi hizmetler haricindeki diğer hizmetler özel kişilerce verilebilecektir. KÖİ sistemi ile ilgili “Sağlık Hizmetlerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” 2006'da yürürlüğe girmiştir. Yönetmelikle beraber KÖİ hastane projelerinin hazırlık çalışmaları başlamıştır (Çelik, 2010).

Türkiye’de 2003 yılı sonrasında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ortaya çıkmış ve sağlık hizmetleri alanında adeta bir dönüm noktası olarak kabul edilmiştir. Bu dönüşüm programı sosyal devlet oluşumunun bir gereği olarak; nitelikli personele sahip, kolay

ulaşılabilir, kaliteli, çözüm odaklı, güler yüzlü ve halkın taleplerini karşılayabilen nitelikte bir sağlık hizmetini amaçlamaktadır. Dünya da ve ölkemizde sağlık sektöründe artan maliyetler, sağlık hizmetleri finansmanında farklı arayışları beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda gündeme gelen KÖİ modeli ile sağlık hizmetleri sunumunda minimum maliyet ile kamunun finansal yükünün azalmasını sağlamaktadır (Tekin, 2008).

Sosyal devlet olgusunu benimseyen ve buna yönelik toplumun temel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan Türkiye’ de sağlık sektörüne yapılan yatırımlar ve yasal düzenlemeler konusunda birçok çeşitli tartışmalar yaşanmaktadır. Toplumun en çok ihtiyaç duyduğu alanlardan biri olan sağlık hizmetlerinde artan talebin karşılanması için KÖİ modeli uygulanmakta ve kira bedeli karşılığında yeni sağlık tesislerinin yapılması, var olanların yenilenmesi, onarım ve bakımlarının gerçekleştirilmesi söz konusudur (Karasu, 2009; Acartürk ve Keskin, 2012).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde KÖİ modelinin uygulanması Avrupa Birliği ölkeleri ile aynı dönemde ve ABD’den 10 yıl sonra gerçekleşmiştir. 2000’li yıllarda “mevzuat” şekil almış, 2010’dan sonra ise uygulamalar faaliyet göstermeye başlamıştır.

2006 yılında “Sağlık Tesislerinin Yapılması ve Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanlarının Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” önemli bir diğer adım olmuş ve hizmet alanı büyütölmüştür. Buna göre; “Yüksek Planlama Kurulu (YPK)’nun karar vermesi halinde hazine (veya gerekiyorsa şahıs) arazileri üzerine özel sektörece yapılacak sağlık tesisleri Bakanlıkça belirli bir süre üst hakkı verilmek suretiyle kiralanacak, tıbbi hizmetler dışındaki tüm hizmetler özel sektör tarafından verilebilecektir”. 22/05/2010 tarihindeki 27588 sayılı Resmî Gazete’ de bulunan değişiklikle daha çok “özel” iması yapılmış ve KÖİ alanı genişletilmiştir. 01/07/2011 tarihinde 27981 sayılı Resmî Gazete ’de bulunan değişiklikle ise özel sektörü daha çok teşvik eden uygulamaya gidilmiştir. Konu olan yönetmeliklerin, iptali sonrasında yapılan düzenlemelerin kanunlaştırılması yöntemi benimsenmiştir. “Sağlık Bakanlığı’nca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” ile hizmet satın alınmasının uygulama alanı büyütölmüş ve sağlık hizmetleri bölümünde bulunan “hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” düzenlemesinin yolu açılmıştır (Çelik, 2010).

3.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel İşbirliği Projeleri

3.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda YKD Dönüşümü

Ülkemizde sağlık faaliyetlerinin asıl maksadı toplumun sağlık seviyesinin iyileştirilmesi, optimum düzeye getirilmesi, sağlıkla ilişkili rizikoların mümkün olduğunca azaltılması ve bahse konu rizikolardan toplumu korumanın yollarının bulunmasıdır ve sağlık sektöründeki gidişat da bu temel hedefler doğrultusunda ilerlemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Türkiye’ de sağlık güvencesi olmayan oldukça fazla bireyin olması, var olan sağlık sisteminin yetersiz olması, kaynakların verimsiz kullanılması, ekonomide hızlı bir dönüşümün olması ve uluslararası ilişkilerin siyasi ve mali düzeyde artması sağlıkta reform yapılmasını zorunlu bir hale getirmiştir. Bu nedenle de Türkiye’ de 2003 yılından itibaren gerçekleştirilen SDP sağlık alanında bir dönüm noktasıdır. Bu program; nitelikli, ulaşılabilir, vasıflı çalışana sahip, sorun çözümü odaklı ve insanların gereksinimlerini karşılayacak düzeyde bir hizmet sunmayı amaçlar. Gelişen ülkeler sağlık faaliyetlerinin niteliğini arttırmak için daha fazla harcama yapabilirler. Çünkü ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça halkın bilinç düzeyi de artmakta ve istekleri de daha nitelikli olmaktadır. Bunun yanında, dünyada sağlık hizmetlerinin maliyeti arttığından dolayı sağlık hizmetlerinin verilmesinde farklı mali kaynaklar aranmaktadır. Bunun sonucunda ise KÖİ sistemi gündeme gelmiştir. Bu sayede kamu mali yükten kurtulmakta ve sağlık hizmetlerini de minimum maliyetle gerçekleştirebilmektedir (Tekin, 2008).

3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile entegre sağlık kampüslerinin YKD sistemi ile gerçekleştirilmesiyle sağlık sektöründe yeni bir boyuta ulaşılmıştır. Bu sistemle yapılan sağlık kampüslerinin projelerinde örneğin; 1540 yataklı sağlık tesisi projesinde ihalenin pre-yeterlilik koşulları değerlendirildiğinde sözleşme içeriği; projesi, maliyeti, gerekli malzemelerin tahsisi tesislerin bakımı, laboratuvar, tıbbi cihazların ve diğer tıbbi destek hizmetleri, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, bilgi işlem, yemek ve güvenlik dâhil destek hizmetleri ve takdimi, sağlık hizmetleriyle ilgili ve Bakanlığın onayını alan ticari alanların yapımı ve işletilmesi üzerine yoğunlaşmaktadır (Kalkınma Bakanlığı 2012; Karasu, 2009; Acartürk ve Keskin, 2012).

Türkiye'deki KÖİ pazarı, sağlık alanında finansal kapanışı gerçekleşmiş olan KÖİ sözleşmeleri etkisiyle hızla büyümektedir. Yapılan bir araştırmada küresel şirket

yöneticisi katılımcıların %23'ünün Türkiye'nin ABD'den sonra kısa ve orta vadede en umut vaat eden KÖİ pazarına sahip olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de bu pazara artan küresel ilgi; ülkenin altyapı hizmeti ihtiyacının büyüklüğünden ve konu ile ilgili karar alıcıların KÖİ sistemine büyük önem vermelerinden kaynaklanmaktadır (Emek, 2017). Türkiye' de son yıllarda açıklanan büyük yatırım projeleri yoğun sermaye gerektiren projelerdir. Bu anlamda öncelikli hizmet kollarından olan sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulmasında kamuoyu için yeterli düzeyde sağlık tesisleri inşa etmek zorunlu hale gelmiştir. Bu sistem ile gerçekleştirilen 30'un üzerinde şehir hastanesi Türkiye'nin sağlık hizmetleri nicelik ve niteliğinde ciddi değişim ve dönüşümler yaşamasını sağlamıştır. Şehir hastaneleri “uzman kadroları, bilimsel araştırma laboratuvarları, sosyal ve kültürel tesisleri, otel hizmetleri, taşımacılık hizmetleri, park olanakları, konaklama ve açık alan kullanımı ile çeşitli hastaneleri birleştiren sağlık kompleksleridir” şeklinde tanımlanmaktadır (ÇSED, 2014: 2). KÖİ sistemine ilişkin uygulanması beklenen işler aşağıdaki gibidir (Acartürk ve Keskin, 2012: 46);

- Özel sektöre kira bedelinin ödenmesi karşılığında yeni sağlık tesisi yapımına başlanması,
- Sağlık tesislerinin tamiratı, iyileştirilmesi işlemleri,
- Tıbbi hizmetlerinin sunumunun belirli bir bedel karşılığında özel sektör tarafından sunulması,
- Tıbbi destek hizmetleri haricinde diğer hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik, yemekhane vb.),
- Sağlık tesislerinde ihtiyaç duyulan bütün tıbbi ekipmanların hazırlanmasıdır.

3.7.2. Dünyada Şehir Hastaneleri Uygulamaları

Artan finansal ihtiyaçlarla başa çıkabilmek amacı, tüm ülke yönetimlerini, sağlık sektörü için imtiyaz uygulamaları ile ilgilenmek zorunda bırakmıştır. İmtiyazlar İngiltere yönetim politikasında, Ulusal Sağlık Hizmetleri için bu model sermaye programında merkez rol oynayan bir seçenek olmuştur (Tekin, 2017: 6)

Tablo 13: Dünyada Bazı Şehir Hastaneleri Uygulamaları Proje Değeri ve Proje Sayıları (ABD Doları)

Ülkeler	Proje Başlangıç	Proje Sayısı	Proje Değeri
İngiltere	1990	130	15 Milyar
İtalya	1999	50	6,5 Milyar
Fransa	2002	50	5 Milyar
Almanya	2002	21	3 Milyar
Kanada	2003	92	26 Milyar
Türkiye	2009	34	20 Milyar

Kaynak: (Bayar, 2017)

Modelin en gelişmiş olduğu ülke İngiltere'dir. İngiltere'deki özel kesim, kamu hizmetlerinin yürütülmesine sistemli olarak iştirak etmiştir. Başhekimlerde bulunan yönetim, yönetim alanında Uzman Genel Müdürlere devredildi. Hastanelerin tümü ve çeşitli sağlık konseyleri mali açıdan özgür hale getirildi. Dünyada Şehir Hastaneleri uygulamasının öncüsü ve ilk uygulayıcısı ülke İngiltere'dir. Ardından Portekiz, İspanya, Kanada, İtalya, Fransa, Türkiye ve Almanya gelmektedir.

Ülkemiz, bu modeli diğer özellikle Avrupa başta olmak üzere diğer ülkelere göre geç uygulayan ülke olmasına karşın proje sayısını 30 un üzerine çıkarmıştır. Son verilere göre ülkemiz, Şehir Hastanelerinin yatırım değeri ve yatırım tutarı açısından dünyada ön sıralarda yer almaktadır. Yatırım tutarı 20 milyar dolar civarında bir yatırıma denk gelmektedir.

3.7.3. Türkiye'de Şehir Hastaneleri ve Entegre Sağlık Kampüsleri

Türkiye'deki bazı illerdeki devlet hastaneleri "Entegre Sağlık Kampüsleri", "Sağlık Kentleri", "Bölge Hastaneleri" ya da daha yaygın olarak "Şehir Hastaneleri" adı altında tek bir kampüste birleştirilerek KÖİ modeli ile finanse edilmekte, inşa edilmekte ve faaliyet göstermektedir. KÖİ modeli ile şehir hastaneleri özerk olmakta, işbirliği içinde bulunan şirketlerle hizmet vermektedir. Bunun sonucunda tedavi ve bakım hizmetleri piyasa merkezli hale gelmektedir. Sağlık hizmetleri bireyselleşmekte, hasta memnuniyeti odaklı hale gelmekte böylece işbirliği içinde olunan şirketler kar elde edebilmektedir. Entegre Sağlık Kampüsleri KÖİ modeliyle ortaya konulan, yüksek bütçeli projelerdir. Şehir hastaneleri olarak adlandırılan sağlık kampüslerinin Türkiye'de halihazırda sağlık hizmeti problemlerinin çözüme kavuşturulması amacıyla. Hasta yakınlarının konfor ile konaklayabileceği odaların inşa edilmesi ve

yatak mevcudunun optimum sayıya çıkarılması hedeflenmiştir. Ayrıca şehir hastanelerinin inovatif laboratuvarlar ve araştırma merkezleri sektöre rahatlık sağlayacaktır. Hasta yakınlarının faydalanabileceği sosyal alanlar, oteller, alışveriş merkezi gibi yapılar bulunmaktadır (Gökkaya ve ark. 2018b).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı 850 kamu hastanesinin toplam kapalı alanı 19 milyon m², toplam yatak sayısı ise 137 bindir. Açılacak otuz dört şehir hastanesinin ise toplam kapalı alanı tüm sağlık bakanlığı hastanelerinin toplam kapalı alanının %74’ü kadar olup 14 milyon m²’dir. Yatak sayısı ise 42.199 olup toplam Sağlık Bakanlığı hastaneleri yataklarının %30’u kadardır. Sağlık Bakanlığı yatak başına 138 m² düşerken şehir hastanelerinde yatak başına 331 m² düşmektedir (Atasever, 2018).

Tablo 14: Sözleşmede Mutabakata Varılan Şehir Hastaneleri ve Sağlık Kampüsleri

NO	PROJE ADI	YATAK SAYISI	BİTİŞ TARİHİ	YATIRIM TUTARI
1	Mersin Şehir Hastanesi	1.300	AÇILDI	740
2	Adana Entegre Sağlık Kampüsü	1.550	AÇILDI	655
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	AÇILDI	303
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	AÇILDI	155
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	AÇILDI	498
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	AÇILDI	235
7	Elâzığ Şehir Hastanesi	1.038	AÇILDI	390
8	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.704	AÇILDI	1.288
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	AÇILDI	461
10	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	AÇILDI	400
11	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.577	2019	1.166
12	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2.400	2020	696
13	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	2020	262
14	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	2020	932
15	Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	480	2020	-
16	Kütahya Şehir Hastanesi	600	2020	182

17	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180	2020	395
18	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	-	2020	780
19	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	2020	758
20	İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2.682	2020	1,560
21	Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1.700	2021	405

Kaynak: (KB,2015; KB, 2016; KB, 2017; KB 2018)

2017 yılının sonunda sözleşmesi imza altına alınarak tamamlanan şehir hastaneleri ve tasarlanma mertebesindeki şehir hastanelerinin totalde sabit yatırım değeri yaklaşık 30 Milyar TL civarındadır. KÖİ metodunda proje yatırımlarında %20 oranında öz kaynak kullanırken %80 oranında ise kredi kullanılmaktadır (Birinci, 2017). Bahse konu tasarılar bitirildiğinde 25 yıl boyunca 2017 yılı rakamlarıyla yapı kullanım bedeli için yıllık ortalama 5,5 milyar TL civarında ödeme yapılacağı tahmin edilmektedir. Sözleşmesi imza altına alınan 21 tasarımın tıbbi cihaz yatırım değeri totalde yaklaşık 3 Milyar TL olarak öngörülmekte olup, bunların medikal donanım yatırım değeri 2,5 Milyar TL iken, mefruşat yatırım değeri 500 Milyon TL'dir. Tasarı aşamasında olan projelerde toplam meblağ yaklaşık 1 Milyar TL olarak tahmin edilmekte olup, medikal donanım yatırım değeri 850 Milyon TL iken, mefruşat yatırım değeri 150 Milyon TL'dir. Şehir hastanelerinin hepsi bitirildiğinde total yatırım maliyetinin tahmini olarak 4 Milyar TL'sinin medikal ekipman ve mefruşat yatırımı olacağı düşünülmektedir. Şehir hastanelerinde yatırım kapsamında elde edilen tıbbi aletlerin bitmiş olan projelerdeki yaklaşık olarak yerli ürün niceliği %25 civarındadır (Atasever, 2018)

3.7.3.1. Açılışı Gerçekleşmiş Olan Şehir Hastaneleri

3.7.3.1.1. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ülkemizde KÖİ metodu ile tamamlanmış ilk sağlık projesi olma özelliğini taşıyan hastane 374.813m²'lik bir arazi üzerine kurulması amacıyla 21 Kasım 2014 tarihinde 740 milyon ABD doları yatırım bedeliyle sözleşmesi imzalanmıştır. 25 ay süren inşaa aşamasının ardından 2017 yılının şubat ayında resmî törenle açıldı. 1.300 yatak kapasiteli hastane genel hastane binası, kalp ve damar, kadın doğum ve çocuk, genel onkoloji ve psikiyatri bölümlerinden oluşmaktadır. Bünyesinde; 1300 yatak, 280 poliklinik, 210 yoğun bakım, 53 ameliyathane, 7 anjiyografi, 36 endoskopi ünitesi, 152 prepost, 30 diyaliz, 50 kemoterapi salonu, 8 triyaj, 72 yataklı acil arenası, 6 acil

İzolasyon odası, 12 travma, 9 genel tedavi üniteleri bulunmaktadır. Ayrıca Hiperbarik oksijen iyileştirme merkezi ve uyku laboratuvarı hizmetleri de sunulmaktadır. Otel odası konforuna sahip hasta odaları ve ileri teknoloji tıbbi cihazlarıyla hizmet vermektedir. Hedef olarak hastanenin sağlık turizminde önemli merkezlerden biri durumuna gelmesi amaçlanmaktadır (SYGM, 2019).

3.7.3.1.2. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

En ileri teknolojiye sahip medikal donanımları ile 553.000m² kapalı inşaat alanına sahip hastane sadece o bölgenin değil, küresel anlamda da dünyanın önemli hastaneleri arasında yer almaktadır. 2015 yılının mart ayında yapımına başlanan ve yatırım tutarı yaklaşık 655 Milyon ABD doları olup, inşaat süresi 3 yıl belirlenmesine rağmen 6 ay daha önce bitirilerek 2017 yılının Eylül ayında açılışı gerçekleştirilmiştir. İşletme süresi ise 25 yıldır olarak belirlenen hastanede, yaklaşık 5 bin personel, günlük 16 bin hastaya kesintisiz hizmet veriliyor. Genel sağlık hizmetlerinin yanında, onkoloji, kalp ve damar hastalıkları, kadın doğum ve çocuk üniteleri de bu sağlık üssünde yer alıyor. Bölge Hastanesi (584 yatak), Onkoloji Hastanesi (182 yatak), Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi (349 yatak), Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi (185 yatak), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi (150 yatak), Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi (100 yatak) toplam 1.550 yataktan oluşmaktadır (Kılıçaslan, 2017). Hastane, 1.512 sismik izolatöre sahip olmakla birlikte, bahse konu hususuyla dünyanın en büyük depresmel izolatörlü hastanesi olarak açıklanmaktadır. Dünyanın en gelişmiş teknolojisine sahip 3 taraflı sarkaç tipi deprem izolatörleri aracılığıyla, muhtemel bir şiddetli deprem esnasında ve sonrasında dahi bütün işlevsel uygulamalarda herhangi bir aksama yaşanmadan hizmete devam edebilecektir (SYGM, 2019).

3.7.3.1.3. Isparta Şehir Hastanesi

Türkiye'nin ilk deprem izolatörlü (897 Adet) olarak inşa edilen KÖİ projesi hastanesidir 2017 yılının mart ayında hizmete giren hastane 800 yataklı olup proje 194.989m²'lik alana inşa edilmiştir. Entegre sağlık kampüsü Genel Hastane ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinden oluşan kampüs 167 poliklinik 176 yoğun bakım ünitesi yatağı, 20 ameliyathane ile hizmet vermektedir. Çevre aydınlatması 220 adet güneş enerjisi paneliyle yapılmakta, tüketimin %30'unu karşılamaktadır. Saatte 2.72 m³ sıcak su ihtiyacını karşılayan, 290 adet güneş enerjisi paneli bulunmaktadır. Sözleşme yatırım

değeri 303 milyon ABD doları olarak belirtilen hastanenin, inşaat süresi 2 yıl, işletme müddeti ortalama 25 yıldır (Kılıçaslan, 2017).

3.7.3.1.4. Yozgat Şehir Hastanesi

Sağlık Bakanlığının KÖİ tasarısı ile 142.000m² alanda inşa edilen hastane 2017 yılının Nisan ayında resmî törenle açıldı. İmtiyaz müddeti 27 yıl olan ve modern şartlarda sağlık hizmeti arz etmekte olan hastane 475 yatak kapasitesine sahip olup, 127 poliklinik odası, 17 ameliyathane, 34 yoğun bakım ünitesinden oluşmaktadır. Yatırım tutarı 155 milyon ABD doları olan hastane, yalnızca Yozgat şehrine değil, tüm bölgeye sağlık hizmeti sunmaktadır. Ayrıca hastanenin büyük sağlık yatırımı sebebiyle bölgedeki hizmet vasfı yükselmektedir (SYGM, 2019).

3.7.3.1.5. Kayseri Şehir Hastanesi

Sözleşmesi 2011 yılında yapılan Kayseri'nin Kocasinan mevkiinde 750.000m² bir düzlük üzerinde inşa edilmiş olup, 2018 yılının Mayıs ayında hizmete açılmıştır. 5 yıldızlı otel konseptinde planlanmış olan kampüs, toplamda 1607 yatak sayısına sahip; 412 Yataklı Kalp ve Damar Hastanesi, 277 Yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 Yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, 120 Yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 Yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi 18 Yataklı Yanık Merkezinden oluşmaktadır. Yatırım tutarı 498 milyon ABD doları olan hastanenin tamamlanma süresi 3 yıl, işletme süresi 25 yıl olarak belirlenmiştir (SYGM, 2019).

3.7.3.1.6. Manisa Şehir Hastanesi

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından ihalesi yapılan Manisa Şehir Hastanesi 2018 yılının Ekim ayında açılışı yapılmış ve hizmete girmiştir. Ege Bölgesi'nde Manisa şehrinde 178.000m² kapalı alan üzerine kurulan hastanenin yatak toplam 558 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 236 adet tek kişilik, 100 adet çift kişilik oda yer alırken, 21 ameliyathane, 122 yoğun bakım yatağı, 145 poliklinik, 15 diyaliz merkezi yatağı, 17 kemoterapi koltuğu ile halkın hizmetine sunulmaktadır. Yatırım değeri yaklaşık 235 milyon ABD dolardır. Şehrin bütün sağlık problemlerine çözüm üretmesi için son teknolojiye sahip tıbbi ekipmanlarla donatılmıştır (SYGM, 2019).

3.7.3.1.7. Elâzığ Fethi Sekin Entegre Sağlık Kampüsü

2014 yılının ağustos ayında imzalanan anlaşmayla temeli atılan hastane Elazığ şehrinin Merkez ilçesinde 360.000m² düzlük üzerine inşa edilmiştir. Resmi açılışı 2018 yılının

Eylül ayında yapılan hastane totalde 1038 yatak kapasitesine sahiptir. Hastane kampüsünde toplam 37 ameliyathane, 114 yataklı yoğun bakım ünitesi, 46 yataklı yenidoğan yoğun bakım ünitesi, 227 adet poliklinik oluşmaktadır. Ayrıca 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 50 yataklı Tutuklu Adli Psikiyatri ünitesi bulunmaktadır. Sözleşme yatırım bedeli 390 Milyon ABD doları olan hastanenin 3 yıl inşaat 25 yıl işletme olmak üzere totalde 28 yıl işletme hakkı olduğu görülmektedir.

3.7.3.1.8. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Avrupa'nın ve Türkiye'nin sağlık sektöründeki en büyük KÖİ projesi, dünyanın tek seferde inşası tamamlanan en büyük hastanesi olan Bilkent Şehir Hastanesi 2015 yılının mart ayında proje sözleşmesi imzalanmıştır. Toplam yatak sayısı 3.810 olan kampüs; genel hastane binası 562 yatak, Kalp ve Damar Hastanesi Binası 441 yatak, Nöroloji Hastanesi Binası 506 yatak, Çocuk Hastanesi Binası 599 yatak, Kadın Doğum Hastanesi Binası 542 yatak, Onkoloji Hastanesi Binası 588 yatak, Ana Hastane Binası 72 yatak, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Binası 300 yatak, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi Binası 100 yataktan oluşmaktadır. Proje, 1,288 Milyar ABD doları yatırım tutarıyla sağlık alanında finansman anlaşması imzalanan en büyük proje olma özelliğini taşımaktadır. Hastanenin İnşaat süreci 3 yıl ve işletme süresi 25 yıl olarak belirlenmiştir (SYGM, 2019).

3.7.3.1.9. Eskişehir Şehir Hastanesi

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün KÖİ ile ihalesini yaptığı bulunduğu bölgenin en güçlü sağlık tesisi olarak adlandırılmakta olan hastanesi 2018 yılının Ekim ayında vatandaşa hizmete açılmıştır. Sözleşme yatırım değeri 461 milyon ABD doları olup, 25 yıl işletme hakkı bulunmaktadır. Hastanede, toplam 1081 yatak sayısı bulunmakta olup, yüksek standart ve konfora sahip odaların 437 adeti tek kişilik, 191 adeti çift kişilik oda olarak tasarlanmıştır. Hastanede, birçok özelliğe sahip üniteler mevcuttur, çocuklara hizmet vermesi kreş yapıldı. Hastanede yatarak tedavi gören çocuklar bir taraftan tedavilerine devam ederken, diğer yanda kreş sayesinde hastane, doktor korkularını yenecek. Kreşte her yaşa göre sınıflandırılmış oyun sahaları bulunmakta olup çocuklar için güvenlik önlemleri alınmıştır (SYGM, 2019).

3.7.3.1.10. Bursa Şehir Hastanesi

KOİ modeli ile Bursa'nın Nilüfer ilçesinde 745.500 metrekare alan üzerine 2016 yılında inşa edilmeye başlanan hastane 2019 yılında tamamlanmıştır. Son teknoloji deprem izolatörlerine sahip olan hastane olası en şiddetli depremlere dayanıklı inşa edilmiş olup, toplam 1.355 yatak kapasitesine sahiptir. Genel hastane yatak kapasitesi 283, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi yatak kapasitesi 271, Onkoloji Hastanesi yatak kapasitesi 250, Kadın Doğum ve Çocuk, Genel ve Psikiyatri Hastanesi yatak kapasitesi 251 olup proje yatırım tutarı 400 Milyon ABD Dolarıdır (SYGM, 2019).

3.7.4. Sağlık Bakanlığı Kira ve Hizmet Bedelleri Ödeme Yöntemi

Sağlık Bakanlığı üstlenici şirkete işi tamamladıktan sonra 2 çeşit ödeme yapmaktadır (Canbey, 2017);

a) Kullanım Bedeli Ödemeleri; Kullanım bedeli, üstlenici şirketin yatırım gerçekleştirdiği sağlık binalarının kamu eliyle kullanılması karşılığında, Sağlık Bakanlığı tarafından işletme süresince şirkete geri ödenen değerdir.

B. Hizmet Ödemeleri; Hizmet ödemeleri ise seçimli ve zorunlu hizmetlerin, üstlenici şirket vasıtasıyla işletim süresi boyunca halka arz edilmesi karşılığında Sağlık Bakanlığı eliyle yapılan ödemedir.

Kullanım bedeli ödemeleri, sağlık binasının inşaat ve işletme harcamalarını karşılaması maksadıyla 3'er aylık dönemlerde yapılırken hizmet ödemeleri ise üstlenici şirket vasıtasıyla yapılan hizmetlerden ve tamir/bakım uygulamalarından kaynaklanan masrafları karşılamak maksadıyla her ay yapılmaktadır.

Kullanım bedeli ödemeleri ve hizmet bedeli ödemelerine TÜFE ve ÜFE yükselmelerini %100 nispete iletilmektedir. Kullanım bedeli ödemeleri TÜFE ve ÜFE artış ortalamasından daha çok olan yabancı para mevduatının yükselme rizikosuna karşı himaye altına alınmıştır. Bu sebeple sağlık kampüslerinde üstlenici şirket için uygulanan ödeme işleyişi, TL'nin değersizleşmesi durumuna karşı koruma sağlamaktadır. Böylece yabancı paranın TL karşısında değer kazanması durumunda hiçbir dönem bir önceki dönemde yapılan ödemelerin o dönemki döviz karşılığından daha az tutarda kullanım değeri faturalandırılmamaktadır. Bahse konu koruma sağlık kampüslerinin yatırımlarında bulunan bankaların yatırıma güvenlerini artırmaktadır (Atasever, 2018).

3.7.5. Şehir Hastaneleri İçin Ödenen Kira ve Hizmet Bedelleri

Tablo 15: 2017 Yılı Şehir Hastaneleri Kira Ve Hizmet Bedelleri TL/Dolar

2017	Kira Bedeli (TL)	Hizmet Bedeli (TL)	Döviz Kuru (TL/Dolar)	Kira Bedeli (Dolar)	Hizmet Bedeli (Dolar)
Ekim	124.721.247	15.499.907	3,66	34.076.843	4.234.947
Kasım	-	54.998.148	3,87	-	14.211.407
Aralık	-	115.111.914	3,84	-	29.977.060
Toplam	124.721.247	185.609.969	-	34.076.843	48.423.414

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Hizmete giren şehir hastanelerine 2017 yılında yapılan hem kira hem hizmet bedeli ödemeleri toplam TL bazında yaklaşık 310 Milyon TL olup, toplam dolar bazında yapılan ödeme ise yaklaşık 83 Milyon Dolar'dır.

Tablo 16: 2018 Yılı Şehir Hastaneleri Kira Ve Hizmet Bedelleri TL/Dolar

2018	Kira Bedeli (TL)	Hizmet Bedeli (TL)	Döviz Kuru (TL/Dolar)	Kira Bedeli (Dolar)	Hizmet Bedeli (Dolar)
Ocak	137.967.968	25.904.983	3,76	36.693.608	6.889.623
Şubat	6.341.976	52.024.247	3,77	1.682.221	13.799.535
Mart	6.523.367	100.540.010	3,88	1.621.280	25.912.373
Nisan	150.949.427	59.226.091	4,05	37.271.463	14.623.726
Mayıs	6.629.388	76.735.851	5,40	1.227.664	14.210.342
Haziran	16.073.022	67.556.522	5,62	2.859.968	12.020.733
Temmuz	176.819.869	69.835.910	5,74	30.804.855	12.166.534
Ağustos	6.421.390	71.568.332	5,79	1.109.048	12.360.679
Eylül	32.233.376	130.907.998	6,35	5.076.122	20.615.432
Ekim	306.137.720	93.583.064	5,84	52.420.842	16.024.497
Kasım	203.273.680	106.871.894	5,37	37.853.571	19.901.656
Aralık	103.280.934	193.193.584	5,29	19.523.806	36.520.526
Toplam	1.152.652.117	1.047.948.486	-	288.204.448	192.879.122

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Hizmete giren ve hizmete devam eden şehir hastanelerine 2018 yılında yapılan hem kira hem hizmet bedeli ödemeleri toplam TL bazında yaklaşık 2,2 Milyar TL olup, toplam dolar bazında yapılan ödeme ise yaklaşık 481 Milyon Dolar'dır.

Tablo 17: 2019 Yılı Şehir Hastaneleri Kira Ve Hizmet Bedelleri TL/Dolar

2019	Kira Bedeli (TL)	Hizmet Bedeli (TL)	Döviz Kuru (TL/Dolar)	Kira Bedeli (Dolar)	Hizmet Bedeli (Dolar)
Ocak	488.172.488	96.949.670	5,36	91.076.956	18.087.625
Şubat	19.524.965	144.871.298	5,25	3.719.040	27.594.532
Mart	73.787.010	146.804.205	5,45	13.538.900	26.936.551
Nisan	567.974.346	175.999.428	5,74	98.950.234	30.661.921
Mayıs	20.680.462	189.296.211	6,04	3.423.917	31.340.432
Haziran	17.962.483	157.101.368	5,82	3.086.337	26.993.362
Temmuz	691.508.249	272.271.974	5,66	122.174.602	48.104.589
Ağustos	83.293.956	197.010.298	5,70	14.612.974	34.563.210
Toplam	1.964.893.859	1.380.304.272	-	346.867.679	244.282.222

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Hizmete giren ve hizmete devam eden şehir hastanelerine 2019 yılında yapılan hem kira hem hizmet bedeli ödemeleri toplam TL bazında yaklaşık 3,4 Milyar TL olup, toplam dolar bazında yapılan ödeme ise yaklaşık 591 Milyon Dolar'dır.

Veriler ışığında şimdiye kadar özel sektöre yapılan ödemeler TL bazında yaklaşık 3,2 milyar TL kira bedeli, yaklaşık 2,6 milyar TL hizmet bedeli olmak üzere toplamda yaklaşık 5,8 milyar TL ücret ödenmiştir. Yapılan ödemelerin dolar karşındaki değeri ise kira bedeli için yaklaşık 670 milyon dolar, hizmet bedeli için yaklaşık 480 milyon dolar olmak üzere toplamda yaklaşık 1,15 milyar dolar ödeme yapılmıştır.

Sözleşmesi tamamlanan ve açılışı yapılan 10 adet şehir hastanesinin yaklaşık yatırım tutarı 5,1 Milyar ABD doları olmakta birlikte, 2017 yılının son çeyreği ve 2019 yılının ilk 8 ayı arasında yüklenici firmalara hem kira hem hizmet bedeli olmak üzere yaklaşık 1,15 Milyar ABD Doları ödeme yapılmıştır. Yapımı devam eden ve dönem içerisinde açılışı gerçekleşen hastaneler olduğu için yıllık Kira ve Hizmet Bedellerini rakamsal olarak tam olarak kestirmek mümkün değildir. Ancak mevcut veriler ışığında 2019 yılı ilk 8 ay içerisinde ortalama 591 Milyon ABD Doları ödendiğini varsayarsak, yatırım tutarı 5,1 ABD Doları olan 10 adet şehir hastanesinin yüklenici firmalar için maliyeti tahmini 5 yıl içinde amorti edilmiş olacaktır.

KÖİ'nin anavatamı olarak saydığımız İngiltere 1990'dan günümüze 130 adet sağlık projesini yaklaşık 15 Milyar ABD Doları yatırım tutarı karşılığında inşa ederken, Türkiye 10 adet sağlık projesinin yatırım tutarı 5,1 Milyar ABD Doları'dır. Veriler

ışığında iki ülke arasındaki karşılaştırma yapmak gerekirse İngiltere 15 Milyar Dolar karşılığında 130 proje yapabiliyorken, Türkiye ise 15 Milyar Dolar karşılığında ortalama 30 proje yapabilmektedir.

Hem proje tutarlarının yüksek olması hem kira ve hizmet bedellerine ödenen bedellerin bütçeye ne gibi mali yükler getireceği uygulamaların daha yeni olması sebebiyle ilerleyen zamanlarda sayısal verilerin artmasıyla daha iyi görülecektir.

3.7.6. Türkiye’de Sağlık Hastaneleri ile İlgili Görüşler

Şehir hastanelerinde KÖİ’nin tercih edilmesinin en önemli nedenleri devletin kaynak yetersizliğini gidermek ve alternatif olarak hizmetin kalitesinin artırılmasıdır. Bunu sağlamaya çalışırken çeşitli avantaj ve dezavantajlar ortaya çıkmaktadır.

3.7.6.1. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumlu Görüşler

Şehir hastaneleri modeliyle ilk olarak hedeflenen amaçlar potansiyel finansal risklerin özel kesim temsilcisi ile paylaşılması ve uzmanlığın ön plana çıktığı bir altyapının meydana getirilmesidir. Böylece hastaneleri inşa ederken kamunun maliyet yükünün hafiflemesi, inşaat sürelerinin kısılması ve nitelikli bir hizmet sunumu yapılabilmesi önemli bir avantaj yaratmaktadır. Şehir hastaneleri de sağlık sektörünün yeniden yapılanması ve modern hale getirilmesinde bam teli olarak görülmektedir. Bu yapılan adımla birlikte daha öncesinde kamu hastanelerinde kalabalık olan hasta odaları ve hastanede yaşanan kargaşalar ortadan kaldırılarak tam donanımlı yaşam merkezi haline getirilmekte ve hastalara kaliteli hizmet sunulmaktadır. Şehir hastaneleriyle mevcut yatak sayılarını arttığı ve sağlık turizminin ön plana çıktığı görülmektedir (Atasever ve ark. 2018: 44)

Şehir hastanelerinde ön plana çıkan özellikler hastanenin fiziki yapısı ve donanımsal yapısıdır. İnşa edilen binaların kompleks yapıya sahip olması, yeni ve bakımlı olması, teknolojik olarak en son üretim cihazlara sahip olması ve diğer her şeyin lüks sayılabilecek nitelikte ve kalitede olması vatandaşlar tarafından avantajlı görünmektedir. Ayrıca çeşitli tedavi ve bakım sağlayan sağlık uzmanları tek bir çatı altında toplanmakta, tüm branşlarda sağlık çalışanları uzmanlaşması da artmaktadır (Öztürk ve ark, 2018: 183)

Modern bu yapılar teknolojik olarak depreme karşı dayanıklılık, kapalı otopark, hastane için bulunan yürüyen merdivenler, yeşil yapı sistemleri ve kapalı alanlarda dünya

standartlarını üzerine çıkılması gibi kazanımlar sağlarken, donanımsal olarak bakım onarım maliyetlerinin düşmesi, hasta yatış sürelerinin kısaltılması, yeterli sayıda kaliteli yatak hizmeti, hastane enjeksiyonlarının azalması ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak miktarının artması gibi önemli kazanımlar sağlamıştır. Yapıların çatıları ekolojik tabanlı olacak, bitkilerle kaplanacaktır. Bu bölgelerden toplanan yağmur suları ve atık sular geri dönüşümle değerlendirilecektir. Güneş ve rüzgâr enerjisinden faydalanılacaktır. Ayrıca hastanelerde çalışan personellerin ergonomik ve konforlu çalışma ortamına sahip olması, çalışanların iş kolaylığı ve güvenliğinin artması ve sosyal alanlardan faydalanması da önemli avantajlardandır (Atasever ve ark., 2018: 44)

Şehir hastaneleri hastalar ve hasta yakınları için sunulan yaşam merkezi imkanları; sosyal alanlar, oteller, otopark, peyzaj alanları, kuaför, posta ve kargo hizmeti, alışveriş alanları, banka şubeleri, farklı dinlere ait ibadet yerleri gibi birçok alanda faaliyet göstererek vatandaşların faydalanması sağlanmaktadır. Ayrıca sağlık kampüsleri istihdamı da arttırmaktadır. Tıbbi personellerin yansıra temizlik ve güvenlik gibi diğer çalışanlar için de iş imkanına katkı sağlamakta, küçük şehirlerden büyük şehirlere göçe engel olmakta ve böylece kalkınmaya yardımcı olmaktadır. Hastanelerin kompleks yapıya sahip olmasının getirdiği avantajlardan bir de hastaları başka merkezlere sevk etmenin ortadan kalmasıdır. Yapılan bazı çalışmalarda sunulan hizmetlerden vatandaşın memnun olduğu, araç ve gereçlerin modern olduğu, personel yaklaşımının iyi olduğu, hastanelerin temiz ve rahat olduğu belirlenmiştir (Santaş ve Santaş, 2019: 107)

3.7.6.2. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumsuz Görüşler

Şehir hastaneleri ile ilgili hastalar temizlik, personel davranışı, binaların yeniliği, ortamın ferah oluşu, imkanların iyi oluşu gibi olumlu görüşlerle memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Öte yandan olumsuz görüşlerine bakıldığında ise genel olarak hastaneye ulaşım sorunu, telefon çekmemesi, işlemlerin yavaş olması, tekerlekli sandalye azlığı, hastane içi ulaşımın zor olduğu ve tıbbi sekreter yetersizliği gibi sorunların ön plana çıktığı görülmektedir (Gökkaya ve Ark., 2018a: 146).

Öte taraftan şehir hastanelerindeki problemlerden biri de hastanelerin fiziki yapısının büyük olması ve çalışan personel sayısının fazla oluşu yönetsel olarak bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca finansal olarak döner sermaye gelirlerinin kamu hastanelerine göre düşük olması personel tercihlerini olumsuz yönde etkilemekte, böylece kalifiyeli personel kaybına neden olabilmektedir (Öztürk ve ark., 2018: 184).

Hem kamu kesiminin hem özel kesimin proje, inşaat ve işletme aşamalarında ortak yönetimlerle hareket etmesi yönetsel olarak sorunlara ve zafiyetlere yol açabileceği, çalışanların hangi kurallara göre hareket edeceği muamması ve kamu ve özel sektör çalışanları arasında çatışma yaşanma ihtimali problemleri ortaya çıkmaktadır. Şehir hastaneleri projelerinin inşaat ve işletme aşamasında bulunan riskleri özel kesimin üstlenmesi nedeniyle hizmetin sunumunda masrafları fiyata yansıtmaya çalışması sorun teşkil edebilmektedir. Ayrıca işletme sürelerinin uzun vadeli oluşu ve borçlanmanın özel kesim tarafından yüksek faizli olarak yapılması halk arasında şehir hastaneleri projelerinin kamu hastanelerinin geleneksel projelerine göre daha masraflı olduğu algısı ortaya çıkmaktadır (Atasever ve ark., 2018: 46).

Şehir hastaneleri projelerinin imzalamam sözleşmelerinin ve mevzuatında bazı boşlukların olduğu, uzun süreli olan sözleşmelerin ne gibi sonuçlar doğuracağı sorusu, yatırımın finansal yatırım maliyeti ve yükleniciye ödenecek kira ve hizmet bedellerinin ayrıntılı dökümlerinin açıklanmaması sorunları çeşitli dezavantajlar olarak göze çarpmaktadır. Bunun yanı sıra hastanelerin şehir merkezlerine uzak oluşu hasta ve hasta yakınları için ulaşım sorunu olarak, yer seçimlerinde problemlerle noktaların seçildiği ve şehir planlamasının zayıf kaldığı gibi problemler eleştirilmektedir. Odaların fazla büyük olması ile verimlilik arasında çelişki yaşanabileceği, hastanelerin çok büyük inşa edilmesi neticesinde hastane koridorlarında ulaşım zorluklarının yaşanabileceği diğer sorunlar olarak görülmektedir (Gökkaya ve ark., 2018b: 2242)

Şehir hastaneleri genel olarak birkaç özel kesim temsilcisinin katılımı ile faaliyete geçirilmektedir. Bu durum bürokrasinin artmasına böylece sağlık hizmetin gecikmesine sebep olabilmektedir. Bununla birlikte sözleşme bitiminde şehir hastaneleri kamuya transfer edilecektir. Ancak eskiyen binaların kamuya devri yerine yeni bir sözleşme yapmak gündeme gelebilir (Sözer, 2013: 241). Şehir hastaneleri ile ilgili yapılacak olan ihaleler yurtdışında da duyurularak yabancı yatırımcıların da katılımının sağlanması hedeflenmektedir. Yurtdışına açılmanın bazı olumsuzluklara neden olabileceği savunulmaktadır. Yabancı yatırımcıların dahil olmasıyla personel farklılığı meydana gelecek, taşeron firmanın piyasaya fazla girmesiyle fabrikalaşma tehlikesi ortaya çıkabilmektedir. Böylece yabancı yatırımcı karını düşüneceği için çeşitli düzenlemelerle kendi ulusunun vatandaşını veya ucuz çalışmaya razı başka uluslardan çeşitli personeller getirerek yabancı çalışan sayısını arttırabilir (Soyer, 2012: 61). Şehir

hastanelerinin piyasaya girmesiyle özel hastaneler açısından da olumsuzluk yaratmaktadır. Şehir hastaneleri yapılarının yeni olması ve teknolojik ekipman olarak tam donanımlı ve cihazların yeni oluşu özel hastaneleri geri plana atmaktadır. Ayrıca finansal olarak kamunun şehir hastanelerine destek olması ve ek ücret almaması da özel hastaneler için olumsuzluk teşkil etmektedir (Öztürk ve ark, 2018: 184)

Sağlık Bakanlığının il hedefi hastaların ikinci basamak tedavi yönteminden ziyade birinci basamak tedavi yöntemine başvurmasını sağlamak olduğu bilinmektedir. Ancak öte taraftan kar hedefinde olan özel sektörün şehir hastanelerinde ki amacı daha fazla hastanın başvurmasını sağlanması bir ikileme neden olmaktadır. Ülkemizde şehir hastanelerinde özel kesim temsilcisine yapılan sözleşmeler gereği tedavi ve bakım hizmetlerinde hasta doluluk oranının yüzde 70'in altına düşmemesi ve hazine garantisi verilmektedir. Hatta bu garanti yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanelerinde doluluk oranı yaklaşık yüzde 80'dir. Bu verilen garantiler neticesinde yüklenici firmaların aşırı kar edeceği eleştirilmektedir (Cerrahoğlu, 2016: 83). Şehir hastaneleri eğer istendik düzeyde hasta popülasyonuna ulaşamazsa, sağlık personelinin ek ödemelerinden, döner sermayeden kesinti yapılarak işletmeciyeye devredilecektir. Ayrıca döner sermayelerin pahalı hizmet bedellerini karşılayıp karşılayamayacağı belirsizlik yaratmaktadır. Ayrıca özel kesim temsilcisinin şehir hastanelerindeki rolü ve kar hedefleri nedeniyle ilerleyen süreçlerde şartlar gereği özelleştirmeye neden olabileceği savunulmaktadır. (Sentaş ve Sentaş, 2019: 108)

Türkiye'de Şehir Hastanelerinde yaklaşık hasta yatağı başına 287 m2 açık olmayan alan düşmekte, bazı hastanelerde bu sayı 350 m2 kadar çıkabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılan şehir hastaneleri incelendiğinde ise ortalama 150-200 m2 olduğu görülmektedir. Örneğin yapılan bazı araştırmalarda hasta başına oda büyüklüğü yaklaşık olarak Danimarka'da 197 m2, Amerika'da 198 m2 olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelere nazaran ülkemizde 100 ile 150 m2 arasında oda büyüklüğü gözler önüne serilmektedir. Ayrıca şehir hastanelerinde hasta yatağı ve kapalı alan oranının, diğer modern hastane binalardaki odalardan ortalama %40 daha fazla büyüklüktedir. Bu durum sonucunda en çok enerji harcamasına neden olmakla birlikte temizlik, tamirat giderlerinin yükselmesine sebep olmaktadır. Bununla birlikte şehir hastanelerine düşen ortalama yatak sayısı yaklaşık olarak 1400-1500 civarında olduğu hesaplanmıştır. Ortalama yatak sayılarını verimlilik kıstasıyla çelişebileceği düşünülmektedir. Genel olarak 100 yatak

ile 600 yatak arasında olan hastanelerin daha verimli olduğu, bunun dışında kalan yatak sayısı miktarlarında verimlilikte dūřuř meydana geldiği gözlemlenmiştir. Örneđin yapılan araştırmalarda Danimarka'da bunun şehir hastanelerinde yatak sayısı ortalama 275 civarı olduğu, Amerika'da bu sayının 125-250 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında ölkemizde ki hastaneler göz önünde bulundurulduğu bazı olumsuzluklar ve verimsizliğin ortaya çıkabileceği görölmektedir (Pala, 2017b)

Avrupa Yatırım Bankası'na göre KÖİ ile yapılan hizmetlerin diğer ihale yöntemlerine göre ortalama yüzde 25, devletin yapımından ise ortalama yüzde 80 daha pahalıya mal olduğu bildirilmektedir. Sözleřme değerı yaklaşık 11 milyar ABD Doları tutarındaki 18 şehir hastanesi için 25 yılda yaklaşık 30 Milyar ABD Doları kira bedeli ödeneceği dūřölmektedir. Yapımı tamamlanan ve inşaat aşamasında olan yaklaşık řu anda toplam 30'un üzerinde olan şehir hastanesi bulunmaktadır. Ölkemiz bu hastanelerin sadece kira bedelleri için 2050 yılına kadar 50 milyar ABD Dolarının üzerinde bir ücret ödeyeceği bilinmektedir. Yüklenici firmalara yapılacak bu ödemelerin hazineye ağır yükler getireceği dūřönmektedir. Açılan şehir hastaneleri için 2018 bütçesi için ayrılan yaklaşık 2,6 milyar TL ile ortalama 150 yataklı tam teşekküllü 64 hastane yaptırılabilirdiği hesaplanmıştır. Bahse konu kira bedelinin uzun yıllar boyunca ve her yeni açılacak hastaneyle birlikte artacağı için kamu hazinesine ilerleyen süreçlerde mali yönden aşırı külfet oluşturacaktır. Ayrıca hastanelerin sözleşmeleriyle ilgili hazırlanan ön yapılabilirlik raporlarında 1 ABD Doları ortalama 1,5 TL civarındayken son zamanlarda 1 ABD Doları ortalama 6 TL civarında seyretmektedir. Son yıllarda ölkemizin para biriminin diğer ulusların para birimleri karşısında yaşadığı değer kaybı, kira bedellerinin dolar endeksli ödenecek olması sebebiyle finansal olarak maliyet artışına neden olacağından ölkemiz için ek büyük bir risk oluşturmaktadır (Pala ve ark 2018: 5)

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Neo-Liberal politikaların 1980 sonrası piyasayı etki altına almaya başlamasıyla birlikte dünyada devletler hem kendi varlıklarının devam etmesi hem de kamusal hizmetlerin devam edebilmesi için yeni kamu işletmeciliği üzerine yoğunlaşmıştır. Bu ise beraberinde devletin rolünün değişmesini, özel kesimin kamusal piyasaya girmesine imkân sağlanmıştır. Böylece eksikliği hissedilen kamusal mal ve hizmetlerde devlet tüm üretimi kendisi yapmak yerine artık özel kesimi kamu piyasasına sokarak bir nevi denetleyici rolüne bürünmeye başlamıştır.

1980’li yıllarda özellikle İngiltere’nin öncülüğünde başlayan ve bütün dünyayı etkisi altına alan Kamu Özel İşbirliği uygulamaları da devletin yeni rolünün en önemli kanıtıdır. Kamu Özel İşbirliği ile devlet hem atıl halde bulunan serbest piyasayı kamusal piyasaya sokarak canlandırmak, hem de devlet bütçesinin yetersiz kaldığı yerde özel sektörden faydalanılarak kamusal faaliyetlerin devamını sağlamak amaçlanmıştır.

Son yıllarda Avrupa’da gelişim gösteren Kamu Özel İşbirliği uygulamaları bu konuda çeşitli çalışmalar yapmış, bu çalışmalardan biri olan Green Paper(Yeşil Kitap) isimli bir kitap 2004 yılında yayınlanmıştır. Ayrıca uluslararası finans kuruluşları ve uluslararası istatistik kuruluşları Kamu Özel Birliğine destek ve gelişimi amacıyla çeşitli rehberlik faaliyetleri ve raporlar yayınlamışlardır. 2000 yılı sonrasında tüm dünya da etkisini gösteren KÖİ özellikle gelişmekte olan ülkelerin ilgi odağı olmuş, kendine özel çeşitli KÖİ modelleriyle KÖİ faaliyetleri hız kazanmıştır.

2000 yılı sonrasında tüm dünya da etkisini gösteren KÖİ özellikle gelişmekte olan ülkelerin ilgi odağı olmuş, kendine özel çeşitli KÖİ modelleriyle KÖİ faaliyetleri hız kazanmıştır. 1984 yılında enerji alanında başlayan ve diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de yaygınlaşan Kamu Özel İşbirliği uygulamaları, 2000 yılı sonrası ulaşım sektörüyle büyük bir hız kazanmış, ardından Sağlıkta Dönüşüm Uygulamaları kapsamında sağlık sektörüyle devam etmiştir. Başta ulaşım ve sağlık sektörlerinde ülkemizin yapmış olduğu KÖİ yatırımları hem Avrupa’da hem de gelişmekte olan ülkelerde proje bazında ilk sıralarda yer almamızı sağlamıştır.

Ülkemizde sağlık sektöründe daha önceden YİD modeliyle yapılan faaliyetler olsa da, Sağlıkta Dönüşüm Programları kapsamında asıl uygulamalar YKD modelinin uygulamasıyla yapılan Şehir Hastaneleri ve Sağlık Kampüsleri ile ivme kazanmıştır. 2017 yılında açılışı yapılan Mersin Şehir Hastanesi ile başlayan bu süreç 9 adet daha

yeni şehir hastanesinin açılmasıyla devam etmiş olup, proje sayısı 20'nin üzerinde bulunan hastaneler ya inşaat ya da sözleşme aşamasındadır.

KÖİ ile yapılan söz konusu şehir hastanelerinin çeşitli avantaj ve dezavantajları vardır. Ancak hastanelerin hizmete alınması daha çok yeni olması sebebiyle bu avantaj ve dezavantajların uygulamaya yansımalarını kesin olarak ortaya koymak mümkün değildir. Şimdiye kadar yayınlanmış kısıtlı veriler ışığında çeşitli tahmin ve yorumlarda bulunmak mümkün olacaktır.

Çalışmada İngiltere'nin KÖİ uygulamalarına öncülük ettiği ifade edilmiştir. İngiltere KÖİ'nin anavatanı sayılmakla birlikte, Ulusal Sağlık Servisi KÖİ uygulamaları konusunda sürekli çalışma yapmaktadırlar. İngiltere'de sağlık sektöründe önce Özel Finansman Girişimi 1 yayınlanmış ve bazı uygulamaların eksik ve bazı verilerin şeffaf olmadığı gerekçesiyle sonradan Özel Finansman Girişimi 2 isimli yayımlar yayınlanmıştır. Şehir hastaneleri uygulaması özellikle İngiltere'de uygulanmakta olup ülkemiz de İngiltere'yi örnek almaktadır. İngiltere 1990'dan beri 130 adet sağlık projesini yaklaşık 15 Milyar ABD Dolarına inşa etmiştir. Ancak ülkemizde 10 adet sağlık projesinin yatırım değeri yaklaşık 5,1 Milyar ABD Dolarıdır. Bu veriler değerlendirildiğinde neden önümüzde örnek teşkil eden İngiltere'nin bu kadar az maliyetle daha fazla proje yapabiliyorken, ülkemizin neden daha fazla maliyetle daha az proje yaptığı sorusunun ayrı bir çalışma konusu olabileceği tespit edilmiştir. Ayrıca hizmete giren hastaneler için şimdiye kadar özel sektöre yapılan ödemeler kira bedeli için yaklaşık 670 milyon dolar, hizmet bedeli için yaklaşık 480 milyon dolar olmak üzere toplamda yaklaşık 1,15 milyar dolardır. 2019 yılı ilk 8 ay içerisinde yapılan kira ve hizmet bedeli ödemeleri ile tahmini olarak yaklaşık 5 yıl içinde açılan 10 yeni şehir hastanesinin yükleniciler tarafından yapılan yatırım tutarı karşılanabilmektedir. Devletin hastaneler için özel sektöre ortalama 25 yıl boyunca kira ve hizmet bedeli ödeyeceği düşünülürse mevcut veriler ışığında geri kalan 20 yıl boyunca yüklenici firmalar kar edeceklerdir. Bu mali yükün bütçeye ne gibi bir yansıması olacağı ilerleyen zamanlarda daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır.

Sağlık hizmetlerinde KÖİ kullanımını ülkemizde çok büyük bir gelişim gösterecekleri de, başarıları hakkında makul bir değerlendirme yapmak için henüz erkendir. Çoğu hastane daha yeni faaliyete geçmiştir ve bu avantajlarının ve karşılaşılabilecek sorunların ortaya çıkması için çok az zamanları olduğu anlamına gelmektedir. Buna ek olarak, hastaların

memnuniyeti ve optimum maliyet hakkında kamuya açık bilgi oldukça azdır. Bu nedenle, Türkiye'nin yeni sağlık hizmeti sunumunun büyük bir kısmı için KÖİ'ye başvurmasının vatandaşlar için yüksek kaliteli, uygun fiyatlı sağlık hizmeti sağlama hedefine yaklaşp yaklaşmadığı konusunda sonuçlara varmak şu anda mümkün değildir. Bu bakımdan Türkiye, sağlık hizmetlerinde KÖİ'ler konusunda daha uzun bir geleneğe sahip olan ülkeleri, güncel gelişmeleri ve bilgileri yakından takip etmelidir. KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin kalitesi, standartlara uyup uymadıkları ve toplumun her kesiminin memnuniyeti ayrıntılı biçimde, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Genelde halka açık olan hastane imtiyaz sözleşmeleri, özel ortağın rekabetçi fiyatlarla sağlamaya devam etmesini sağlamak için düzenli aralıklarla hizmetlerin kıyaslanması ve pazar testlerinin yapılmasını sağlayabilir. KÖİ merkezlerinde sorun yaşayan ortaklar ve kişiler için danışmanlık kurumları kurulmalıdır. Kamuoyu tartışması yapılarak, sağlık hizmetlerinde KÖİ kullanmanın artılarını ve eksilerini, eksikliklere dikkat ederek ve başarıları not ederek sürekli olarak araştırılmalıdır. Türkiye yeterli düzeyde bu mekanizmalara sahip değildir. Bu nedenle, finansman için KÖİ modelinden büyük ölçüde faydalanma kararıyla ilgili en büyük risk, kamu kesiminin kaynakları karşılığında en iyi değeri elde edemeyeceği yönündedir. Sağlık hizmetlerinde KÖİ'leri tercih eden devletler, KÖİ'nin Türkiye'de yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunumu konusunda geleneksel kamu hizmeti sunumundan daha iyi bir iş yapp yapmadığını tespit etmeyi mümkün kılan standart ve halka açık değerlendirme prosedürlerine doğru ilerlemelidir. Bu sürekli değerlendirme ve daha fazla şeffaflık yönünde ilerlemek, başarının güvence altına alınmasında önemli rol oynayacaktır.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences, 17(3), 26.
- Akar, S. (2014). "Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 21(1), 312-322.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, İkinci Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akıllı, H. (2013). Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine: Yasal Serüven. Journal Of Turkish Court Of Accounts/Sayıstay Dergisi, (89).
- Akintoye, A., Beck, M., & Hardcastle, C. (2003). PPPs, Managing Risks and Opportunities.
- Allard, G.,Trabant, A. (2007). Public-Private Partnerships in Spain: Lessons and Opportunities, Ie Business School Working Paper, 10-07.
- Allen&Overy: Standardisation Of Pf2 Contracts (5) – Another New(İsh) Approach To Public –Private Partnerships, 2013, S. 1.
- Alshawi, M. (2009). Concept and background to public private partnership (PPP)/private finance initiative (PFI) UK experience. Opportunities for infrastructure financing in Iraq.
- Altay A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açıklamalar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıstay Dergisi. 64; 33-58.
- Ataay, F. (2008). Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları. Amme İdaresi Dergisi, 41(3), 169- 184.
- Atalay, A. Selçuk (2015), Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa içinde, Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı, ss. 57-83, Der. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, Ö. Birler, NotaBene Yayınları, 1. Baskı, Ankara.
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Ankara: Bakanlık Yayın No:983.
- Atasever, M. ve Ark. (2018) Şehir Hastaneleri Araştırması. SASAM. Ankara.
- Ayhan, E. & Önder, E. (2018). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. Usaysad Derg, 4(1): 109 -121.

- Bailey, K.D. (1994). *Methods of Social Reaserch*, 4th ed., New York, The Free Press.
- Bailey, S. J. (2002). *Public Sector Economics, Theory, Policy and Practice*, Second Edition, Palgrave Macmillan, England.
- Barlow, J., & Köberle-Gaiser, M. (2009). Delivering innovation in hospital construction: Contracts and collaboration in the UK's private finance initiative hospitals program. *California Management Review*, 51(2), 126-143.
- Bayar, M. (2017). Küresel Ekonomik Gelişmelerin Sağlık Sektörüne Etkileri Sağlık Kamu Özel İşbirliği Programı Murad Bayar, CCN Holding Yönetim Kurulu Üyesi OHSAD Konferansı, Nisan 2017 https://Www.Ohsadkurultayi.Org/Wp-Content/Uploads/Other/Murad_Bayar.Pdf
- Beauregard, R.A. (1998). *Public-Private Partnerships As Historical Chameleons: The Case Of The United States. Partnerships In Urban Governance*. Palgrave Macmillan, London, 52-70.
- Berg, B.L., Howard, L., Hiperlink(Firm) & Aydın, H (2015). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Konya.
- Belek, İ. (1994). *Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, İstanbul:Sorun Yayınları.
- Blanc Brude, F., & Strange, R. (2007). How Banks Price Loans to Public Private Partnerships: Evidence from the European Markets. *Journal of Applied Corporate Finance*, 19(4), 94-106.
- Blanken, A., & Dewulf, G. (2010). PPPs in health: static or dynamic?. *Australian journal of public administration*, 69, S35-S47.
- Boz, S. S. (2013). Kamu özel işbirliği (PPP) modeli. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 4(2), 277-332.
- Bozoğlu, O. (2005). Yap-İşlet, Yap-İşlet-Devret Modellerinin Yerel Yönetimlerde Uygulanması, *Yerel Yönetim ve Denetim Dergisi*, 10, 11.
- Bult-Spiering, M., & Dewulf, G. (2007). *Strategic issues in public-private partnerships*. John Wiley & Sons.
- BUMKO. (2018). Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018). <https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html>
- Burger, P. (2009). The effects of the financial crisis on public-private partnerships (9). International Monetary Fund.
- Canbey, E. (2017). *Sağlıkta PPP Modeli Finans Aşaması. Rönesans Sağlık Yatırım Sunusu*.

- Carpintero, S., Helby, P.O. (2016). Public-Private Partnerships (Ppps) In Local Services: Risk-Sharing And Private Delivery Of Water Services In Spain. *Local Government Studies*, 42(6), 958-979.
- Castelos, M., & Melo, P. (2006). PPPs in Portugal-A Solid Concept. *Eur. Pub. Private Partnership L. Rev.*, 1, 19.
- Cerrahoğlu, A. (2016). Şehir Hastaneleri Ve Birinci Basamak. *The Journal Of Turkish Family Physician*, 7(3), 81-84.
- Ceyda Şataf. (2011). Enerji Sektöründe Kamu Yatırımlarında Fayda Maliyet Analizi Uygulanması: Hidroelektrik Santralleri Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Isparta
- Commission of the European Communities. (2003). Guidelines for successful public-private partnerships. European Commission.
- Commission of the European Communities. (2004). Green paper on public-private partnerships and community law on public contracts and concessions. Office for Official Publications of the European Communities.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* (1), 69-70.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2009). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1-39.
- Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmesi. (2014). http://www.pppadanahastanesi.com/upload/Node/19536/files/Adana_ESK_Teknik_Ol_mayan_Ozet.pdf
- Çiçeklioğlu, M. (2011). "Türkiye'de Sağlık Reformları", Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı, Ankara, 29 Eylül-2 Ekim 2011, 67-68.
- Dağıstan R. (2001). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. Yüksek Lisans Tezi.
- De Neufville, R., Lee, Y. S., & Scholtes, S. (2008). Using flexibility to improve value-for-money in hospital infrastructure investments. In 2008 First International Conference on Infrastructure Systems and Services: Building Networks for a Brighter Future (INFRA) (pp. 1-6). IEEE.
- Değertekin, E. A. (2010). Kamu Özel Sektör İşbirliği Yöntemleri. *Sermaye Piyasasında Gündem*, Sayı:91
- Deloitte. (2012). Türkiye Sağlık Sektörü Raporu. https://www.yased.org.tr/Reportfiles/2013/Turkye_Sal%C4%B1k_Sektoru_Raporu.Pdf, (Erişim Tarihi: 05.04.2019).

- Deloitte, R. (2006). Closing the infrastructure gap: The role of public-private partnerships. London. Deloitte Development LLP.
- Doğan, B. Ş. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi: Sağlıkta dönüşüm projesi. V. Anadolu International Conference in Economics.
- Egeli, H. (2009). Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlülükler (Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında), İzmir: Altın Nokta Basım Dağıtım, s.43.
- Ekici, D. (2017). Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi. Sim Matbaacılık, Ankara.
- Eligüzeloğlu, Y. (2012). Kamu ve Özel Sektör Ortaklığı YEÇEP ve AB Uyum Sürecinde Çevresel Yatırımların Finansmanı Semineri, Ankara.
- Emek, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti Ve Gerçekleşme. Hacettepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 7(1):141-168.
- Ener, M., & Demircan, E. (2008). Küreselleşme sürecinde değişen devlet anlayışından kamu hizmetlerinin dönüşümüne: sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmaları. Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences, 13(1), 57-82.
- Erbaş, Ö., Yavuz, C. I., & İlhan, B. (2012). Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Aralık.
- Erol, H. & Özdemir, A. (2014). "Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi". Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1), 9-34.
- Erol, H., & Özdemir, A. (2019). Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında dönüşüm ve sağlık harcamalarına etkileri. Uluslararası yönetim iktisat ve işletme dergisi, 119-146.
- Ersöz, M. (2010). Avrupa Birliği ve Türk Hukuku Işığında Public Private Partnership Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi:Ankara
- European Investment Bank. (2016). <http://Data.Eib.Org/Epec> (Erişim Tarihi: 03.04.2019)
- European PPP Expertise Centre. (2017). Review of the European PPP Market İn, s. 7 https://www.eib.org/epec/resources/publications/epec_market_update_2014_en,
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Genç, Ö., & Ertuğrul, E. (2007). Altyapı yatırımlarının finansmanı. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Müdürlüğü, Türkiye Kalkınma Bankası. Ankara.
- Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2004). PPP-The World Wide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance. UK: Edward Elgar Publishing Limited.

- Gökçe H. (2007). Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik maliye politikalarının etkinliği. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Sakarya
- Gökkaya, D., İzgüden, D., & Erdem, R. (2018a). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi, 9(20).
- Gökkaya, A. G. D., Eroymak, A. G. S., & İzgüden, A. G. D. (2018b). Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi. Social Sciences Studies Journal. 4(19), 2235-2243
- Güney, E. (2005). Kamu Hizmetleri ve Altyapıda Kamu-Özel İşbirliği. E- Yaklaşım Dergisi, 19.
- Güngör, H. (2012). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme. Planlama Uzmanlığı Tezi, TC Kalkınma Bakanlığı, Yayın, (2831).
- Güzelsarı, S. (2009). Kamu-Özel Ortaklığı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme. Kamu Yönetimi: Yapı, 43-78.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma Ve Kamu-Özel Ortaklıkları. Amme İdaresi Dergisi, 45(3), 29-57.
- Hamilton, G., Kachkynbaeva, M., Wachsmuth, I., & Masaki, E. (2012). A Preliminary Reflection On The Best Practice İn PPP İn Healthcare Sector: A Review Of Different PPP Case Studies And Experiences. In Conference, PPPs in Health Manila.
- Hardcastle, C., Edwards, P. J., Akintoye, A., & Li, B. (2005). Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry: a factor analysis approach. Construction management and economics, 23(5), 459-471.
- Harris, S. (2004). Public private partnerships: delivering better infrastructure services. Infrastructura, 77, 1-22.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayım A.Ş.
- Hellowell, M., Price, D., & Pollock, A. M. (2008). The use of private finance initiative (PFI) public private partnerships (PPPs) in Northern Ireland. University of Edinburgh, Northern Ireland Public Service Alliance.
- Hemming, R., Anderson, B., Alier, M., Petrie, M., & Cangiano, M. (2006). Public-private partnerships, government guarantees, and fiscal risk. International Monetary Fund.
- Hencke, D. (2005). Private-finance hospital 'putting lives at risk'. The Guardian, 17.
- Hodge, G. A., & Greve, C. (2007). Public-private partnerships: an international performance review. Public administration review, 67(3), 545-558.

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33977/mersin-sehir-hastanesi.html> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

<https://nky.com.tr/projects/mersin-integrated-health-campus/> (Erişim Tarihi: 0405.2019)

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33133/adana-sehir-hastanesi.html> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33979/yozyat-sehir-hastanesi.html> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33981/manisa-sehir-hastanesi.html> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

<http://www.pppelazighastanesi.com/tr/21571/Proje-Hakkinda> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

<https://ankarasehir.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33984/eskisehir-sehir-hastanesi.html> (Erişim Tarihi: 04.05.2019)

International Monetary Found(IMF). (2004). Fiscal Affairs Department, Public-Private Partnerships, 7.

Ismail, S. (2013). Critical success factors of public private partnership (PPP) implementation in Malaysia. Asia-Pacific Journal of Business Administration, 5(1), 6-19.

İstanbuluoğlu, H., Güleç M. & Oğur R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, (2), 86-99.

Kalkınma Bakanlığı. (2012). Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Mevzuat. Kalkınma Bakanlığı, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı, Ankara, <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KamuOzellisbirligiMevzuat.aspx>, 24, 2016.

Kalkınma Bakanlığı, (2014). “Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Yerel Yönetimler”, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/zel%20htisas%20Komisyonu%20Raporlar/Attachments/232/Yerel%20Y%C3%B6netimler_%C3%B6ik.pdf.

Kalkınma Bakanlığı. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Kamu- Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler. Yatırım Programlama ve İzleme Değerlendirme Genel Müdürlüğü.

Kalkınma Bakanlığı. (2017). Kamu – Özel İşbirliği Raporu 2016, Kalkınma Bakanlığı Yayınları, Ankara. Kalkınma Bakanlığı, Kamu–Özel İşbirliği Envanteri,

- Kalkınma Bakanlığı (2018). Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018. Yatırım Programlama İzleme Ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- Kanun Hükmünde Kararname. (2011). KHK/662. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/09/20110914-1.htm>
- Karasu, K. (2009). Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi, Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform, Ankara, s. 85.
- Karasu, K. (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(03), 217-262.
- Kavuncubaşı. Ş. (2000). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Ankara: Siyasal Kitapevi, 292-297.
- Keçeligil H. T. (2018). Kamu-Özel İşbirliği: Esasları ve Türkiye Uygulaması. Terazi Hukuk Dergisi. 13 (145); 158-175.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17 (3), 1-23.
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlık tanımı: başaçıkma. Journal of İstanbul Kültür University, 4(3) 44-49
- Khoshnood, B., Loane, M., De Walle, H., Arriola, L., Addor, M. C., Barisic, I., ... & Garne, E. (2015). Long term trends in prevalence of neural tube defects in Europe: population based study. Bmj, 351.
- Kılavuz, E. (2010). "Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri". Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(29),173-192.
- Kılıçaslan, H. (2017). Devletin Değişen Rolü ve Kamu Özel İşbirlikleri. Ankara: Savaş Yayınevi
- Kısa, P. (2012). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi Türkiye Örneği. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uşak.
- Kwak, Y. H., Chih, Y., & Ibbs, C. W. (2009). Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development. California management review, 51(2), 51-78.
- Lister, J. (2008). Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz?, Çeviren: M.İnan, A.Kılıçaslan. İstanbul: İnsev Yayınları.
- Llanto, G. M., Navarro, A. M., & Ortiz, M. K. P. (2016). Infrastructure financing, public-private partnerships and development in the Asia-Pacific region. Asia-Pacific Development Journal, 22(2), 27-69.

- Maltby, N. (2013). Current Developments In The United Kingdom September – December 2012, 2013 Eur. Procurement & Pub. Private Partnership; 207-208.
- Maskin, E., & Tirole, J. (2008). Public–private partnerships and government spending limits. *International Journal of Industrial Organization*, 26(2), 412-420.
- McQuaid, R. W. (2002). The theory of partnership: why have partnerships?. In *Public-private partnerships* (27-53). Routledge.
- Melo, P. (2007). News About The Portuguese Road Sector: The Beginning Of The End Of The Shadow Toll Model, 2007 Eur. Pub. Private Partnership L. Rev. 188,189.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2009). *Meb Stratejik Planı*, Ankara.
- MOF / Ministry of Finance Singapore, (2012), *Public Private Partnership Handbook*
- Morallos, D., & Amekudzi, A. (2008). The state of the practice of value for money analysis in comparing public private partnerships to traditional procurements. *Public Works Management & Policy*, 13(2), 114-125.
- Mutlu, A, & Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa: Ekin Kitapevi.
- Nadaroğlu, H. (1998). *Kamu Maliyesi Teorisi*, Ankara: Beta Yayınları, , s.56-57.
- National Audit Office (NAO). (2013). Savings from operational PFI contracts. https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/Savings-from-operational-PFI-contracts_final.pdf
- Neuman, W.L. (2011). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, 7th ed., Boston, Pearson.
- Nijkamp, P., Van Der Burch, M., & Vindigni, G. (2002). A comparative institutional evaluation of public-private partnerships in Dutch urban land-use and revitalisation projects. *Urban studies*, 39(10), 1865-1880.
- Nikolic, I. A., & Maikisch, H. (2006). Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience.
- Odabaşı, Y., & Oyman, M. (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi Yayını
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2012). Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public Private Partnerships. (Erişim tarihi: 20.03.2019) <https://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf>.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development OECD. (2018). Health data, Erişim Adresi: <https://data.oecd.org/health.htm>

- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi (1), ss.1-22.
- Orkunoğlu, I. F. (2010). Özelleştirme ve Alternatifleri. Akademik Bakış Dergisi, 22.
- Özkan G, Uçar S. (2008). Özel hukuk kişileri arasında yapılan yap-işlet-devret sözleşmelerinin hukuki boyutu ve sözleşme süresinin sona ermesinin vergisel sonuçları, Vergi Dünyası Dergisi, 324.
- Öztek, Z. (2001). Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, 7(39) s.294-298.
- Öztürk, Y. E., Dömbekci, H. A., & Yeşildal, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinin Yeni Yüzü Şehir Hastaneleri: Konya İlinde Nitel Bir Değerlendirme. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi
- Pala, K. (1995). 2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu, Toplum ve Hekim Dizini, 10(68) s. 64-68
- Pala, K. (2007). Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? 2007. Bursa Nilüfer Belediyesi, Bursa.
- Pala, K. (2017a). Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı.
- Pala K., Erbaş Ö., Bilaloğlu E., İlhan B., Tükel R., Adıyaman S. (2018). Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı: Türkiye Deneyimi <http://Www.Ttb.Org.Tr/Userfiles/Files/Saglik-Alaninda-Koo-Turkiye-Deneyimi-Wmj.Pdf>
- Pala K. (2017b). Şehir Hastanelerinin Yüksek Maliyeti Gizleniyor. Bianet Haber Merkezi, 14.
- Pekten, A. (2006). "Genel Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler", Sayıştay Dergisi, Sayı:61, Ankara.
- Pınar, A (2006), Maliye Politikası, Ankara: Naturel Kitapevi. 2. Baskı.
- Price, D. (2011). Dünyada Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı: Kavram ve Değişimler, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, Cilt 26, Sayı 4, 289-296.
- Price Waterhouse Coopers. (2014). Türkiye Sağlık Sektörü Trend ve Öngörüler Yuvarlak Masa Toplantısı Nisan 2014, <https://Www.Pwc.Com.Tr/Tr/Publications/İndustrial/Healthcare/Pdf/Saglik-Sektorundeki-Trend-Ve-Ongoruler-Nisan-2014.Pdf>, Erişim: 29 Aralık 2018
- Ribeiro, T.M. (2007). Current Ppp Developments In Portugal, 2007 Eur. Pub. Private Partnership L. Rev. 112. S. 114.

- Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık İstatistik Yıllığı 2017, Sağlık Bakanlığı Yayın No.1106,
<https://Dosyasb.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/31096,Turkcesiydijiv1pdf.Pdf?0>
- Sağlık Bakanlığı Bütçe Sunumu. (2017). <Http://Www.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/1337,Sb-2017-Yili-Butce-Sunumu-Plan-Butcepdf-1pdf.Pdf>, (Erişim Tarihi: 29 Aralık 2018).
- Sağlık Bakanlığı. 2018 Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı
<Https://Sgb.Saglik.Gov.Tr/Mali-Tablolar>
- Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (SYGM). (2019).
<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>
- Sarısü, A. (2009). Kamu & Özel İşbirlikleri (Public Private Partnership-Ppp), Ankara.
- Savas, E.S. (1994). Özelleştirme: Daha İyi Devlet Yönetiminin Anahtarı, Çev. Ergün Yener, Ankara.
- Serin, N. & Çakıcı, L. (1990). Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Shukla, N., Panchal, R., & Shah, N. (2014). Built-Own-Lease-Transfer (BOLT):“A Public Private Partnership Model that Bridges Gap of Infrastructure in Urban Areas”. International Journal of Civil Engineering Research, 5(2), 135-144.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 05.07.2018 Tarih ve 30469 Sayılı Mükerrer Resmi Gazete.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4), 179-182.
- Soyer, A. (2012). Sağlık Hizmetlerinde “Fabrika Dönemine Geçiliyor. Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi (Msg), 12(45-46).
- Sözer, N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 15, 215-254.
- Stainback, J. (2000). Public/Private Finance and Development: Methodology/Deal Structuring/Developer Solicitation. SPPRE.
- Stephenson, M.O. (1991). Whither The Public-Private Partnership: A Critical Overview. Urban Affairs Quarterly, 1,27, 109-136.
- Şahin, Ç.E. (2009). Adam Smith'den Chicago Okuluna, Siyasal İktisattan İktisat'a Beşeri Sermaye Teorisi: Teorik Kopuş ve Süreklilikler Üzerinden Bir Değerlendirme, İçinde:Politik İktisat ve Adam Smith. Editörler: Kapucu, H., Aydın, M., Şiriner, İ., Morady, F.& Çetin, Ü. Kocaeli: Ijopec Yayınları.

- Şahin, M., & Uysal, Ö. (2008). Kamu Ekonomisi Perspektifinden Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları. Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Şahin, Ö. U., & Şahin, M. (2017). Sürdürülebilir Kalkınma Ve Kamu Özel Sektör Ortaklıkları. Journal of Awareness, 2 (3), 249-274.
- Şantaş, G., & Şantaş, F. (2019). Şehir Hastanelerine İlişkin Haberlerin Gazetelerde Yansımaları. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 22(1), 104-111.
- TASAV (2017). Kamu-Özel İşbirliği Projeleri: Türkiye Ve Diğer Ülke Örnekleri Erişim Tarihi: 10.04.2019 https://www.tasav.org/media/k2/attachments/tasav-eka_makale_27_tasav_koI_projeleri_final.pdf
- Tanrıverdi, H. (2010). "Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama". Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 14(1), ss.73-92.
- Teker, D. L. (2008). Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi. Muhasebe ve Finansman Dergisi, (37).
- Tekin, A. G. (2004). Özelleştirmede İkinci Dalga: Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri. Ekonomistler Bülteni, Haziran.
- Tekin, A. G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları. İdarecinin Sesi Dergisi, 21(122), 10-14.
- Tekin, A. G. (2008). Kamu-özel işbirlikleri/ortaklıkları [PPP] & Türkiye deneyimi. TC Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Tekin, P. Ş. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 16(2), 5-20.
- TO, A. (2003). Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. The Medical Journal of Australia, 178(1), 17-20.
- Tokalaş, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Toker, F. (1999). Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 3(6).
- Torres, L., Pina, V. (2001). Public-Private Partnership And Private Finance Initiatives In The EU And Spanish Local Governments, The European Accounting Review, 10, 3, 601-619.
- Treasury, H. M. (2012). New Approaches İn Public Private Partnerships., London.

- Treasury, H. M. (2016). HM Treasury analysis: the immediate economic impact of leaving the EU. London: HM Treasury.
- Tutar, F. ve Kılınç, N. (2007). "Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi". Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, 9(1), ss.31-54.
- Tülüceoğlu, S., & Altan, Y. (2017). Türk Tarım Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. Strategic Public Management Journal, 3(5), 58-76.
- Türk Dil Kurumu. (2019). <https://sozluk.gov.tr/?kelime=>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Erişim Tarihi: 28.04.2019: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). Temel İstatistikler, www.tuik.gov.tr
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları 2018 Haber Bülteni, sayı.30709, 1 Şubat 2019, Erişim Adresi: <http://tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=30709>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). 11. Kalkınma Planı (2019-2023) Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu Erişim Tarihi: 04.09.2019, <http://onbirinciplan.gov.tr/wp-content/uploads/2018/01/Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1nda-Etkin-Y%C3%B6netim-%C3%96n-Rapor.pdf>
- Uçar, T. F. (2007). İnsan Kaynakları Uygulamalarının İş Ahlakı Kapsamında İncelenmesi; Kamu ve Özel Hastanelerin Sağlık Personeline Yönelik Bir Uygulama. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, s. 46.
- Ulaştırma Bakanlığı, (2016), Denizyolu Erişim Tarihi: 15.04.2019 <http://www.udhb.gov.tr/images/faaliyet/b77aacc22cbfc6d.pdf>.
- Ulaştırma Bakanlığı. (2016). Karayolu Erişim Tarihi: 15.04.2019 <http://www.udhb.gov.tr/images/faaliyet/e4b907f8f006296.pdf>.
- Ulaştırma Bakanlığı. (2016). Havacılık ve Uzay Teknolojileri Erişim Tarihi: 15.04.2019 <http://www.udhb.gov.tr/images/faaliyet/a5ec26a31a72281.pdf>.
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi. (2017). <https://www.umke.org/saglik-bakanligi/saglik-bakanligi-teskilat-yapisi-694-sayili-khk-ile-degisti-h9530.html>
- UNISON. (2003). What is wrong with PFI in schools. UNISON, (Erişim Tarihi: 14.4.2019), www.unison.org.uk
- UNISON. (2008). The national health service constitution-UNISON Response. UNISON, (Erişim Tarihi: 14.4.2019), www.unison.org.uk

- United Nations. Economic Commission For Europe. (2008). Guidebook On Promoting Good Governance In Public-Private Partnerships (Vol. 8). United Nations Publications.
- United Nations. Economic Commission For Europe. (2005). European Forest Sector Outlook Study: 1960–2000–2020: Main Report. Geneva: United Nations.
- United Nations. Economic Commission For Europe. (2012). A Preliminary Reflection On The Best Practice In Ppp In Healthcare Sector: A Review Of Different Ppp Case Studies And Experiences
https://www.unece.org/fileadmin/Dam/Ceci/Images/Icoe/Ppphealthcaresector_Disc_paper.Pdf
- Uysal, Y. (2017). Yerel Yönetimlerde Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Uygulamalarının iki Yönü: Avantajlar ve Dezavantajlar. Kent Akademisi, 10(2), 169-199.
- Uysal, Y. (2018) Kamu-Özel İşbirliği Literatürü Üzerine Bir İçerik Analizi: 1979-2017 Dönemi Doktora Tezi Uludağ Üniversitesi
- Uz, A. (2007). Kamu-özel ortaklığı/public-private partnership (PPP) (Kavram ve hukuksal çerçeve). Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 11(1-2), 1165-1182.
- Wettenhall, R. (2005). The public-private interface: surveying the history. The challenge of public-private partnerships: Learning from international experience, 22-43.
- World Bank. (2016). Gdp Per Capita (Current Us\$), Erişim Tarihi: 30.01.2018.
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- World Bank. (2017). Private Participation in Infrastructure (PPI) Annual Report; 1-26.
- World Bank. (2018). Private Participation in Infrastructure (PPI) Annual Report; 5-34.
- World Bank. (2019) Private Participation In Infrastructure Database, (Erişim Tarihi: 19.04.2019). <http://ppi.worldbank.org/>.
- Yeğinboy, E. Y. (1993). Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.
- Yerebakan, M. (2000). Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. İstanbul Ticaret Odası, Yayın No:2000-26, İstanbul, s. 29–30.
- Yerlikaya, G. (2014). Türkiye'de Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Görevli Şirkete Tanınan Yatırım Dönemi Ve Proje Kapsamında Katma Değer Vergisi İstisnası. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 71(2), 527-542.
- Yescombe, E. R. (2007). Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance [UK First edition]. London: Yescombe Consulting Ltd, XVIII.

- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. & Akbulut, Y. (2012). Sağlık Sigortacılığı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. s.12
- Yılmaz F. Y. & Karakaş G. Y. (2011). Devlet / kamu üzerine yeniden düşünmek, Sağlık alanında kamu-özel ortaklığı sempozyumu 6-7 Mayıs 2011, Ankara.
- Yurdadoğ, V. (2007). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1):591-610.
- Zhang, X. (2005). Critical success factors for public-private partnerships in infrastructure development. Journal of construction engineering and management, 131(1), 3-14.

ÖZGEÇMİŞ

Kader Yılmaz, 1989 yılında Trabzon'da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Trabzon'da tamamlamıştır. 2007 yılında, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü'nden mezun olduktan sonra 2015 Eylül ayından itibaren Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde Polis Memuru olarak başladığı görevine devam etmektedir.