



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ VE ŞEHİR HASTANELERİ

Yüksek Lisans Tezi

Yunus CEYLAN

**Samsun
Mart-2020**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ VE ŞEHİR HASTANELERİ

Yüksek Lisans Tezi

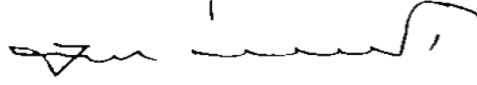
Yunus CEYLAN

Danışman
Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL

Samsun
Mart-2020

T.C.
ONDOKUZ MAYIS
ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ
EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

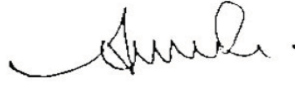
Yunus CEYLAN tarafından Prof. Dr. med. Llm. jur. Hasan Tahsin KEÇELİGİL Danışmanlığında hazırlanan “Türkiye Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği ve Şehir Hastaneleri” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 13/03/2020 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.



Başkan : Prof. Dr. med. Llm. jur. Hasan Tahsin KEÇELİGİL – Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN – Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Yunus SARIYILDIZ – Samsun Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gelişmesine katkıda bulunan herkese teşekkür ederim. Tezimin tüm süreçlerinde bana rehberlik eden, destek veren ve hoşgörü gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. med. Llm. jur. Hasan Tahsin KEÇELİGİL'e sonsuz teşekkür ediyorum. Bu tezin farklı aşamalarında bana tavsiyelerde bulunan değerli hocam Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'a minnettarlığımı belirtmek isterim. Hocalarımdan paha biçilemez bilgi ve tavsiyeleri birçok engelin üstünden gelmeme yardımcı oldu. Araştırma Görevlisi Gizem Zevde AYDIN'a verdiği her türlü destek ve yardımı için yürekten teşekkür ediyorum.

Ayrıca araştırmama katılıp çalışmama vakit ayıran Ankara ŞH Başhekim Op. Dr. Ahmet Aziz SUREL'e, Mersin ŞH Başhekim Uz.Dr. Bahar AYDINLI'ya, Adana ŞH Başhekim Doç. Dr. Koray DAŞ'a, Yozgat ŞH Başhekim Yardımcısı Uzm. Dr. Mustafa KOZAN'a, Manisa ŞH Başhekim Uzm. Dr. Serkan SAKA' ya veri toplamada yardımcı oldukları için her bir başhekime karşı minnet duygusunu ifade etmekle beraber teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen aileme şükranlarımı sunuyorum.

Amacımız bilime ufak dahi olsa katkı vermektir.

ÖZET

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ VE ŞEHİR HASTANELERİ

Amaç: Bu çalışma ile Türk sağlık sektöründe kamu özel işbirliği (KÖİ) uygulamalarının incelenmesi, irdelenmesi ve Türkiye’de son yıllarda açılmakta olan şehir hastaneleri konseptinin daha iyi anlaşılması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metot: Nitel veri toplama teknikleri ile ele alınan bu araştırmada, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Türkiye’de sağlık sektöründe yeni hizmet vermeye başlayan şehir hastanelerinin yöneticilerine yönelik, şehir hastanelerinin analizi için açık uçlu sorulardan oluşmuş yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme formunda 12 adet açık uçlu soru mevcuttur. Sorular, literatür taraması yapılarak ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Çalışma Ankara, Mersin, Adana, Yozgat ve Manisa şehir hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Başhekimler ile yapılan görüşmeler ses kaydına alınmış, ardından çalışma amacına uygun olarak düzenlenip yazıya aktarılmıştır.

Bulgular: Araştırmada şehir hastanelerinin çalışanların üstünde fazla iş yüküne sebebiyet verdiği, hastaların hastaneye ulaşılabilirliğine yönelik çözümlerin artırıldığı, mahkum ve tutuklulara daha güvenli alanlarda hizmet verildiği, hasta bekleme sürelerine yönelik çalışmaların yapıldığı, hastanelerin sağlık turizmi konusunda önemli potansiyel taşıdığı, Sağlık Bakanlığının hastane üzerindeki denetleme rolünün arttığı, diğer kamu hastanelerine göre daha üstün kaliteli sağlık hizmeti alındığı, nitelikli sağlık hizmeti sunumuna yeni bir boyut kazandırdığı bulgularına ulaşılmaktadır.

Sonuç: Şehir hastanelerinde sağlık personel sayısının istenilen düzeyin altında kaldığı, verilen tıbbi ve destek hizmet kalitesinin arttığı, hastaların hastaneye ulaşımı için daha fazla yol kat ettiği, güvenlik önlemlerinin arttığı ve hasta bekleme süresinin kısaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu özel işbirliği; sağlık sektörü; şehir hastaneleri

Yunus CEYLAN, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Mart-2020

ABSTRACT

CITY HOSPITALS AND PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN TURKEY'S HEALTH SECTOR

Purpose: This paper aims to analyze and explore the implementations of Public-Private Partnership (PPP) in Turkey's health sector and also generate a better understanding of Turkey's city hospitals concept.

Materials and Method: In this research which has been made with the qualitative data gathering techniques, semi-structured interview technique has been applied. A semi-structured interview form consisting of open-ended questions was prepared for the managers of city hospitals who started to provide new services in Turkey's health sector. There are 12 open-ended questions in the interview form. The questions were prepared both with a literature review and expert opinion. Our study was carried out in Ankara, Mersin, Adana, Yozgat and Manisa city hospitals. The interviews with the head doctors were recorded and then arranged and transcribed in accordance with the purpose of the study.

Findings: In this research, it is observed that county hospitals cause more workload on the employees, however solutions for the accessibility of patients to the hospital are increased, services which given to the prisoners and detainees are provided in safer areas, researches are carried out for patient waiting periods, hospitals have significant potential in health tourism, the role of the Ministry of Health in the control of the hospital has increased, compared to other public hospitals more quality health care has been obtained and finally it is observed that these county hospitals have brought a new dimension in the provision of qualified health care.

Conclusion: Through the present findings we conclude that the number of medical staff is below the desired number, on the other hand the quality of medical and aid service has increased, in regard of accessibility of patients to the hospitals much progress has been made, additional security measures have been applied and patient's waiting time has decreased.

Key words: City hospitals; health sector; public private partnerships

Yunus CEYLAN, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University-Samsun, March-2020

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BOOT	: Build Own Operate Transfer
BOT	: Build Operate Transfer
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
İHD	: İşletme Hakkı Devri
IMF	: International Monetary Fund
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
KÖOM	: Kamu Özel Ortaklığı Modeli
KÖSİ	: Kamu Özel Sektör İşbirliği
KÖSO	: Kamu Özel Sektör Ortaklığı
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
P3	: Public Private Partnerships
PF2	: Private Finance
PFI	: Private Finance Initiative
PPI	: Private Participation in Infrastructure
PPP	: Public Private Partnerships
PSP	: Private Sector Participation Infrastructure
PUK	: Partnership United Kingdom
ŞH	: Şehir Hastanesi
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Yİ	: Yap İşlet
YİD	: Yap İşlet Devret
YKD	: Yap Kirala Devret

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR	vi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2. 1. KAMU ÖZEL İŞBİRLİKLERİ.....	5
2.1.1. Kamu Özel İşbirliğinin Tarihçesi	5
2.1.2. Kamu Özel İşbirliğinin Tanımı	7
2.1.3. Kamu Özel İşbirliğinin Ortaya Çıkışı	12
2.1.4. Kamu Özel İşbirliğinin Genel Özellikleri	14
2.1.5. Kamu Özel İşbirliğinin Avantajları.....	17
2.1.6. Kamu Özel İşbirliğinin Dezavantajları	19
2.1.7. Kamu Özel İşbirliğinde Riskler	21
2.1.8. Kamu Özel İşbirliği ve Özelleştirme.....	24
2.1.9. Kamu Özel İşbirliği ve İmtiyaz Usulü	28
2.1.10. Kamu Özel İşbirliği Modelleri	30
2.1.11. Dünya’da Kamu Özel İşbirliği	34
2.1.12. Gelişmiş Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği.....	42
2.2. TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ	65
2.2.1. Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Yasal Düzenlemeler	68
2.2.2 Türkiye’de Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelleri.....	70
2.2.3. Türkiye’deki Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları.....	73
2.2.4. Türkiye Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği.....	78
2.2.5. Şehir Hastaneleri	84
2.2.6. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumlu ve Olumsuz Eleştiriler	100

3. MATERYAL VE METOT.....	104
3.1. Araştırmanın Amacı	104
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	104
3.3.Araştırma Soruları	105
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	106
3.5. Veri Toplama Aracı.....	106
3.6. Verilerin Toplanması ve Analizi	106
4. BULGULAR.....	108
5. TARTIŞMA.....	122
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	126
KAYNAKLAR	136
ÖZGEÇMİŞ	149

1.GİRİŞ

II. Dünya Savaşı'nın sona ermesinden bu yana, ekonomik kalkınma dünya çapında büyük önem kazanmıştır. Son kırk yılda meydana gelen sosyo-ekonomik yapıdaki değişiklikler, hükümetlerin yeni yöntemlere yönelmesine neden olmuştur. Bu yeni yöntem devletin ekonomik alanda serbestleşme hareketini başlatması ve ekonomik piyasa içerisinde küçülmesiydi. Kamu özel işbirliği felsefesi, devletin ekonomik alandaki bu yeni rolü sonucu ortaya çıkmıştır. Bu yeni rol tüm ilişkili taraflar için yeni değer yaratmayı ve fayda sağlamayı amaçlayan kamu ve özel sektör kuruluşlarına dayanmaktadır. Kamu özel işbirliği, kamu ve özel sektörü birleştirmektedir (Durna, 2014).

Son yıllarda kamusal mal ve hizmet alımlarında kamu özel işbirliklerinin artarak kullanıldığı görülmektedir. Kamu özel işbirlikleri kamusal altyapı yatırımların ve hizmetlerin özel sektörcce yaptırılması, finanse ettirilmesi, işletilmesi ve sözleşmelerin sonucunda belirlenmiş özelliklerle kamu sektörüne devri söz konusudur (Keçeligil, 2018). Kamu özel işbirliği projelerinin ortaya çıkmasının ilk nedeni, kamu hizmetleri ve tesisleri için özel finans yatırımı getirerek kamu sektörü mali yükünün azaltılmasıdır (Grimsey ve Lewis, 2005). Günümüzde maliyet azaltma, risklerin ve sorumlulukların tahsisi, kamu özel işbirliği projesinin uygulanmasının yanı sıra özel sektörün uzmanlığını kamu hizmetlerine ve altyapı projelerine sunmak için temel nedenlerdir. Kamu özel sektör arasında işbirliği formu olarak kamu özel işbirliği, başlangıçta altyapı projelerine özel sektörü dahil ederek kamunun mali yükünü azaltmak, kamu verimliliğini arttırmak ve projelerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesi için ortaya çıkmıştır (Storozheva, 2016). 1992 yılında İngiltere, bu modeli PFI adı altında kullanan ilk ülke olmuştur. Ardından diğer ülkeler tarafından benimsenmiş ve ilk projeler uygulanmaya başlamıştır (Cheung vd., 2012). Kamu özel işbirliği tüm altyapı projelerinde elektrikte, su ve atık yönetiminde, ulaşımda, telekomünikasyonda ve son zamanlarda en çok proje sayısında artış yaşanan sağlık alanında kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemlerinin evrensel bir şekilde ele alınmasını, herkesin ihtiyaç duyduğu hizmetleri kullanmasını ve bu hizmetleri kullanırken finansal risklerden korunabilmesini amaçlamıştır. Nüfus artışı, yaşlanma, kronik hastalıkların artması ve kamu sağlık harcamaların artış göstermesi sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini zor hale getirmektedir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini

sağlamak, verimliliği artırmak, kaynakları etkin kullanmak amacıyla kamu, özel sektörlerle etkileşim içerisine girmiştir (Wong vd., 2015).

Son kırk yılda değişen dünya düzeni ile beraber devletlerin vatandaşlarına sağladığı kamu mal ve hizmet sunumlarında büyük değişimler meydana gelmektedir. Gerek kamunun üzerindeki finansal ve ekonomik baskılar gerekse kamu yönetimi iş yapma anlayışının günümüz ihtiyaçlarına cevap vermemesi üzerine ülkeler, kamunun hâkim olduğu piyasada özel sektörle ortaklıklar kurma yoluna gitmektedir (Tekin, 2010). Böylelikle kamu hizmetlerinin sunumunda çeşitli yöntemler geliştirilme ihtiyacına gereksinim duyulmuştur. Kamu özel işbirliği başlığı altında sıralanan finansman ve hizmet sunma modelleri bu ihtiyacın bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Kerman vd., 2012).

Gelişmiş ülkelerde işletmeciliğin devlet kontrolünde özel sektöre devri olarak uygulanan kamu özel işbirliği modeli, 1990’lardan itibaren İngiltere, İtalya, Kanada, İspanya, İrlanda, Güney Afrika, Portekiz gibi ülkelerde denenmiş ve kullanıcının yüksek kaliteyi mümkün olan en düşük maliyetle satın almasını sağlamıştır (Çınar vd., 2017).

Türkiye’de kamu özel sektör işbirliğinin genel kurallarını ve çerçeve yapısını düzenleyen toplu bir mevzuat bulunmamasına rağmen 1980’lerden bugüne, kamu hizmeti projelerine çeşitli kamu özel sektör işbirliği modelleri uyarlanmıştır. Söz konusu bu modeller yap-işlet, yap-işlet-devret, yap-kirala- devret ve işletme haklarının devridir (Tengilimoğlu vd., 2015).

Ülkemizde 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun” ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, kentsel altyapıdan enerji tesislerine kadar pek çok farklı sektörde uygulanan KÖİ projeleri, sağlık alanında da uygulanmaya başlamıştır. Söz konusu sağlık alanında uygulanan KÖİ, 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” kapsamında Yap-Kirala-Devret Modeli ile hayata geçirilen şehir hastaneleri ile yeni bir boyut kazanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Türkiye’de 3 Temmuz 2006 tarihinde Bakanlar Kurulunun onayladığı bir yönetmelik ile kamu sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması ve tesislerde tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmetlerin işletilmesi karşılığında yenilenmesi olanaklı kılınmıştır. Sağlık Bakanlığı bu model ile 20’den fazla kentte şehir hastanesi kurmayı hedeflemektedir (Karahanoğulları, 2012). 2017 yılında Yozgat, Mersin, Isparta, Adana

Şehir Hastaneleri, 2018 yılında Kayseri, Elazığ, Eskişehir, Manisa ve 2019 yılında ise şu ana kadar Ankara ve Bursa Şehir Hastanesi hasta kabulüne başlayıp sağlık hizmeti sunmaktadır.

Şehir hastaneleri için ihtiyaç duyulan finansmanı özel sektör sağlayacak, çekirdek hizmet (temel sağlık hizmeti) dışında diğer tüm hizmetler özel sektör tarafından sunulacaktır. Devlet bu hizmetler karşılığında özel sektöre 25 yıl süreyle kira ödeyecektir (Emek, 2017).

Son altı yıldır sürekli gündeme gelen şehir hastaneleri projeleri aslında devletin yatırım planı olmadan özel sektöre yaptırmak suretiyle yeni kamu hastaneleri ile ilgilidir. Ülkeye yeni hastaneler kazandırmak ve bu hastanelerin yüksek standartlarda hizmet vermelerini ve işletilmeleri sağlamak devletin en önemli amaçlarının başında gelmektedir. Kamu hastanelerinin günümüzde içinde bulundukları altyapı ve hizmet kalitesi sorunlarını ele alındığında aslında bu hastanelerin acilen yenilenmesi gerekeceği ihtiyacı bulunmaktadır (Hospital, 2014). Hem altyapı yatırımları gerçekleştirme, hem nitelikli yatak sayısını artırma hem de bu ihtiyaçlara yönelik olarak ayrılabilen kamu kaynaklarının kısıtlı olması gerçeği, önümüzdeki yıllarda sağlık sektöründe KÖİ projelerine ilgiyi yükseltebilecektir (Kalkınma Bakanlığı, 2016).

Bu tez çalışmasının ana çerçevesi, Türk sağlık sektöründe kamu özel işbirliği uygulamalarının incelenmesi, irdelenmesi ve Türkiye’de açılan şehir hastanelerinin faaliyetlerine değinilmesidir. Bu amaçla, araştırma Giriş bölümüyle beraber 6 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm Giriş bölümünden oluşmaktadır. Giriş bölümünden sonra ikinci bölümde kamu özel işbirliği modelinin tarihsel gelişimi, kavram içeriği ve hukuksal statüsü belirlenmeye çalışılmıştır. Takibinde kamu özel işbirliğinin dünya örnekleri verilmiş, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki uygulamaları ele alınmış, Türkiye sağlık sektörü açısından kamu özel işbirliğinin mevcut durumu ortaya konulmuştur. Kamu özel işbirliğinin ülkemizdeki uygulanan modellerine ait bilgiler verilmiş ve gerçekleştirilen projelere değinilmiştir. Daha sonra sağlık sektörü alanında ilk defa hayata geçirilen kamu özel işbirliğinin ve bu model çerçevesinde açılan şehir hastaneleri yerinden incelenmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda olan Ankara, Mersin, Adana, Yozgat ve Manisa Şehir Hastanelerindeki hastana yöneticileriyle doğrudan bireysel görüşme gerçekleştirilmiş, yarı yapılandırılmış görüşme soru formu hazırlanmış bu çerçeve içerisinde şehir hastanelerinin içerik, kapsam ve yönetimi hakkında düşüncelerine başvurulmuştur.

Çalışmanın üçüncü bölümü olan Materyal ve Metot bölümünde, araştırmanın amacına, kullanılan araç ve yönteme, araştırma sorularına, araştırmanın sınırlılığına ve veri toplama yöntemine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmanın bulgu kısmı yer almıştır. Beşinci bölümde Tartışma kısmı ve altıncı bölümde ise Sonuç ve Öneriler kısmı yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. KAMU ÖZEL İŞBİRLİKLERİ

2.1.1 Kamu Özel İşbirliğinin Tarihçesi

Kamu hizmetlerinin özel sektör aracılığıyla gerçekleşmesi milattan sonra Romalılar tarafından uygulandığı bilinmektedir. Romalılarda limanlar, pazar yerleri ve hamamlar gibi birçok kamu hizmetleri özel sektör şahısları tarafından yürütülmüştür. Kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından karşılanması 5. yüzyılda Roma İmparatorluğun yıkılışı ile ortadan kalktı ve sadece orta çağda 12. ve 13. yüzyıllarda yeni kasabaların inşası için Fransa'nın güneybatı bölgesinde tekrar görülmüştür. 16. ve 17. yüzyıllara geldiğinde Avrupa ülkelerinde, özellikle Fransa'da kamu hizmetlerini yerine getirmek için 'finansal yatırımcılar' diye tabir ettikleri özel sektör girişimcileri, birçok kamu hizmetlerini gerçekleştirmişlerdir. Bu hizmetler içerisinde nehir yatakları, kanal inşaatları, posta dağıtımı, yol asfaltlama (ulaşım), çöp toplama, aydınlatma ve opera binaları bulunmaktadır (Çekirge, 2006).

Kamu özel sektör işbirliği modelinin ilk uygulamaları 1660'larda İngiltere' de yol yapım inşaatlarında kullanılan özel sektör katılımlı modeller ile başlamıştır. Endüstri devriminde kanal ve demiryolları projeleri özellikle İngiltere'de 1860'lı yıllarda kamu özel işbirliği modeli ile zirveye çıkmıştır. Daha sonra o yılların sonunda Avrupa'da çıkan ekonomik krizle pek çok yatırımcı iflas etmiştir (Çekirge, 2006). Benzer bir durumda Fransa'da gerçekleşmiştir. 1782 yıllarında Perrier Kardeşlere ait bir özel sektöre, Paris şehrinin bir bölümüne belli bir süreliğine su dağıtma imtiyazı verilmiş, fakat 1789 Fransız devrimini takip eden yıllarda ortaya çıkan siyasi olaylar bu imtiyazı olumsuz etkilemiş ve imtiyaz verilen şirket bu projeyi gerçekleştirememiştir (Smith ve Walker, 1995).

1859 yılında Mısır Valisi Said Paşa tarafından destek verilen Süveyş Kanalı projesi 1868'de 18 milyon dolarlık nihai maliyetle inşa edilen dünyanın ilk Yap- İşlet- Devret projesidir. 17 Kasım 1869'da uluslararası sahaya açılan 195 km. Süveyş Kanalı 99 yıllık imtiyaz sözleşmesine sahip olmuştur (Matthews, 2014).

1700 yıllardan I. Dünya Savaşı'nın başlamasına kadar yaklaşık 200 yıl süren kamu özel işbirliğinin ilk parlak dönemi sona ermiş ve 1980'li yıllarda kamu özel işbirliği tekrar önem kazanmıştır. 1980'lerden sonra ülkelerce yaygın kullanılmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde hızlanan büyük şehirlere göç ve sanayileşmenin sonucu olarak halkın gereksinim duyduğu altyapı yatırımları çok büyük miktarlarda artış göstermiş fakat

hükümetlerin altyapı yatırımları gerçekleştirme hızı ise ihtiyacın altında kalmıştır (Çekirge, 2006).

Avrupa ülkelerinde imtiyazlar adı altında başlatılan demiryolları yapımı, tüm Avrupa ülkelerine hâkim olan liberal ekonomik anlayışına sebep olmuştur. Avrupa ülkelerinde liberal ekonomik anlayışının hâkim olması ve imtiyaz sözleşmelerinin yaygınlaşması özel sektörün kamu hizmetlerini yerine getirmesinde daha da etkisini artırmıştır (Gürkan, 2013).

Fakat 20. yüzyıla geldiğimizde liberal ekonomik düşünce sekteye uğramış ve durumu tersine çevirmiştir. 20. Yüzyılda yaşanan 1. Dünya Savaşı, 2. Dünya Savaşı ve ekonomik buhranlar sonucunda devletlerin ekonomiye müdahalesi ciddi düzeylerde artış göstermiş, devletlere ait kamu kurum ve kuruluşları ekonomik alanlarda önemli aktörler olmaya başlamıştır (Atasoy, 2011).

İkinci Dünya Savaşının sona ermesiyle, 1950 yılından sonra devletlerin ekonomiye müdahalesi yoğun bir şekilde artmıştır. Fakat devletlerin ekonomideki bu yoğun müdahalesi otuz yıla yakın sürmüş, kamu harcamaların artması sonucu ve aynı zamanda kamu kurumlarının da performanslarında yaşanan ekonomik düşüşle birlikte kamunun ekonomik alana müdahalesi tekrardan sorgulanır hale gelmiştir. Nitekim 1980'lerde ekonomideki yapı değişmiş devletin ekonomideki tekellilik anlayışı yerini liberal ekonomi anlayışına terk etmiştir. Bunun sonucunda da devletin ekonomideki rolü ve etkisi giderek gerilemiştir (Aydın, 2014).

Özelleştirme uygulamaları 1980'lerden sonra başta İngiltere olmak üzere dünya genelinde popüler hale gelmesi ile birçok kamu hizmetleri tamamen özel sektöre bırakılmış ve kamunun küçülmesi olağan bir hale gelmiştir. Özelleştirme başarılı bir şekilde uygulanmasına rağmen, altyapı hizmetlerinin gördürülmesinde ise etkin bir özelleştirmeden söz edilmemektedir. 1990'lardan sonra özelleştirme hemen hemen tüm dünyada hızını kesmiş ve özelleştirmeden daha farklı olan kamu özel sektör işbirlikleri ortaya çıkmıştır. Hem özelleştirmenin kapsayamayacağı alanlarda kullanılıyor olması hem de mülkiyetin kamuya ait olması ve özel sektörün finansal kaynaklarından, tecrübesinden yararlanma özelliğini barındırması sebebiyle kamu özel işbirliği çok kısa zamanda kabul görmüştür (Atasoy, 2011).

Bu değişimlerle beraber devletler ekonomik olarak yönettiği işletmecilik faaliyetlerini özel sektöre bırakmaya başlamıştır. Birinci Özelleştirme Dalgası olarak

adlandırılabilir bu uygulamayla devlet üretici ve işletmeci kuruluşlarını tümüyle özel sektöre devrederek rekabetçi bir ortam sağlamıştır. Gerçekleştirilen bu uygulamalarla ekonomide hem etkinlik hem de verimliliğin arttığını gören diğer devletler, Birleşik Krallık başta olmak üzere, günümüze kadar devletten başkasının yapamayacağını düşünülen ve çoğu imtiyaz özelliği taşıyan alanlarda da özel sektörün etkinliğinden ve tecrübesinden yararlanma yollarını aramaya başlamışlardır (Tekin, 2010).

Kamu özel sektör işbirlikleri 1980'lerin sonlarında Birleşik Krallıkta Thatcher Hükümeti tarafından özelleştirmeden daha geniş kapsamlı bir süreç unsuru olarak başladı (Sadka, 2006). Kamu özel sektör işbirlikleri, Amerika'da geniş bir uygulama alanı bulan 'Ortak Girişim (Joint Venture)' projeleri ile bu dönemdeki kamu özel işbirliklerinin en gelişmiş hali olarak nitelendirilmeye başlanmıştır. 1992 yılında İngiltere'de John Major tarafından başlatılan 'Özel Finans Girişimi (Private Finance Initiative)' ve Blair dönemindeki 'En İyi Değer (Best Value)' projeleri Kamu özel işbirliklerini hızlandıran temel etmenler olmuştur (Çelik, 2008). Kamu özel sektör işbirlikleri küreselleşmenin hızlanması ve rekabetçi bir anlayışın yayılmasıyla 2000'lerden sonra dünya genelinde artış göstermiştir (Erdem, 2015).

2.1.2. Kamu Özel İşbirliğinin Tanımı

Savaş sonrası kamu hizmetlerin altyapı yatırımlarını sağlayan büyük çoğunlukla devlet yani kamunun kendisi olmuştur. Fakat son yirmi beş-otuz yıldır bu durum değişmeye başlamıştır. Kamu tesislerinin verimsizliği ve kaynak kısıtlılığın baskısıyla karşılaşan hükümetler, finansman arayışına girmiş ve kamu altyapı tesislerinin inşaat veya yönetim biçimini alabilecek olan özel sektör kuruluşlarıyla uzun vadeli sözleşmeler yapmıştır (Grimsey ve Lewis, 2002).

1980 sonrası neoliberal politikalar ile kamusal hizmetlerin gördürülmesinde farklı yöntem,biçim ve modellerle üretilmesi gündeme gelmiş geleneksel yöntemler ile kamu hizmetlerin görülmesi değişime uğramış alternatif politikalara yönelik geçiş yapılmıştır.

Kamusal hizmetlerin özel sektöre devri konusunda özelleştirmeden sonra en fazla gerçekleşen yöntemlerden biri kamu özel sektör işbirliğidir (Miynat ve Uğur, 2014).

Kamu özel işbirlikleri, özel sektörün finansmanı, inşa edilmesi ve genel olarak 25-30 yıl süren sözleşmeler kapsamına işletilmesi yoluyla kamu altyapısını güçlendirmenin bir yolu olarak 1992'de Birleşik Krallıkta Özel Finansman Girişimi

olarak tanıtılmıştır. Birleşik Krallıkta, kamu özel işbirliğinin kullanılmasından bu yana, hükümetlerin tercih ettiği kamu altyapı gördürme usulü olmuştur (Cheung vd., 2012).

Kamu özel işbirliği, Dünya’da 1990’ların başlarından beri kullanılıyor olması ve uluslararası çevrelerde tartışılan bir konu olmasına rağmen tanım, içerik ve kapsadığı konularla tam bir fikir birliğine varılmadığı söylenebilir. Bu sebeple kamu özel işbirlikleri halen genel kabul görmüş bir tek model ve tanıma kavuşturulamamıştır (Sarısü, 2007; Yalçın, 2014).

Kamu özel işbirlikleri ile uzun süreli bir işbirliklerinin kurulacağı ve bu işbirliklerin karmaşık sözleşmelere dayanıyor olması ön plana çıkmaktadır. Kamu hizmetlerinin geleneksel yollarla temini ile tüm hizmetlerin özel sektör tarafından görülmesi ve özel sektör sermayesinin kamu tarafından kullanıldığı bir finansal yol olarak tanımlanacağı gibi işin niteliği, tarafların işe katılımı, risklerin dağılımına göre değişebilen kamu özel işbirliklerin pek çok tanımı bulunmaktadır (Yalçın, 2014).

Bu çerçevede Kamu özel işbirlikleri, kamunun ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetlerin sağlanması neticesinde kamu ile bir özel hukuk tüzel kişisi arasında yapılan ayrıca ortaya çıkabilecek olan risklerinde paylaşıldığı ve bir sözleşmeye dayalı olan işbirliğidir (Tekin, 2007).

Avrupa Birliği tarafından yayınlanan, kamu sözleşmelerin imtiyaz ihalelerinin ilkelerini içeren ‘Yeşil Kitap’ta, kamu özel sektör işbirliklerinin herkes tarafından kabul edilen bir tanımının olmadığını, bu kavramın bir hizmet sunumunda ya da bir altyapının finansmanında, yapımında, yenilenmesinde, işletilmesinde ve bakımını sağlamasında kullanılmak amacıyla kamu kurumları ile iş dünyası arasında işbirliğine ilişkin bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Green Paper, 2004). Bu tanımlamadan sonra Avrupa Birliği kamu özel işbirliğinin dört temel özelliğine değinmektedir (Boz, 2013). Birinci özellik olarak; yapılacak proje planlanmasının farklı aşamalarında kamu sektörü ile özel sektör arasında bir işbirliğini içeren uzun vadeli bir ilişki olacağı, ikinci özellik olarak; projeyi finanse etme yöntemi, kısmen özel sektör tarafından, bazen de çeşitli aktörler tarafından karmaşık düzenlemeler aracılığıyla finanse edileceği, bununla birlikte kamu fonlarının özel fonlara da ekleneceği, üçüncü özellik olarak; gerçekleştirilecek projelerin tasarım, yapım, uygulama ve finansman gibi farklı aşamalarında görev alanların rolü belirtilerek, kamu ile ortaklık kuran özel sektörün temel olarak kamu yararını, sunulan kamu hizmetlerinin kalitesini ve fiyat politikası konusunda amaçlanan hedeflerin belirlenmesi

unsuruna odaklanıp yapılan işlerin hedeflere uygunluğunun denetlenmesi sorumluluğunun da üstlenilmesi belirtilmiştir. Dördüncü özellik olarak; kamu kurumu ve özel sektör arasında yaşanacak risklerin dağılımında, risk genelde işbirliğini üstlenen kamu kurumundan özel sektöre kaydırılır. Fakat özel sektörün tüm riskleri üstlenmesinin yanında projenin de içerdiği riskin büyük bir bölümünü üstlenmesi gerekmemeyle birlikte kamu ve özel sektörde riskin kimin üstleneceğine ilişkin karar, riski değerlendirme, kontrol edebilme ve yaşanılacak riskin üstesinden gelebilme yeteneği bakımında projeden projeye farklılık göstermektedir (Green Paper, 2004).

Literatürde yaygın olarak kullanılan tanımların bir kısmı aşağıda verilmiştir.

Kamu ve özel sektör aktörleri arasında ortaklaşa ürün ve hizmetlerin geliştirilmesi, bu ürün ve hizmetlerden kaynaklanan riskleri, maliyetleri ve kaynakları paylaştıkları bir tür işbirliğidir (Ham ve Koppenjan, 2001).

Kamu sektörü dışındaki herhangi bir kuruluşla (özel sektör) ve bir kamu sektörü arasındaki karşılıklı bağlılığa dayalı çalışma düzenlemeleridir (Bovaird, 2004).

Bir kamu sektörü ile özel bir kuruluşun bir altyapı projesinin veya tesisinin teslimi ve işletilmesinde daha fazla katılımı barındıran devletin özel kuruluş ile yaptığı bir sözleşme çeşididir. Örneğin, yapılacak bir ulaştırma projesinde, bu projenin planlanması, tasarımı, inşası, finansmanı, işletimi ve bakımı gibi birden çok yönünü içerir. Kamu özel işbirliği, projelerin yaygın olarak kullanılması bağlamında, finansman sürecini tek bir hükümet stratejisinden, kaynaklar aracılığıyla daha çeşitli hale getirmeye yönelik bir mekanizmadır (Davis ve Schneider, 2007).

KÖİ, karşılıklı menfaatlerin olduğu ve aslında özel sektörün yönetim ve işletme hizmetleri sağladığı, hem kamunun hem de özel sektörün finansmanını riske soktuğu kamu ve özel sektörler arasında yapılan uzun vadeli bir sözleşme düzenlemesidir (Bosso ve Garvin, 2008).

Kanada Kamu Özel Ortaklıkları Konseyi tarafından kabul edilen tanım ise şu şekildedir; Her bir ortağın uzmanlığı üzerine kurulmuş, hükümetler ve özel sektörler arasında, kaynakların, risklerin ve finansmanın uygun şekilde tahsisi yoluyla açıkça tanımlanmış kamu altyapı ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılayan bir ortak girişimdir (CCPPP, 2018).

KÖİ, özel sektör tarafı ile kamu arasında uzun süreli bir sözleşme olup yapılacak kamu altyapı hizmetini tasarlama, finanse etme, inşa etme ve işletme riskinin üstlenildiği,

ayrıca performansa dayalı olarak yapılan işbirlikleridir. Kamu özel işbirlikleri karmaşık bir yapıya sahiptir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yetersiz finansman ve uzmanlık gerektiren işlerde hükümetler özel sektörlerle ortaklık yoluna gitmektedir. Çünkü KÖİ'ler, kamu altyapı yetersizliğini giderilmesinde hükümetlere fon sağlamada yardımcı olur (MCC, 2018).

Kamu özel işbirliğinin uluslararası kabul görmüş tek bir tanımı yoktur. Kamu özel işbirlikleri kısaca, en az bir özel tarafla ve hükümet arasında bir kamu altyapısının veya hizmetinin sağlanması, özel sektörün önemli rol üstlenmesinin yanında risk sorumluluğunda taşıdığı performansa bağlı uzun dönemli bir sözleşmelerdir (PPP, 2018)

OECD, kamu özel sektör işbirliğini, devlet ile özel sektör arasında yapılacak projeler ile ilgili risklerin paylaşarak, özel sektörün sermaye varlığını kullanarak kamu altyapı hizmetlerini gerçekleştirmesi ve uzun vadeli bir anlaşma çeşidi olduğunu ifade etmektedir. KÖİ'lerdeki söz konusu altyapı tesisleri hastaneler, hapishaneler, köprüler, yollar vb. gibi hizmetlerdir. OECD tarafından, KÖİ'lere ilginin son yıllarda büyüdüğünü ve çoğu OECD üyesi ülkelerde mali kısıtlama ihtiyacının artmakta olduğunu ve KÖİ'lerin kullanılmasının artacağı belirtilmektedir (OECD, 2018).

Dünya Bankası, kamu özel işbirliğini, hükümetlerin özel sektörün kaynaklarını ve uzmanlığını kullanarak kamu altyapısını ve/veya kamu hizmetini sunumunu tedarik etmesini ve uygulamasını sağlayan bir mekanizma olduğunu tanımlamıştır. KÖİ'ler sorumlulukların ve risklerin paylaşarak hem kamu hem de özel sektörün kaynaklarını, tecrübesini ve becerisini birleştirir. Böylece hükümetler, özel sektörün uzmanlığından yararlanıp altyapı hizmet yapım sürecini özel sektöre devrederek, esas olarak politika üretme, planlama yapma, düzenleme ve denetim üzerine odaklanmaya yoğunlaşır. Başarılı bir KÖİ için, uzun dönemli kalkınma hedeflerinin ve risk paylaşımının dikkatli bir analizin yapılması gerekmektedir. Ülkedeki yasal ve kurumsal çerçevenin bu yeni hizmet sunum modelini desteklemesi ve KÖİ'ler için etkili yönetim ve izleme mekanizmaları sağlaması da gerekmektedir. Proje için iyi hazırlanmış bir kamu özel sektör işbirliği anlaşması, risklerin ve sorumlulukların ne olduğunu açıkça belirtmiş olmalıdır (World Bank, 2018).

Kamu özel işbirliğini son olarak geniş tanımıyla, devlet ile en az bir özel hukuk kişisi arasındaki uzun süreliğine yapılan, özel hukuk kişisi tarafından kamu altyapı veya hizmetin gerçekleştirilmesi için ihtiyaç duyulan tesisin inşası, finansmanı, onarımı,

bakımı ve hizmete hazır olacak bir vaziyette bulundurulmasını içeren ve bunun karşılığında devletin sözleşme süresince özel hukuk kişisine her yıl kira karşılığı güvence altına alınan belli bir miktar paranın ödenmesinin üstlenildiği uzun dönemli bir sözleşme olarak ifade edilebilir (Boz, 2013).

Literatürde verilen tanımlardan da anlaşılacağı üzere KÖİ'nin herkes tarafından kabul edilen ve üstünde uzlaşılan bir tanımı yoktur. Ayrıca uluslararası literatürlerde kamu ve özel sektör arasındaki kamu özel işbirliğini ifade eden birçok terim vardır (Yıldırım, 2017).

Kamu özel işbirliği, Dünya Bankası (World Bank) ve Güney Kore'de PPI (Private Participation in Infrastructure) terimiyle, Kalkınma Finansman sektöründe PSP (Private Sector Participation in Infrastructure) terimiyle, Kuzey Amerika'da ve Kanada'da P3 terimiyle, Avustralya'da Privately-Financed Projects terimiyle, Birleşik Krallık'tan sonra Japonya ve Malezya'da da PFI (Private Finance Initiative) terimiyle adlandırılmaktadır.

Kamu özel sektör işbirliklerinin kapsamı tanımlandığında, kamu ve özel sektörleri karşılıklı faydalar ve yararlar için bir araya getiren bir düzenlemedir (Lawther, 2002). Bir kamu kuruluşun ve en az bir özel sektörün ortak hedefler ulaşmak için tamamlayıcı bir şekilde koordine edildiği rol ve ilişkilerin bir düzenlemesidir. Özel sektör ve kamu kuruluşları arasında karşılıklı menfaatlerin olduğu uzun vadeli bir sözleşmedir (Uddin ve Zack, 2016).

KÖİ, kamu sektörünün tek hizmet sunucusu olmasından daha verimli ve daha yüksek kalitede hizmet sunan ve politik açısından popüler bir terimdir (Lawther, 2002). Bu terim yorumlanmaya çok yer veren bir unsur olmuştur. Çünkü iş birliği, ortaklık ve karşılıklı yarar ifadesi son derece tartışmalıdır. Kamu ve özel sektörün amaçları farklı olduğu için karşılıklı amaç ve hedeflere sahip olamayacağı dolayısıyla, uzun vadede bir taraf için yararlı olarak düşünülecek şey, diğeri için faydalı olmayabilmektedir. Öte yandan bu türlü düzenlemelerin savunucuları, her iki sektörün belirli görevleri üstlenmenin avantajlarını sağlayan becerilere ve özelliklere sahip oldukları, bu becerileri birleştirmenin yararlı olacağına dair inançları üzerinde çoğunlukla argümanlarını öne sürmektedir. Bu nedenle, ilgili her türlü tartışmanın yapılabilmesi için, kapsamın sınırlandırılması gerekliliği açıktır (Leiringer, 2006).

Kamu özel İşbirliği uygulanmasının dünya genelinde bilinen kısaltma şekli PPP'dir. Public Private Partnerships kavramının kısaltılmış halidir. Ülkemizde PPP'nin karşılığı olarak çok çeşitli şekilde kullanım biçimleri meydana gelmiştir. Öyle ki daha tanım ve içeriğinden önce terimsel ve kavramsal olarak bile literatürde büyük bir karmaşa hakimdir. PPP'nin karşılığı olarak KÖO (Kamu Özel Ortaklığı), KÖSO (Kamu Özel Sektör Ortaklığı), KÖOM (Kamu Özel Ortaklığı Modeli), KÖSİ (Kamu Özel Sektör İşbirliği) ve KÖİ (Kamu Özel İşbirliği) gibi kavramlar kullanılmaktadır. Bu kavramların hepsi sadece PPP teriminin karşılığı için kullanılmaktadır. Bu kavramların birbirinden farklı olduğu gözükse de içerik olarak aynı şeyleri ifade etmektedirler. Nasıl kavramlaştırıldığından ziyade içeriğinin nasıl doldurulacağı daha önemlidir (Keşli, 2009).

2.1.3. Kamu Özel İşbirliğinin Ortaya Çıkışı

Günümüz dünyasında her alanda sürekli olarak çok boyutlu, çarpıcı değişimler ve gelişmeler meydana gelmektedir. İletişim ve bilgi teknolojinin baş döndürücü bir şekilde ilerlemesi, sosyal alanlardaki yönetim anlayışında hızlı değişimleri, yapıları ve tüm ilişkileri derinden etkilemektedir. Bu süreçte gerek kamu kuruluşlarında ve gerekse özel sektörlerde örgütlenme ve hizmet verme biçiminin ve anlayışın sorgulanır hale gelmesi, böylelikle yeniden yapılanma biçimine gidilmesi, yapıların, amaçların, teknolojinin sürekli gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi kaçınılmaz bir durum almaktadır. Kamunun topluma en iyi hizmeti vermesi, bu hizmeti verirken de etkili ve verimli bir şekilde sunacak strateji ve yöntemleri geliştirmesi, amaç ve hedeflere erişilebilmesinin planlaması ancak ve ancak hızla değişen dünyada kamu kurumların değişime ayak uydurabilmesi uzun dönemli vizyona sahip olmaları ve gerekli stratejilerin belirlenerek uygulamaya konulabilmesini gerektirmektedir (Özer, 2008).

20. yüzyıl öncesine kadar devletler, sorunların çözüme kavuşturulduğu tek mercii olarak görülmüş ve geleneksel kamu hizmetlerin büyük çoğunluğu da devletler tarafından verilmiştir. Bu durum 1970'li yılların sonrasında devletlerin ciddi şekilde mali ve ekonomik krizler yaşaması karşısında yön değiştirmiştir. Devletler artık belirli bir sınıra çekilip, verimlilik ve etkililik üzerine yoğunlaşmış bu çerçeveye göre örgütlenmiş ve özel sektörün değerlerinin, tekniklerinin, tecrübesinin kullanılması gibi düşünceler yaygınlaşmıştır. Kamu yönetim alanında yaygınlaşan bu düşünceler devletin rolünün

değişmesi, devletlin tek hâkim aktör olmaktan uzaklaşması ve serbest piyasanın genişlemesine neden olmuştur (Acar vd., 2015).

Devletlerin kamu hizmetlerini gerçekleştirmesinde zayıf kaldığı birtakım faktörler vardır. Söz konusu bu faktörler neoliberal paradigmanın siyaset, ekonomi ve sosyal alanlarda da etkili olmasına neden olmuşlardır. Bu faktörlerden ilki 1970’li yıllarda ortaya çıkan petrol krizinin yaşanması ve artan kamu harcamaları sebebiyle devletler yüksek bütçe açıkları vermişlerdir. İkinci faktör, modern toplumlardaki halkların devletten ve kamu politikalarından beklentileri yükselmiş, kamuda bu beklentileri karşılamada yetersiz kalmıştır. Üçüncü faktör, 1980’den sonra ülke ekonomilerini küresel ekonomi ile bütünleştirmek ve bunu gerçekleştirmek içinde iktisadi alanda neoliberal reformlar hayata geçirilmiştir. Ayrıca söz konusu bir diğer faktörde IMF, Dünya Bankası ve OECD gibi kuruluşların, ekonomik olarak sorunlarla uğraşan gelişmekte olan ülkelerin üzerinde işletmecî politikalarını içeren neoliberal reformlarını bir baskı aracı olarak kullanmalarıdır. Böylelikle devletlerin ekonomideki rolleri azalmış, özel sektörlerin ve girişimcilerin iktisadi alana girmesinin önü açılmıştır (Ayhan ve Önder, 2017).

Sanayileşmenin etkisiyle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal gelişmeler, kentleşme, değişen sosyal ve kültürel koşullar, teknolojinin ilerlemesi ve yayılması ile ulaşım, iletişim gibi alanlarda yaşanan hızlı değişimler, ekolojik değişim ve çevre sorunları, sosyal devlet anlayışı ve demografik yapıdaki değişimler gibi nedenlerle toplumların yeni kamu altyapılarına ihtiyaçları her geçen gün artmaktadır. Devletler, toplumların kamu hizmetlerine ve altyapıya olan taleplerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir. Bu durum devletler için büyük bir sorun haline gelebilmektedir. Kamu hizmetleri faaliyetlerinde Küreselleşme ve demokratikleşme olguları kapsamında toplumların farkına vardıkları konuların biri de kamunun her türlü hizmeti tek başına veremeyeceğidir (Palabıyık, 2011).

Devlet ekonomik, sosyal, kültürel, teknik ve bilimsel alanlarda toplumun gereksinim duyduğu konularda birtakım faaliyetler gerçekleştirmektedir. Bu faaliyetler günümüzde kamu tarafından yürütülebileceği gibi özel sektör/ kişiler tarafından da gerçekleştirebilmektedir (Altın, 2013).

II. Dünya Savaşından sonra dünyadaki ülkelerin çoğunda devletlerin, kamudaki ekonomik ve politik rollerinin arttığı görülmektedir. 1960’lı yıllardan sonra refah devlet anlayışının yaygınlaşmasıyla, kamunun kendisinden beklenen faaliyetleri yerine

getirmesi kaçınılmaz olmuştur. Bu dönemlerde kamunun politikalar belirlemek, düzenlemeler yapmak, finansman sağlamak ve doğrudan işletme sahibi olup üretim yapmak gibi faaliyetleri bulunmakta idi. Sosyal hizmetler, bankacılık, çevre, madencilik, enerji, tarım, altyapı, ulaştırma, sigortacılık, eğitim ve sağlık gibi alanlarda devletin geniş bir yelpazede hizmet sunması ve bunlar için harcanan miktarların büyük meblağlara ulaşması devlet üzerinde ekonomik baskı oluşturmaktadır. Bu hizmetler sonucunda ekonomideki kamu payı giderek artmış ve bütçe içerisinde önemli pay oluşturmuştur. Fakat zamanla bu tür hizmet harcamaları bütçe üzerinde gittikçe büyük bir yük oluşturmaya başlamış ve bu hizmet harcamaları için gerekli olan finansman bütçe kaynaklarından karşılanamaz hale gelmiştir. Bunun sonucunda kamu borçları giderek büyük miktarlara ulaşmıştır. Kamunun büyüklüğü ve bütçe açığı miktarının yüksek olması nedeniyle, toplum tarafından kamu kesiminin genel olarak pahalı ve verimsiz olduğu kanısı oluşmaya başlamıştır. Ayrıca kamunun yapılanma ve işleyişi performans düşüklüğüne sebep olmaktaydı. Kamunun yeniden yapılanması yoluyla performansın artırılabilceğini bunu da kamunun minimize etmek gerektiğini belirtenler olmuştur (Yılmaz, 2001).

Sosyal refah devlet anlayışı 1980’li yıllardan sonra kamu harcamalarına getirdiği ağır yükten ve ekonomide neoliberal politikaların benimsenmeye başlamasından dolayı önemini yitirmeye başlamış ve konu ile ilgili farklı arayışlara girilmiştir (Berkay, 2013). 1980 sonrasındaki dönemlerde neoliberal politikalar çerçevesinde değişen ve dönüşen devletler, ekonomik alandan çekilmekte ve her geçen gün daha da küçülmektedirler. Devletlerin değişen pozisyonlarındaki altında yatan sebep ise daha küçük ve daha etkin bir devlet olarak belirtilmektedir (Ataay, 2006). Devletler bazı yöntemleri kullanarak kamu hizmetlerinde uzaklaşmaktadırlar. Bu yöntemlerden ilki, kamusal hizmet sunumunun tamamen özel sektöre bırakılması ki özelleştirme olarak bilinir. Yöntemlerden ikincisi, kamu hizmetlerinin sunumunda karın ve riskin paylaşımıyla daha etkin ve verimli bir yönetim hedefleyen kamu-özel işbirliklerinin kurulmasıdır (Erdem ve Esen, 2013).

2.1.4. Kamu Özel İşbirliğinin Genel Özellikleri

Kamu altyapısı, ekonominin ve toplumun işleyişi için gerekli olan tesisler olarak nitelendirilebilir. Kamu altyapıları, bir ülkenin ekonomik ve sosyal faaliyetlerini desteklemenin bir aracıdır. Ulaşım olanakları, su, kanalizasyon, elektrik vb. gibi

ekonomik altyapılar ve okullar, hapishaneler, kütüphaneler, hastaneler vb. gibi toplumun yapısı için gerekli görülenler sosyal kamu altyapılarıdır (Yescombe, 2007).

Devletin kamu altyapısının sağlanmasında bir rol oynaması gerektiğine dair genel bir düşünce vardır. Çünkü altyapının tamamıyla özel sektöre bırakılması durumunda rekabetçi piyasa fiyatlanmasının davranışları bozacağını ve sosyo ekonomik faydaların kaybına yol açacağı (özel sektör tarafından yapılan ve işletilen okullarda, gelir seviyesi yüksek olanlar özel okullar için para ödeyebilir, diğer taraftan gelir seviyesi düşük olanlar söz konusu okullarda eğitim alamayabilir ve ya cadde aydınlatılması ve yolları içeren yerlerde herkese serbestçe ulaşması gereken bir altyapı inşaat edilmeyebilir) ve altyapının rekabetçi bir şekilde sağlanması verimli olmayacağı çünkü özel sektörün ilk amacının kar elde etmek olduğunu ve kar elde edemeyeceği altyapıları yapmayacağı söylenebilir (Yescombe, 2007).

Bu nedenlerden dolayı kamunun piyasaya müdahale etmesi ve altyapıda rol üstlenmesi gerekmektedir. Geçmişten günümüze devletlerin, kamu altyapısının sağlanmasında iki yolu olduğunu bunların birincisinin kamu hizmetlerinin doğrudan idare tarafından verilmesi, ikincisinin kamu hizmetlerinin özel sektöre verilmesi ki bunun içinde özel sektörlere kolaylık sağlanması vergiden muaf ya da vergiyi kısma, sübvansiyon gibi benzer teşvikler verilmesi) ileri sürülmektedir.

Kamu altyapısının tanımı son birkaç yüzyılda açıkça genişlemiştir. Ayrıca, kamu altyapısının büyük bir kısmının yakın zamanda sadece devlet tarafından verilmesi kanısı da değişime uğramaktadır Dolayısıyla değişen ve genişleyen kamu altyapılardan dolayı ortaya çıkan kamu özel işbirliği, kamusal altyapıya yönelik artan talebi karşılamak için özel hükümleri kolaylaştırmada modern bir yol olarak düşünülebilir.

Kamu özel işbirlikleri, özellikle kamunun kaynak yetersizliğinden dolayı altyapıya yeterince yatırım yapılmadığı durumlarda, bu durumlardan çıkmak için özel sektörle uzun vadeli yatırımların uygulanması ve optimal risk paylaşımını içeren anahtar bir yoldur.

Bir kamu özel ortaklığı, idare ile özel sektör tarafından varlık veya hizmet sunmak için kurulmuş olan uzun vadeli bir sözleşmedir. Çoğunlukla kamu özel işbirliklerinde kamunun temel görevi, işin özelliklerini belirlemek, hedefleri, öncelikleri ve çıktıları saptamak ve özel sektör eliyle sunulan hizmetlerin ölçülmesi için performans yönetimi mekanizması oluşturmak olarak kabul edilir. Özel sektörün temel sorumluluk

ve görevi ise kamudan tahsil edeceği ücret için sözleşme içeriğinde yer alacağı şekliyle işin gereklerini sunmaktır (Aydın, 2014).

Kamu hizmetlerinin, özel sektöründe katılımıyla gördürüleceği anlamına gelen kamu özel işbirliği, hakkında hala evrensel bir tanım yapılamamıştır. Aslında KÖİ'nin bu kadar farklı tanımlarının olmasının yanında bu tanımlarında genel olarak KÖİ'ye ait özelliklerini de içerdiğini belirtmekte fayda vardır.

Kamu özel işbirliklerinde, genel olarak kamu hizmet ve sunumlarında, kamu altyapılarını özel sektöre kurdurtmak, işletmek ve daha sonra da altyapıyı kamuya devretmek mantığı vardır. KÖİ'lerin yapısı sözleşmeden sözleşmeye değişmektedir. Kamu özel işbirliklerinde, idare inşaatın başlangıç aşamasında herhangi bir kamu harcaması yapmaz. Özel ortağa ödenecek kiralar yapım işleri bittikten sonradır (Khoteeva ve Khoteeva, 2017).

Kamu özel işbirlikleri en az iki veya daha fazla taraf içerir. Genellikle özel sektör tarafı birden fazla olmaktadır. Bu taraflardan birisinin mutlaka idareyi temsil etmesi gerekmektedir. Taraflar kendi önceliklerini belirleyerek sözleşme ve pazarlık yapımlarında etkin rol olabilmeyi amaç edinebilir. Kamu özel işbirliği sözleşmesinin finansal, teknik ve hukuki yönleri bakımından özel sektör, bağımsız danışmanlardan yardım alarak geniş ve detaylı bir çalışma yürütür (Yalçın, 2014)

Kamu özel işbirliği uygulamaları genelde uzun vadeli anlaşmalardır. Çünkü özel sektörün yatırım maliyetlerini karşılamak ve kar elde edebilmesi için uzun bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Çoğunlukla uzun vadeli sözleşmelerin süresi tipik olarak 15-30 yıl arasındır.

Kamu özel işbirliğinde, kamu tüm sorumlulukları özel sektöre devretmez. İşbirliğinden doğacak sosyal, ekonomik, finansal ve çevresel riskler gibi sorumluluklar taraflarca en uygun şekilde paylaştırılır. Özel sektörün daha iyi kontrol edeceği ve yönetebileceği faaliyetlerin risk ve sorumlulukları özel sektöre devredilmektedir. Özel sektörün kontrol edemeyeceği risk ve sorumlulukların özel sektöre devredilmesi sonucunda idarenin sözleşme maliyetini artırabilecek, ne idare ne de özel sektör yaptığı yatırımların karşılığını alabilecektir. Risk ve sorumlulukların tespit edilip kimin üstleneceğinin belirlenmesindeki amaç belli bir faaliyetin sorumluluğunu, söz konusu faaliyeti en iyi biçimde yerine getirecek olan tarafa devredilmesi ve o faaliyetlerden kaynaklanan kazancın ve zararın faaliyeti üstlenen tarafa ait olmasıdır. İdare, risklerin bir

kısmını özel sektöre devretmesiyle altyapının daha az maliyetle yönetilmesini ve kamu maliyetlerinin azaltmasını amaçlamaktadır. Kamu özel işbirliği projelerindeki sorumlulukların tahsisi projeden projeye farklılık göstermektedir (Sarıs, 2007; Yalçın, 2014). Kamu özel işbirliğinde, işbirliğinin geliştirilmesiyle özel sektör finans gücünü ve tecrübesini işbirliğine yansıtırken, idare ise ek fonlar ve garantilerle sürece dahil olmaktadır. Bu işbirliğinde idarenin esas görevi organizasyonu, koordinasyonu sağlamak ve denetlemektir (Tekin, 2010; Çolak, 2012).

Kamu özel işbirliği kapsamında, özel kuruluşun tek bir türden değil yapılan bir projenin tasarımı, finansmanı, inşası, yenilenmesi, onarımı, bakımı ve sözleşme süresi boyunca işletilmesi gibi karmaşık faaliyetlerden sorumlu olması görevi vardır (Finmin, 2015). Başka deyişle tasarım, inşaat, işletme ve bakımın farklı işlevleri entegre edilmiştir. Kamu özel işbirliği kapsamında yapılan altyapının finansmanını karşılayan özel sektöre, idare sözleşme süresi boyunca ödemeler (kira) yapmaktadır. Sözleşme sonunda altyapı projeleri bedel ödenmeksizin idarenin mülkiyetine geçmektedir (Krishnan, 2014).

Kamu özel işbirliğinde, kamu kurumu, hizmetin kalitesini, miktarını ve hizmetlerin teslim edileceği zaman dilimini tanımlar.

Kamu özel işbirliğinde, özel sektör kuruluşunun inovasyonunu kullanmaya teşvik edilmesi, proje yaşam döngüsü boyunca kaliteli ve uygun maliyetli hizmet sunma esnekliği haizdir (Lee, 2005). Esneklikle kastedilen, idarenin ve özel sektörün maliyette anlaşmaya varmak şartıyla, ihtiyaç halinde hizmet sunma yöntemlerinin bazı yönlerini değiştirebilmeleridir. Zira 15 veya 30 yıllık verilecek hizmetlerde değişiklik yapmanın gerekebileceği doğaldır (Sarıs, 2007).

Kamu özel işbirlikleri, tek başına dışarıdan hizmet alma yöntemi (outsourcing) ve gayrimenkul geliştirme projesi değildir. İşbirliğinin sürekliliği karşılıklı, güvenilir ve uzlaşya yönelik iletişime bağlıdır (Tekin, 2010).

2.1.5. Kamu Özel İşbirliğinin Avantajları

Kamu özel işbirlikleri çatısı altında gerçekleştirilen altyapılarda, tesislerin yapımı bir kaç yıl sürmektedir. Geleneksel yollarla yapılması durumunda çok uzun zaman alabilecek altyapılar, işbirliği sayesinde daha hızlı ve kısa bir zaman içerisinde inşa edilmesi olanaklı hale gelebilmektedir. Özel sektör, özel kaynaklara erişim sağlayarak, yıllarca geciktirebilecek veya hiç yapılmayacak olan projelerinin inşasını hızlandırabilmektedir (Munya, 2010).

Kamu özel işbirliğinin en önemli avantajları, projenin zamanında teslim edilmesi ve paranın kamu bütçesinden çıkmamasıdır. Uygun şekilde oluşturulmuş kamu özel işbirlikleri geleneksel satın alma yaklaşımına kıyasla harcanan paranın değerini/karşılığını artırabilir.

Kamu özel işbirliğinde riskin, özel sektöre devri söz konusu olmaktadır. Geleneksel olarak yapılacak bir tesisin tasarımı, inşası, finansmanı, işletilmesi, bakımı ve onarımı tamamı kamu sektörü tarafından karşılanmasının yanında ortaya çıkabilecek tüm riskleri de kamu tek başına üstlenmektedir. Bu özellikle devlet kurumunun projenin %100'ünü finanse ettiği gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmaktadır. Bu durum son 30 yıldır değişime uğramaktadır. Kaynak sıkıntısı çeken ülkeler, KÖİ modeli ile proje riskinin önemli bir kısmını özel sektöre devretmesiyle kamunun yükünü hafifletmiştir. Kamu veya özel sektörlerde, riskleri en iyi yönetebilen taraflara proje risklerinin uygun bir şekilde tahsis edilmesi, kamu sektörünün aynı anda çok sayıda projeyi yönetme yeteneği artırabilir (Munya, 2010).

KÖİ altyapı hizmetlerini daha etkili ve düşük maliyetli gerçekleştirebilir. KÖİ kamu sektörünün bütçesini korur özellikle kamu açıklarını azaltabilir. İngiltere Ulusal Denetim Bürosu tarafından yapılan bir araştırma geleneksel olarak satın alınan tüm projelerin %70'inin geç teslim edildiği ve başlangıçta belirtilen bütçenin maliyetini %73 aştığı, kamu özel işbirliği ile yapılan projelerinde ise, projelerin %22'nin geç teslim edildiği ve %24'ünün de ayrılan bütçenin maliyetini aştığını göstermiştir. Bu tür farkın nedeninin arkasında yer alan sebep, KÖİ de sorumluluğun ve hesap verilebilirliğin doğrultusunda aktarılan risklerin, özel sektörün en verimli şekilde faaliyet göstermesini teşvik etmesidir. Bu durumda birbirleriyle işbirliği yapan kamu ve özel sektör ek sinerji faydaları oluşturur. Özel sektör karmaşık finansal düzenlemeleri ve yüksek teknik, tasarım, inşaat ve yenilikçi becerilerini kullanarak daha verimli bir şekilde yönetir, öte yandan kamu sektörü denetimi ve politik düzenlemeleri kontrol eder. Sonuç olarak hem kamunun hem de özel sektörün liderlik özelliklerinin yansıtıldığı daha yüksek bir değer üretilir (National Audit Office, 2003; Jakutyte, 2012).

Kamu özel işbirliğinde, yatırımların maliyetinin uzun döneme yayma özelliği kamu sektörü için cazip bir avantaj olarak görülmektedir. Kamu sektörünün mevcut borcunu, büyük nakit çıkışlarına hemen maruz kalmak zorunda olmadığından kolaylaştırır. Sonuç olarak, devletin gerçekte hiçbir kamu kaynağı bulunmadığı halde

finanse edilen projeleri özel sektöre yaptırabilmesi söz konusudur. Bu avantaj iki açıdan ele alınabilir. İlki büyük yatırım maliyetleri zamanlara yayılır ve ikincisi özel fonlar devlet için yeni finansman fırsatları olarak kabul edilir (Jakutyte, 2012).

Kamu özel işbirliklerinde, özel ortak kamu sektörünün oluşturabileceğinden daha büyük bir inşaat, emek ve kaynak kapasitesi gerektirir. Başka ifadeyle kamu sektörünün sahip olduğu sınırlı kaynaklar, özel sektörün sahip olduğu kaynaklarla birleşerek bir kapasite genişlemesi söz konusu olur (Köstekçi, 2014).

Yukarıda verilen avantajları tek çatı altında özetlersek, kamu özel işbirlikleri tamamen kamu tarafından ya da tamamen özel sektör tarafından sunulan hizmetten daha iyi altyapı çözümleri sağlarlar. Çünkü her katılımcı en iyi yaptığı görevi üstlenir. Yenilikçi tasarım ve finansman yaklaşımları iki sektör birlikte çalışırken kullanılabilir hale gelir. Proje yürütme riskleri, hükümetten genellikle maliyet deneyimi konusunda daha deneyimli olan özel sektöre devredilir ve böylece risklerin tahsisi ile harcamaların azaltılmasına olanak sağlanır. KÖİ, hükümetin yatırımının verimliliğini artırarak, devlet fonlarının diğer önemli sosyo ekonomik alanlara yönlendirilmesini sağlar. Birçok durumda KÖİ anlaşmaları kapsamında tasarlanan projeler kamu sektörü bilançosu dışında sınıflandırılır. Ayrıca devlet bütçelerini ve bütçe açıklarını azaltır. Yüksek kaliteli standartlar ve verilecek hizmetler, projenin yaşam döngüsü boyunca daha iyi korunur. Çünkü özel sektöre yapılacak ödemeler özel sektörün performansı ile ilişkilidir (Finmin, 2015; Rodriguez, 2018).

2.1.6. Kamu Özel İşbirliğinin Dezavantajları

Bir kamu özel işbirliğinin en önemli avantajı, para için değer yaratılmasıdır. Ancak, paranın değeri de bazı dezavantajlardan oluşmaktadır. KÖİ'ler toplam proje maliyetini azaltma fırsatlarını temsil eder. Bununla birlikte, ihale maliyetleri ve geliştirme maliyetleri genellikle geleneksel satın alımlara göre çok daha yüksektir. Satın alma maliyetlerinin yüksek görünmesinin nedeni KÖİ projelerinin genellikle diğer modellere oranlara benzersiz olması ve 30 yıla kadar harici olayları ve koşulları öngörmek zorunda kalmasıdır. KÖİ sözleşmelerinin müzakere edilmesi ve yönetimi geleneksel inşaat sözleşmelerinden çok daha karmaşıktır, çünkü daha fazla aktör söz konusudur. Bu yüzden daha fazla zaman, çaba, sözleşme formlarının karmaşıklığı ve ek uzmanlar gerektirir.

Kamu özel işbirliğinin dezavantajları şöyle sıralanabilmektedir (Haarhoff, 2008; Provost, 2011; World Bank, 2016):

Özellikle planlama sürecinde kamuya karşı hesap vermeme eksikliği olabilmektedir. Proje, sunumunun KÖİ modelinin bilgiye açık erişimi bozduğu, böylece karar verme veya hesap verme sürecindeki vatandaşlık katılımında hesap verilebilirliği sınırlandıracağı iddia edilmiştir.

Kamu özel işbirliğinde, kamunun özel sektörle risk paylaşımı yapması kamuya fayda sağlayacağı belirtmektedir. Risklerin çoğu özel sektöre aktarılsa da unutulmaması gereken kamuya hizmet vermekten sorumlu olan hükümettir. Nitekim eğer ki özel sektör iflas ederse, sadece kamu oluşacak tüm risklerle tek başına ilgilenmek zorunda kalacaktır. Bu durumda hizmetin aksaklığına sebep verebilecektir. Bu da bize risklerin sözleşmeli olarak özel sektöre aktarılmasına rağmen, uygulamada devletin özel sektörün başarısızlığı durumunda büyük bir kısmını elinde tuttuğunu göstermektedir.

Kamu özel işbirliklerinde temel dezavantajlarından biri, hem kamuya hem de özel sektöre ait olan büyük ihale ve sözleşme maliyetleridir.

Kamu özel işbirlikleri oldukça karmaşıktır. Genellikle, ikiden fazla sektör içerir. Bunlar kamu, özel sektör ve bankacılık sektörleridir. Tüm bu tarafların kendine ait farklı amaçları vardır. Kamu hizmet sunmak ister, özel sektör de kar elde etmek ve geliri en üst düzeye çıkarmak istemektedir. Birleşik bir anlaşma oluşturmak için karmaşık müzakerelere çok fazla zaman ve sermaye yatırımı yapılmalıdır.

Kamu özel işbirliği anlaşmaları, gelecekteki faaliyetleri etkileyebilecek tüm özel olayları öngörme ve değerlendirme imkansızlığı nedeniyle uzun vadeli ve karmaşıktır.

Siyasi istikrarsızlık olması ve şeffaflığın eksikliği kamu özel işbirliği projeleriyle yapılan tesislerin, zaman içerisinde daha fazla maliyetine sebep olabilmektedir.

Kamu özel işbirliği projelerinin uzun vadeli niteliği ile ilgili karmaşıklık göz önünde bulundurulduğunda, proje geliştirme ve olaylar sırasında olası tüm beklenmedik durumları tespit etmek zordur ve sözleşme sırasında taraflarca veya belgelerle beklenmeyen sorunlar ortaya çıkabilir. Tarafların, bu durumları karşılamak için sözleşmeyi yeniden müzakere etmeleri gerekebilmektedir. Bazı projelerin, projenin öngörülen süresinden önce teslim edilmesi, hükümet politikasındaki değişikliklerle veya özel sektörün yükümlülüklerini yerine getirmemesi gibi nedenlerden dolayı başarısız olabilir veya sonlandırılabilir. Bu konuların bir kısmı KÖİ anlaşmasında ele alınacak olsa da bazı projelerin seyri sırasında yönetilmesi zorlaşacaktır.

Sürdürülebilir bir çözüm elde etmek için bir yasal ve düzenleyici çerçeve çok önemlidir. Mevzuat ve yönetmenlikler oluşturulmalıdır. Aksi takdirde oluşacak olumsuz durumlarda taraflar arası karmaşaya sebep verebilecektir.

Kamu özel işbirliği, bazen başarısız durumlarda olabilmektedir. Çünkü program ve yaklaşımları başarılı bir şekilde koordine etmekte zorluk çekilebilir.

Kamu özel işbirliği anlaşmaları şeffaf olması ve projeye ilgili tüm paydaşları dikkate alması durumunda, yukarıdaki zorlukların çoğu hafifletilebilir. Bununla birlikte, KÖİ'lerin geleneksel kamu alımlarında daha iyi bir alternatif olmayabileceği de belirtilmektedir.

2.1.7. Kamu Özel İşbirliğinde Riskler

Birçok kişiye risk kelimesinin ne anlama geldiğini sorsaydınız, muhtemelen birçok farklı cevap alırsınız. Çünkü riskler durumdan duruma değişebilmektedir (Sotic ve Rajic, 2015).

Risk, bir kurumun, şirketin veya organizasyonun önceden belirledikleri amaç ve hedeflerini tehdit eden, belirli olasılıklar dahilinde ortaya çıkacak her türlü durum, koşul yada olayların taşıyacağı zarar potansiyelidir (Kaya, 2015).

Riskten söz edilebilmesi için hem riske maruz kalma hem de belirsizliğin olması gerekmektedir (Holton, 2004). Riski tanımlamanın ilk adımı, hangi sonuçları içermesi gerektiğini belirlemektir (Fischhoff vd., 1984). Her türlü örgüt, çalışma ortamını belirsiz kılan doğal, politik, sosyo-ekonomik ve kültürel etkilerle karşı karşıya kalabilir. Bu belirsizliklerin, kuruluşun amaç ve hedefleri üzerindeki etkisi 'risk' olarak bilinir. Riskin belirlenmesinde şu türden sorular göz önünde bulundurulmalıdır (Risk Management Handbook, 2016).

Ne olabilirdi?

Nasıl olabilir?

Nerede olabilir?

Neden olabilir?

Etki/faktör yaratan ne olabilir?

Bu işbirliğini, programı, ortaklığı ve projeyi kim etkiliyor veya etkileyebilir?

Etkili bir kamu özel işbirliği yukardaki risk belirlemede kullanılan soruları çok iyi hesaplamalıdır. Kamu özel işbirliğindeki risk tahsisi bir KÖİ sözleşmesinin kalbinde yer almaktadır. Uzun vadeli sözleşme için genel koruyucu önlemler veya risk

tahsisinin açık beyanı ile kalıcı bir KÖİ sözleşmesi için sağlam bir temel oluşturulması, özellikle hukuk ülkelerinde kurumsal çerçevenin oluşturulmasında kritik bir konudur. KÖİ sözleşmelerine yönelik idare hukuku yaklaşımı sisteminde, KÖİ sözleşmesine taraf olan kamu otoritesinin, kamu menfaatindeki sözleşmeyi geçersiz kılma veya iptal etme hakkını saklı tuttuğu düşünülmektedir. KÖİ'deki risk tahsisi, taraflar arasında bir işbirliği sözleşmeleri kapsamında kabul edilmelidir. Hükümetin özel bir tarafla sözleşme yapma, sözleşmenin uygulanması ve fesih hakkı ile özel bir ortak sağlama kapasitesinin düzenleyici zorlukları olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, hukuk ülkelerinde yasal ortam özel sektörün kamu karşısında uzun süreli olarak savunmasız kalmasına neden olabilir, çünkü kamu otoritesi kamu yararını korumak için kendi idari gücüne güvenebilir; tek taraflı iptal veya KÖİ sözleşmelerinde değişiklik yapabilir (Kim, 2017).

Risk tahsisi genellikle bir KÖİ düzenlemesinin belirleyici niteliği olarak görülür. Risk aktarımıyla ilgili genel kural, en iyi şekilde yönetilebilen ve en düşük maliyete sahip olan tarafa tahsis edilmesidir. Söz konusu risk kategorileri şöyle tanımlanabilir: politik riskler, tasarım/yapım riskleri, inşaat riskleri, mücbir sebeple meydana gelen riskler, işletme riskleri, ticari riskler, yasal-düzenleyici riskler ve finansal/ekonomik risklerdir. Riskin tahsisi için katı kurallar koyulabilir. Başka deyişle, hangi sektörün hangi kategoriyi, risk kategorisini alacağı, üstlenileceği ve paylaştırılacağıdır (Herpen, 2002).

Ülkelerin kamu özel işbirliğini uygulamaya başlamasıyla, kamu sektörünün başlangıçta özel sektöre mümkün olduğunca fazla risk aktarmaya çalıştığı görülmektedir. Bu durum mantıklı değildir, çünkü özel sektör teklif sahiplerine (kamu sektörüne) gerçekçi olmayan yüksek bir risk primi teklif etme ya da alternatif olarak riski tamamen kabul etmeyi reddetme yoluna gidebilecektir. Taraflar kontrol edemedikleri riski kabul etmek istemeyebileceklerdir. Bu nedenle amaç, risk transferini en üst düzeye çıkarmak değil, optimize etmektir. Kamu özel sektör işbirliğinin özü, ortakların uygun bir risk payı almasıdır. Hem kamu hem de özel sektörler, birbirlerine karşı olası zıt tutumlarından uzaklaşmak, karşılıklı şeffaf ve güvenilir bir ilişki kurmak zorundadırlar. Karşılaşmadan ziyade bir işbirliği atmosferi sağlamak çok önemlidir. Bunu başarmak için mantıklı uyuşmazlık çözüm prosedürleri üretebilmeli, özellikle sözleşme döneminin ilk aşamalarında, hizmet sunumunun küçük başarısızlıklarıyla uğraşmaya yönelik esnek bir tutum olabileceği için birbirlerine yardımcı olabilmelidirler. Bu daha olumlu bir ilişki

kurulmasına yardımcı olacaktır. Amaç, ilgili herkes için bir kazan-kazan senaryosu oluşturmaktır (Harris, 2004).

KÖİ riskleri, projenin uygulandığı ülkeye, projenin niteliğine ve ilgili varlıklara ve hizmetlere bağlı olarak değişmektedir. Bununla birlikte, birçok KÖİ projesi için belirli riskler yaygındır. KÖİ sözleşmeleri altında yapılan projelerde olası tüm riskler çok önemli olmasına rağmen, en kritik risk kategorileri politik riskler, inşaat riskleri, ekonomik veya finansal riskler ve mücbir sebeple meydana gelen risklerdir.

Politik Riskler: En önemli ve en riskli risk türlerinden biri politiktir. Bir ülkede yatırımcıları, yatırım yaptığı ülkede meydana gelen ve yatırımcıyı olumsuz bir şekilde etkileyebilecek kamu politikalarındaki köklü değişimlerin olması veya devrim, ayaklanma, savaş, iç savaş, askeri kanadın siyasete müdahalesi(darbe) gibi toplumsal olayların ortaya çıkmasıdır (Kaya vd., 2014). Ayrıca, siyasi hareketler sonucunda oluşan kısıtlamalar ve yatırımcının sahip olduğu varlıklar üzerinde kamulaştırma gibi olumsuz durumlarda söz konusudur (Tuiç Akademi, 2014). Bu riskler, KÖİ proje hedeflerine yönelik belirsizlikler oluşturabilir. Bu riskler, öngörülemeyen olası sonuçları nedeniyle risk ve kriz yönetimi için en kritikler arasındadır (Martinelli, 2014). KÖİ'lerin başarısı, istikrarlı yasal ve politik çevrelere bağımlıdır (Tiong vd., 2007).

İnşaat Riskleri: Bu riskler, inşaat aşamasındaki tasarım kaynaklı, işgücü kaynaklı, donanım ve malzeme kaynaklı, dış çevre kaynaklı, yönetsel yapı kaynaklı, alt işveren kaynaklı, maliyetlerle ilgili gecikmelerin sebep olduğu problemlerle alakalı olan risklerdir. Örneğin, malzemelerde beklenmeyen fiyat artışları, kötü işçilikte doğan örtülü eksik ve hatalar, taahhüt edilen tasarımın ve inşaatın zamanında sonuçlanamaması, yasal grev ve iş durdurma, ülke ekonomisinde meydana gelen enflasyon hareketlerinin fiyatlara yansması, keşif işlemleri sırasında yapılan hatalar (zemin koşullarında meydana gelen değişimler) gibi inşaat sürecinde kalite, maliyet ve zaman ekseninde karşılaşılabilecek potansiyel riskler özel sektör tarafından üstlenilir (Uğur, 2006; Genç vd., 2018).

Ekonomik/Finansal Riskler: Bu riskler, fiyat dalgalanmasının neden olduğu nakit akışlarındaki değişiklikler, hizmet talebindeki değişiklikler ve ekonomik koşullardaki değişimler ile ilgilidir. Kısacası, piyasadaki dalgalanmalar sebebiyle yatırımcının zarar görmesine sebep olabilecek risklerdir (Ceylan, 2014). Faiz

oranlarındaki, döviz kurlarındaki ya da enflasyondaki değişimler KÖİ proje sonuçlarını olumsuz olarak etkileyebilir.

Doğal afetler (deprem, sel, fırtına vb.) veya savaş halinde ortaya çıkan kaos gibi tarafların kontrolü dışındaki harici olayların projeyi etkilemesi riski mücbir sebeple meydana gelen risklerdir.

Kısaca riskleri özetlemek gerekirse; politik risklerle kastedilen devletin KÖİ'ye verdiği garanti politikası, yasal politikalardaki değişiklikler, finansman riskleriyle kastedilen faiz ödemeleri ve kredi ödemelerindeki ihmaller, yapım ve işletme esnasında yüksek enflasyon, ekonomik politikalarda ve faiz oranlarında değişimler, yapım riskleriyle kastedilen tesis projesinin yapımındaki hatalar, arazi etütlerinin yeterli yapılmaması, önceden tahmin edilemeyen fiziksel şartlar, elverişsiz hava durumu, yapım süresinin uzaması, işletme riskiyle kastedilen; çalışanların ve yönetim arasında istenmeyen çekişmeler, işletme sistemlerinin bozulması, ticari risklerle kastedilen; yapım ve işletme maliyet tahminlerinin yanlış yapılması, sistemden yararlanacak kişi sayısının hatalı hesaplanması gibi riskler sayılabilir (Ünal, 1996).

Yukarıda sayılan riskler neticesinde, KÖİ'ler proje özelliklerine bağlı olarak en iyi alternatif olabilir ve ya olmayabilir de. KÖİ'ler sihirli bir formül değildir (Sarıs, 2015). Bu tip projeleri uygulamış olan ülkelerden dersler alarak ve onların tecrübelerini kullanarak en iyi bir şekilde tesis etmek gerekmektedir. KÖİ projelerinin başarılı olmasında en önemli faktör ülkede uyumlu bir politikaların mevcut olmasıdır. Ülkemizde hükümetlerin değişmesiyle politikalarda sürdürülebilir bir özellik taşıyamamaktadır. Bugün KÖİ'lere sıcak bakan bir politika varken yarın tümüyle farklı bir politika uygulayan hükümet başa gelebilmektedir (Ünal, 1996).

2.1.8. Kamu Özel İşbirliği ve Özelleştirme

Özelleştirme 1980'li yıllardan sonraki dönemlerde yeni dünya düzeninin gerektirdiği reformlardan biri olmuştur. Dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde serbest piyasa ekonomisindeki gelişmeler kamu sektörünün yeniden yapılanmasının zorunluluğunu getirmiştir. Özelleştirme kavramının tanımında literatürde kabul edilen iki yaklaşım vardır. Bu yaklaşımlar, dar ve geniş anlamda özelleştirme tanımlarıdır. Özelleştirme dar anlamıyla mülkiyeti ve yönetimi kamuya ait olan iktisadi üretim birimlerinin özel sektöre devrilmesi olarak tanımlanmıştır. Fakat özelleştirmenin dar anlamlı kavramının yerine geniş kavramının ele alınması daha uygundur. Özelleştirmeyi

geniş anlamda tanımlarsak eğer, devletin ekonomik alandaki düzenleme ve kontrollerin azaltılması (Tandırcıoğlu, 2002), milli ekonomi içinde devlet faaliyetlerinin ve etkinliğinin en aza indirilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması (Güngör, 2012), ve ekonomik aktivitelerde kamu sektörünün payını azaltan her türlü süreç olarak tanımlanabilmektedir (DPT, 2000). Ayrıca özelleştirmede, sadece mülkiyet devrinin özel sektöre geçişi söz konusu olmamakla birlikte, kamu sektörünün ekonomideki payını azaltan her türlü girişimde özelleştirme olduğu söz konusudur (Ketenci, 2014).

Özelleştirme mülkiyetin, kamu mülkiyetinden özel mülkiyete devretme sürecidir. Hükümetlerin sunacağı hizmetlerin ve etkinliklerin yönetimini özel sektöre devretmesidir. Özelleştirme kısmi olarak veya bütünüyle olabilmektedir. Son zamanlarda yaşanan özelleştirmelerle hükümetler, altyapı iyileştirme projeleri ile ilgili hizmetlerini yerine getirmek için özel sektörleri de dâhil etmişlerdir. Hükümetler böylece özel sektörün bu ihtiyaçları devletten daha iyi karşılayabileceğini düşünmüşlerdir. Özelleştirme nedenleri arasında maliyeti azaltma, kamu mal ve hizmetlerin özel sektöre devrederek risk transferin yapılması, yüksek kaliteli hizmetin verilmesi, daha büyük uzmanlık ihtiyacın duyulması ve özel sektörün değişen dış çevre koşullarına karşı esnek bir yapıya sahip olması gibi nedenler sayılabilir (Parke ve Schoenberg, 2006).

Özelleştirmeler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için yapısal reform programlarının önemli bir bileşeni olmuştur. Yapılan reformlarla ulaşmak istenen amaç, daha yüksek verimlilik, ekonomik büyümeyi desteklemek, gereksiz sübvansiyonların ortadan kaldırılması ve kamu sektörün borçlanma gereksinimlerinin azaltılmasıdır. Özelleştirmeler hem tekeli hem de rekabetçi sektörlerde kaliteyi, verimliliği ve karlılığı artırmaktadır (Calva ve Sheshinski, 2003).

1980’lerde geleneksel kamu yönetiminden yeni kamu yönetimine geçiş, hükümetlerin yükünü azaltmayı ve özel sektörde büyümeyi teşvik etmeyi amaçlayan kademeli ve büyük çaplı özelleştirme çalışmaları ekonomik gelişmelere öncülük etmiştir. Fakat çeşitli ülkelerde farklı özelleştirme projelerinin sonuçları başarılı ya da başarısız olmuştur. Projelerinin verimliliğini artırmak ve başarısızlık risklerinin azaltılması için hükümet ve özel sektör arasında yeni bir yük paylaşımı olan kamu özel işbirliği, özelleştirmenin yapıldığı ülkelerde uygulanıp hayata geçirilmiştir (Ujang, 2016).

Kamu özel işbirlikleri özelleştirmelerden farklıdır. KÖİ’ler kamu sektörü ile özel sektör arasındaki uzun vadeli bir sözleşme aracılığıyla yönetilmesi olarak tanımlanırken,

özelleştirmeler kamu hizmetinin veya tesislerin özel sektöre satılmasını kapsamaktadır. Genel olarak bir KÖİ özelleştirme değildir. Aynı zamanda kısmi özelleştirme olarak da tanımlanamaz. Özelleştirme bir hizmetin, faaliyetinin tamamının ya da bir kısmının devletten özel sektöre devredilmesi ayrıca yönetim süreci de olarak tanımlanmaktadır. Özelleştirme, dış kaynak kullanımı, franchise, şirketleşme, yatırım ve uzun vadeli kiralama vb. biçimde olabilmektedir. KÖİ ve özelleştirme arasındaki kilit fark, hizmet sorumluluğunun tamamen özelde olması ve finansın tamamen özel sektör tarafından karşılanmasıdır. Öte yandan KÖİ de hizmetlerin sunulmasında özel sektörün yanında kamunun da sorumluluğu vardır. Mülkiyet söz konusu olduğunda mülkiyetle ilgili fayda ve maliyetler özel sektöre aitken, KÖİ de ise mülkiyet kamu sektörü tarafından yasal sahiplik olarak sürdürülür. Özelleştirmede işin doğasında var olan tüm riskler özel sektör üzerinde kalırken, KÖİ kapsamında riskler ve maliyetler devlet ve özel sektör arasında paylaşılmaktadır (Thepoint, 2017).

KÖİ formatı altında hükümetin düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi, özel sektöründe hizmetin veya tesisin finansörü, kurucusu ve operatör gibi roller üstlenmektedir. KÖİ'lerle, hem kamu hem de özel sektörün becerilerini, uzmanlıklarını ve deneyimlerini müşterilere veya vatandaşlara daha yüksek standartlarda hizmet sunmak için birleştirmeyi amaçlarlar. Nitekim sekizinci beş yıllık kalkınma planında 'Devletin özelleştirme yoluyla üretim alanından çekilerek asıl işlevine ağırlık vermesi ve rekabetçi piyasa düzenini sağlama işlevini dünyadaki dönüşümü dikkate alarak yerine getirmesi için gerekli düzenlemeler sürdürülecektir' ifadesi yer almakta ve devletin geri planda yer alacağı belirtilmektedir (DPT, 2000).

Kamu altyapısı ve kamu hizmetleri geleneksel olarak devletler tarafından sunulmaktadır. Devletler nakit sıkışıklığında, büyük altyapı gereksinimlerini karşılamak için özel sektörle işbirliğini alternatif bir yol olarak görmektedir. Bu strateji, hizmet sunumunda, inovasyonda, özel sermaye erişiminde, maliyet tasarrufunda vb. gibi önemli faydalar sağlamaktadır. Kamu mallarının ve hizmetlerin sunumunda özel sektörün katılımı kamu özel sektör işbirliğini özelleştirmeye benzetilse de bu iki kavram çeşitli farklılıklar göstermektedir. Kamuya ait altyapı varlığının veya tesisin mülkiyeti ile ilgili herhangi bir projede tesis özelleştirildiğinde mülkiyet (sahiplik), yönetim, kontrol, risk, maliyet gibi unsurlar özel sektöre aittir. Özelleştirmede ki amaç sorumlulukları özel

sektöre kaydırmaktır. Fakat aynı durum KÖİ için geçerli değildir. Bu unsurlar kamu ve özel sektör tarafları arasında paylaştırılır (Austria, 2013).

Özelleştirme uygulamalarında özel sektöre ait kuruluşların kaliteli ve daha az maliyetli mal ve hizmet ürettikleri ve bunun kamuda daralmaya yol açtığı belirtilirken, KÖİ modellerinde ise rekabet yerine işbirliği ve riskin paylaşımı söz konusu olduğu belirtilmektedir (Güzelsarı, 2009).

Tablo 1. Özelleştirme ve Kamu Özel Sektör İşbirliği Arasındaki Temel Farklılıklar (Küçük, 2017)

Özelleştirme	Kamu Özel İşbirliği
1-Belirli rollerin ve sorumlulukların hükümetten özel sektöre devredilmesi(kamu hizmetten tamamen çekilir).	1-Bir ya da daha fazla yüklenici ile hükümet arasında kamu altyapı projelerinde rollerin ve sorumlulukların paylaşılması(Kamu hizmetten tamamen ayrılmaz)
2- Yapılan mülkiyet süresiz olarak özel sektörde kalmaktadır.	2- Hükümetle özel sektör arasındaki altyapı projeleri, anlaşmaya bağlı olarak 25 ile 99 yıl süreliğini içerebilir. Sözleşme sonunda söz konusu projeler kamuya devredilmektedir. Gerekli olursa bu süre uzatılabilmektedir.
3. Riskler, maliyetler, getiriler tamamen özel sektör tarafından sahiplenilir.	3-Risler, maliyetler, getiriler kamu ve özel sektör arasında paylaştırılır. Bu unsurlar özel sektör tarafından, kamuya göre daha fazla sorumluluk taşır.
4. Hazine ve müşteri garantisi yoktur.	4.Hazine ve müşteri garantisi vardır.

Kamu sektörünün aynı alanda faaliyet gösteren özel sektör kuruluşlarına göre daha az etkin oldukları ve bunun nedenleri arasında kamu sektörünün tek bir amaca yoğunlaşmayıp çok yönlü amacının olduğu, piyasa yapısı, mülkiyet şekli, kamu sektörünün yönetimindeki yetersiz teşvikler, politik çıkar ilişkileri ve zayıf rekabet koşulları arasında işleyen bürokratik yapı bazı temel nedenler arasında sıralanabilmektedir (Kara ve Kök, 2011). Dünyada İlk özelleştirme girişimleri Şili’de 1970’li yılların sonlarında başlamış ve 1979’da İngiltere’de Thatcher Hükümetinin

göreve gelmesiyle sanayileşmiş ve sanayileşmekte olan ülkelerde hız kazanarak uygulanmıştır. Daha sonraki yıllarda da dünyanın çeşitli yerlerinde (Arjantin, Brezilya, Fransa, Meksika, İspanya gibi) özelleştirmeler hız kazanmış ve ihtiyaçları karşılayacak yeterli kaynağın olmaması sebebiyle devlet kamu ve özel sektör birlikte hareket etme zorunda kalmıştır (Su, 2017). Kamu özel işbirliği ve özelleştirme arasındaki farklar daha net anlaşılması için tablo (Tablo 1) halinde verilmiştir.

2.1.9. Kamu Özel İşbirliği ve İmtiyaz Usulü

Kamu imtiyazı en geniş tanımıyla, idarenin bir özel kişisi ile gerçekleştirdiği sözleşme neticesinde, bir kamu hizmetinin kurulmasını ve belirli bir süre zamanında işletilmesini, karşılığında bu hizmetten yararlanan bireylerden ücret veya bedel alması, kar, zarar ve masrafları imtiyazcıya ait olmak üzere, idarenin kendi sorumluluğu ve denetimi altında sağladığı bir yönetim usulüdür. Kamu imtiyazı usulünde idareye imtiyaz veren ve hizmeti veren özel kişiye ise imtiyazcı veya imtiyaz alan/ sahibi adı verilir (Beydoğan, 2011). Genellikle kamu hizmetlerinin idare tarafından yerine getirilmesi beklenmektedir. İhtiyaçlar karşısında kamunun işinin çokluğu veya kaynak bulmasındaki zorlukları sebebiyle zamanla bu usüldeki sözleşmelerin yapılması ve kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi olanaklı hale gelmektedir (Yücel, 2005).

Hukuk düzeninde bir özelleştirme olarak da kabul edilen imtiyaz sözleşmelerinin hakkında ilk genel yasa düzenlenmesi olan 1910 tarihli Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun çıkartılmıştır. Böylece imtiyaz yöntemi ve sözleşmesi yasal bir düzenlemeye kavuşturulmuştur. İlgili kanunun ilk maddesine dayanarak idare adına imtiyaz verme yetkisi Bakanlar Kuruluna aittir. İmtiyazlar, Bakanlar Kurulu kararı ile ancak Türk Anonim şirketi statüsündeki kuruluşlarla yapılır (Dursun, 2016). Ayrıca 3 Temmuz 2005 tarihli 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 15.maddesine dayanarak, belediyeler atık sular, katı atıklar, su tedariki ve toplu taşıma ile ilgili hizmetleri, danıştayın görüşü ve İçişleri Bakanlığının kararı ile 49 yılı geçmemek şartıyla imtiyaz yoluyla devredebilir (Yıldız, 2014).

İmtiyaz usulü sözleşmeler idari sözleşme olarak kabul edilmektedir. Ortaya çıkacak uyuşmazlıklar idari yargıda görülür. Dolayısıyla imtiyaz sözleşmeleri özel hukuka tabi değildir. Hizmetin işletilmesi, kar ve zararı imtiyazcıya aittir. Hizmetten yararlananlardan bir tarife üzerinden elde edilen gelir, hizmetin finansmanını sağlar. Hizmeti gerçekleştirmek için gerekli olan sermaye imtiyazcının kendi sermayesidir

(Çevik vd., 2017). İmtiyaz sözleşmesi, kamu hizmeti kurulması veya belli bir süre işletilmesinin devredilmesiyle ilgili yapılan bir sözleşmedir (Kahreman, 2014).

Osmanlı Dönemi'nde gerçekleştirilmiş olan posta, telgraf, telefon hizmetleri, fener hizmetleri, liman ve rıhtım hizmetleri, tramvay ve tünel hizmetleri, elektrik, gaz, su vb. hizmetler imtiyaz anlaşmalarına örnek olarak verilebilir (Tan, 1968).

Kamu imtiyaz usulü ile kamu özel işbirliği uygulamalarında bazı farklılıklar mevcuttur. Kamu özel ortaklığında özel sektöre devlet her yıl kira öderken, başka deyişle idare sözleşmeciye belirli ödemeler yapmaktayken, kamu imtiyazında ise imtiyazcı, hizmetten yararlananlardan gelir elde etmektedir. Kamu özel işbirliğinde idare, sözleşme sonunda özel sektörün işlettiği tesisleri hiç bir bedel ödmeden mülkiyet hakkına sahip olmaktadır. Kamu imtiyaz sözleşmelerinde ise imtiyazı alan özel sektörün işlettiği tesisler satın alma veya kamulaştırma yoluyla kamu sektörüne devredebilmektedir (Gürkan, 2013).

Kamu hizmeti imtiyazları ile kamu özel işbirliği modellerinin arasındaki farklılıklar daha net anlaşılması için tablo aşağıda verilmiştir (Küçük, 2017).

Tablo 2. Kamu İmtiyaz sözleşmeleri ile Kamu Özel İşbirliği Arasındaki Farklılıklar (Küçük, 2017).

Kamu İmtiyaz Sözleşmeleri	Kamu Özel İşbirliği
Kar, zarar imtiyazlıya aittir.	Kar, zarar kamu ile özel sektör arasında dağıtılır
Bu sözleşmeler idari sözleşmelerdir.	KÖİ’de ki sözleşmeler özel hukuk sözleşmeleridir.
İmtiyaz sözleşmelerinde risk paylaşımı yoktur, tüm riskleri imtiyazlı üstlenmektedir	Riskler kamu ve özel sektör arasında paylaşılır.
Sözleşmeler Türk Anonim Şirketleri ile yapılır (Tüzel veya Gerçek kişilerce)	Herhangi bir ortak girişim, sermaye grubu veya yabancı sektörlerle yapılabilir.
Çıkan uyuşmazlıklar idari yargıda görülür	Uyuşmazlık çıkması halinde adli yargıda görülür
Müşteri geliri ile finansman sağlanır	Kamunun, özel sektöre verdiği kira ile finansman sağlanır(Ayrıca ticari alanların işletilmesinde de elde edilen gelirler)
İmtiyazcı verilen hizmeti sunmada bizzat sorumludur	Kamu özel işbirliğinde ihaleyi alan şirket söz konusu hizmetleri bir alt işverene devredebilir
1982 T.C. Anayasasına göre Danıştay 2 ay içerisinde görüşbildirir	Danıştay’a sunma ve onun görüşünü alma kapsam dışında tutulabilir.

2.1.10. Kamu Özel İşbirliği Modelleri

Ülkelerin kamu özel işbirlikleri ile ilgili deneyimi ciddi bir şekilde 1980’lerden sonra başladı. Başta İngiltere olmak üzere diğer ülkelerde de kullanılmaya başlanmıştır. Kamu özel işbirlikleri, hemen hemen tüm dünyada altyapı oluşturma çabalarının önemli bir unsuru olduğundan, sektörde büyük bir yatırım gereksinimi vardır. Ülkeler altyapıyı genişletmek için milyarlarca dolar harcamayı hedeflemektedirler. Fakat geleneksel finans yönteminden bakılırsa, hükümetlerin bütçesi söz konusu altyapı yatırımlarını karşılamak için yeterli değildir.

Kamu özel işbirliği terimi, belirli bir anlam taşır. İlk olarak, kamu hizmetleriyle veya kamu altyapısının sağlanmasıyla ilgilidir. İkincisi, ortaklar arasındaki risk transferini gerektirir. Bu nedenle ülkeler, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirecek altyapı oluşturma yöntemini güçlendirmek için çeşitli çabalar harcamaktadırlar.

Kamu ve özel sektör arasındaki müzakereler ve pazarlıklar sonucu hayata geçirilecek projenin detayları hakkında anlaşmalar sağlanmaktadır. Anlaşmalardaki içerikler ve uygulanacak modeller ülkeden ülkeye veya projeden projeye değişiklik gösterebilir.

KÖİ özellikle, kamu altyapıların gerçekleştirilmesinde finans, teknoloji ve yönetim yoluyla özel sektör katılımını gerektirir. Bundan dolayı KÖİ'nin farklı projelere uygulama modelleri başlatılmıştır.

Bu modeller, özel sektörde yatırım düzeyi, mülkiyet kontrolü, risk paylaşımı, teknik işbirliği, proje süresi, finansman modu, vergi muafiyeti, nakit akışı yönetimi vb. konularda farklı şartlar altında faaliyet göstermektedir (Jose, 2016).

Söz konusu modeller;

Yap Devret (Build and Transfer),

Tasarla Yap (Design Build),

Anahtar Teslim (Turnkey),

Yap Sahip Ol İşlet (Build Own Operate),

Kirala Yap İşlet (Lease Build Operate),

Yap İşlet Sahip Ol Devret (Build Operate Own Transfer),

Yap İşlet Kirala Devret (Build Operate Lease Transfer),

Yap İşlet Paylaş Devret (Build Operate Share Transfer),

Yap Kirala İşlet Devret (Build Lease Operate Transfer),

Yap Sahip Ol İşlet Devret (Build Own Operate Transfer),

Yap Sahip ol İşlet Paylaş Devret (Build Own Operate Share Transfer),

Rehabilite Et İşlet Devret (Rehabilitate Operate Transfer),

Tasarla Yap Finanse Et İşlet Devret (Design Build Finance Operate Transfer),

Yap İşlet Devret (Build Operate Transfer),

Satın Al Yap İşlet (Buy Build Operate),

Yap Kirala Devret (Build Lease Transfer),

Tasarım Yap İşlet Devret (Design Build Operate Transfer) vb. gibidir.

Bununla birlikte, özel sektör yatırımlarını teşvik etme ihtiyacına ilişkin olarak kamu kurumları ve özel sektör arasında sıklıkla listelenenlerden daha fazla potansiyel işbirliği türü vardır. Bu nedenle tezimizde en çok kullanılan modellere yer verilecektir.

Yukarıda sayılan KÖİ modellerini esas olarak farklı kılan unsurlar; özel sektöre hangi risklerin transfer edileceği, her bir tarafın yatırımı, varlıkların kontrolü ve mülkiyetin sahipliği arasında değişiklik göstermektedir.

Genellikle özel sektör tarafından finans, yatırım ve riskin çoğu üstlenilmekte, hükümet tarafından da denetim ve politik düzenlemeler yapılmaktadır. Tabiki

unutulmaması gereken bir özellikte KÖİ projelerinde, bir tür hükümet mali desteği olmadan özel sektörün ilgilenmeyeceğidir (PPIAF, 2009).

Yap İşlet (Build Operate): Mülkiyeti özel sektöre/kişiye ait olmak üzere kamusal hizmetin kurulmasını, işletilmesini ve işletme esnasından üretilen mal ve hizmetlerin devlet tarafından alınmasını düzenleyen bir model çeşididir (Keşli, 2009). Özel sektörün bu model çerçevesinde yaptığı tesislerde mülkiyetin devretme yükümlülüğü yoktur, özel sektör kendi sahipliğine yapar ve işletir (Yıldırım, 2017).

Tasarla Yap (Design Build): Tasarım ve yapım hizmetleri sağlamak için proje sahibi ile tek bir sözleşme altında çalışıldığı bir proje teslim modelidir. Projenin tasarlanıp, tasarlanan projenin de inşa edilip tek bir yüklenici ile anlaşarak yaptırılmasına dayanılır (DBIA, 2016). Yüklenici, bir yapının her yönüyle ilgili tek kaynak sorumluluğu ve sözleşme riski taşır (ön yapımdan mimariye, mühendislik, taşeronluk, inşaat ve inşaat sonrası aşamalarına kadar). Kamu, sözleşme öncesinde anlaşılan sabit finansmanı sağlamaktadır. Tasarımdan kaynaklanan hatalarda yüklenici masrafları tek başına karşılamaktadır. Bu yüzden yüklenicinin çok iyi hazırlanmış tasarım planlamasına gereksinimi vardır (Korte Company, 2018). Tesis tasarımı ve inşası bittikten sonra kamu mülkiyet sahibi olur ve tesisin işletilmesinden de kamu sorumlu olmaktadır.

Yap Sahip Ol İşlet Devret (Build Own Operate Transfer): Özel sektörün söz konusu bir sözleşmede belirtilen tesisin finansmanını, tasarlanmasını, yapılmasını ve işletilmesi gibi faaliyetlerinin üstlenilmesine dayanan bir proje finansmanı modelidir (Rouse, 2009). Bu yapı, yap-işlet-devret (BOT) yapısına çok benzemektedir. BOOT yapısı genellikle otoyol ve limanların geliştirilmesi, elektrik santralleri, su arıtma tesisleri ve kanalizasyon tesisleri inşa etmek için kullanılır. Bir BOOT sözleşmesi kapsamında, özel bir kuruluş, karmaşık bir altyapı projesi gibi büyük bir projeyi tamamlamayı taahhüt eder. Kamu sektörü ortağı tarafından özel sektöre tesisi finanse etmesi ve inşa etmesi için bir imtiyaz vermektedir. Özel sektöre, belirli bir süre için projeye sahip olma, bakımını yapma ve kullanma hakkı verilir. Özel sektör tesisi kullananlardan ücret almaktadır. Kamu ortağı sınırlı fonlama veya diğer faydalar sağlayabilir (vergi almama yada sübvansiyon gibi) ancak özel kuruluş risklerin çoğunu kabul eder (Bashiri vd., 2011). Sözleşme süresi sona erdikten sonra (genellikle 15-25 yıl) tesis herhangi bir bedel ödenmeksizin kamuya geçmektedir.

Yap Sahip Ol İşlet (Build Own Operate): Özel sektör bir tesis kurar, işletir ve sahip olur. Ürün veya hizmetini kullanıcılarına satar. Hükümet bu projeye doğrudan finansman sağlamamakla birlikte bir takım mali teşvik verebilmektedir. Özel sektör tesise sahip olur ve bağımsız olarak işletir (ESCAP, 2008). Bu modele alternatif olarak daha çok yap kirala devret modeli tercih edilmektedir (Keşli, 2009).

Yap İşlet Devret (Build Operate Transfer): Yap İşlet Devret sözleşmesi kapsamında hükümet, özel sektöre bir tesisin finanse edilmesi, inşa edilmesi, tasarlanması ve işletilmesi için imtiyazlar vermektedir. Özel sektör projenin gerçekleştirilmesi için sermaye ve krediler yoluyla gerekli finansmanı düzenler. YİD finansmanını özel sektör üstlenir ve bu nedenle kamu sektörü belirli riskler dışında doğrudan maliyet riski taşımamaktadır (Akbiyikli ve Eaton, 2003). Yap İşlet Devret adı altında yapılan tesisler ileri derecede teknolojilerin gerçekleştirildiği ve sermaye yoğun olan projelerdir. Özel sektör sözleşmede belirtilen süre zarfında (normalde 10-50 yıl boyunca) tesis mülkiyetini elinde bulundurur. Özel sektör tesisi kullananlardan ücret alır veya kamu sektörüne ürettiği mal ve hizmeti satar, belirli kar elde ettikten sonra tesis mülkiyetini kamu sektörüne devreder. Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, Endonezya, Malezya, Singapur, Hindistan, Kanada ve Birleşik Krallık gibi ülkelerdeki YİD projeleri sıklıkla kullanılmaktadır (Lekan vd., 2013). Özel sektör kamunun kaynağının yetmediği demiryolu, havalimanı, enerji santrali, su tedarik tesisleri, liman gibi altyapı tesislerinin geliştirilmesine katılması konusunda büyük ölçekli altyapı projelerinin, hükümet üzerindeki finansal sıkıntı ile yapamadıklarını gerçekleştirmesine yardımcı olacaktır. Böylelikle devletlerde ekonomik aktiviteyi canlandırabilme amacına ulaşabilecektir (Jad, 2005).

Devletlerin YİD kullanmasının nedenleri arasında, YİD aracılığıyla özel sektörün faaliyetlerinden ve yaratıcılığından yararlanmak, altyapı yetersizliğini ile ilgili her türlü problemi çözmek, devletlerin finansman sıkıntısı ve yatırım yeteneğinin zayıflaması durumunda YİD yoluyla sermaye sıkıntısı sorununu çözmeye çalışması sayılabilir. Ayrıca devletlerin YİD kullanmasının başka nedeni de özel sektör tarafından yapılan kamu altyapısının bedelsiz olarak YİD aracılığıyla kamu sektörü mülkiyetine geçmesidir. YİD stratejinin başarılı uygulanması için güvenilir ve etkin bir idari çerçeve sağlanmalıdır. Tüm paydaşlar, tesis projesinin başlangıcından bitişine kadar yasal ve düzenleyici yelpaze içerisinde önemli bir hazırlık sürecinden geçmelidirler (Lema, 2000).

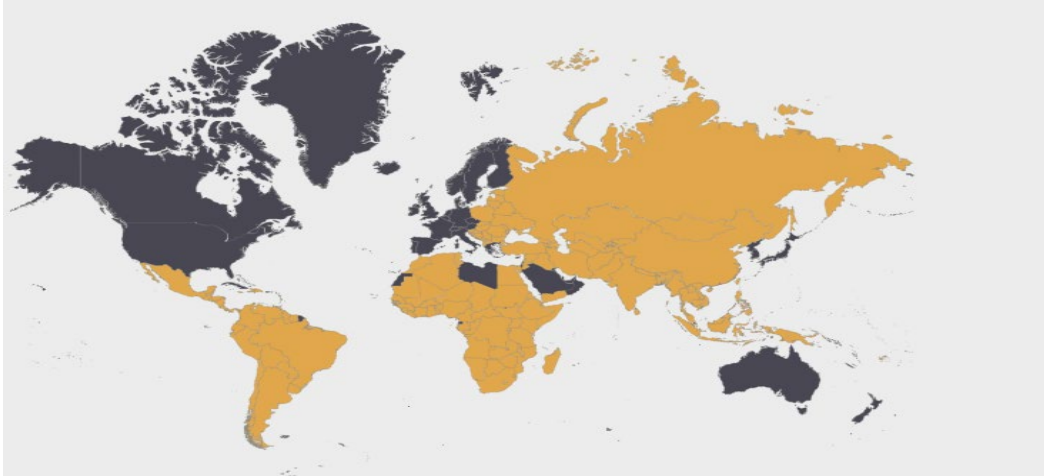
Yap Kirala Devret (Build Lease Transfer): Özel sektörün kamu arazileri üzerinde tüm altyapı tesisini tasarladığı, finanse ettiği, inşaatı yaptığı ve işlettiği bir KÖİ finans modelidir (UNECE, 2008).

Özel sektör kiralama süresi boyunca tesisi işletir ve daha sonra tesisin mülkiyetini bedelsiz ve en iyi şartlarda kamuya devreder. Bu modelin amacı projeye ait tüm finansman yükünü kamu kuruluşundan kaldırmak ve bunu özel sektöre yaptırmaktır. Böylelikle proje finansmanı riski de özel sektörde kalmaktadır. Altyapı projeleri özel sektör tarafından yapılmaktadır ve sonra kamu idaresi tarafından kiralanır (Keşli, 2009).

2.1.11. Dünya’da Kamu Özel İşbirliği

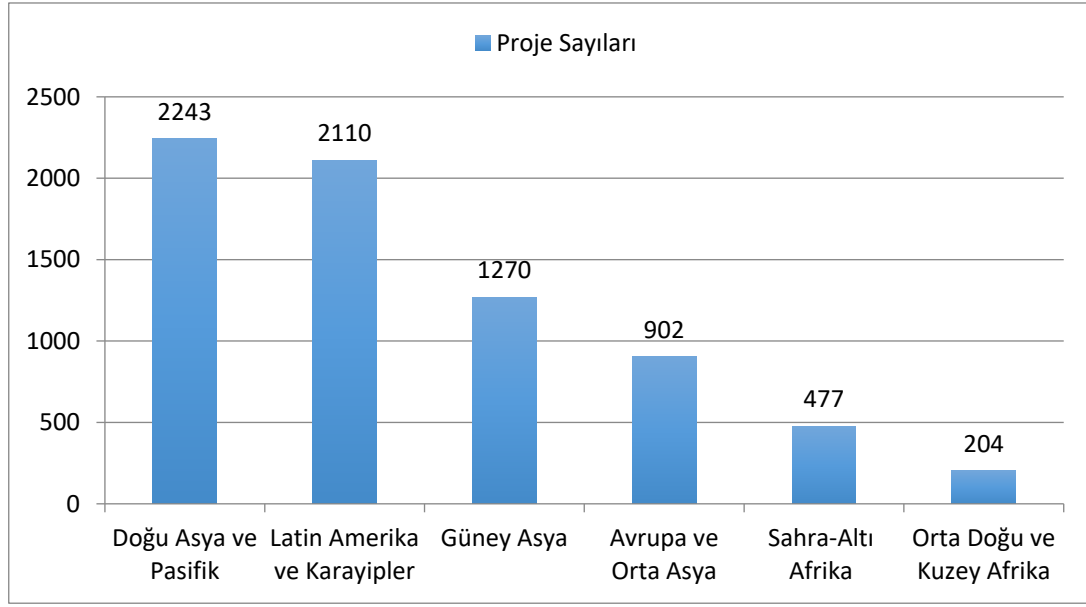
Özellikle son 20 yılda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, KÖİ projeleri altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesinde dikkate değer bir önem kazanmıştır. Özel sektörün altyapı yatırımlarına katılımı ile gerçekleşen gelişmeler, 1990'lardan bu yana Dünya Bankası tarafından enerji, ulaştırma, telekomünikasyon, su ve kanalizasyon gibi kamu sektörü tarafından geleneksel olarak sağlanan ve kamuya hizmet etmeye devam eden yüksek sermaye maliyetlerine sahip altyapı sektörlerine odaklanmakta, takip etmekte ve raporlanmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki Dünya Bankası verilerine göre, özelleştirme dahil KÖİ projelerinin sözleşme değeri 1990'larda istikrarlı bir şekilde artmıştır. Aşağıda verilecek olan veriler Dünya Bankası tarafından sınıflandırılan düşük ve orta gelirli ülkelerde incelenen projeleri kapsamaktadır.



Şekil 1.Dünya Bankasının İncelediği KÖİ Projelerinin Bölgesel Dağılımı (World Bank, 2018)

Çalışmanın bu bölümünde kamu özel işbirliği projelerinin dünya üzerindeki projeleri bölgesel olarak verilmiştir. Dünya Bankası, küresel çapta gerçekleştirilen KÖİ projelerini 6 bölgesel sınıflandırmaya ayırmıştır: Doğu Asya ve Pasifik, Latin Amerika ve Karayipler, Güney Asya, Avrupa ve Orta Asya, Sahra-altı Afrika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika.



Şekil 2. Gelişmekte Olan Bölgelerdeki KÖİ Proje Sayıları (Kılınç, 2017)

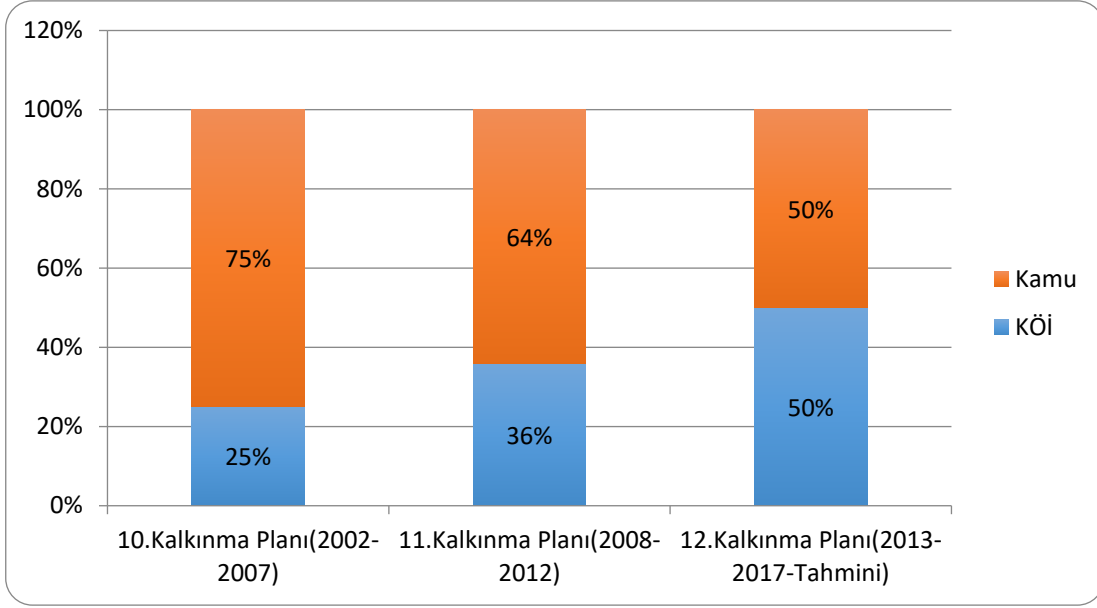
KÖİ projelerine, bölgesel bakımından dünyada en çok Doğu Asya ve Pasifik bölgesinde başvurulduğu görülmektedir. Nitekim bu bölgede Çin'in olması en büyük etkidir. Çin yaklaşık 1488 (1990-2018 ilk yarıyılına kadar) KÖİ projesi ile Doğu Asya ve Pasifik bölgesinde gerçekleştirilen projelerin yarısından fazlasına sahiptir. Çin'i 169 proje ile Tayland, 149 proje ile Filipinler, 127 proje ile Endonezya, 110 Proje ile Malezya ve diğer Doğu Asya ve Pasifik ülkeleri takip etmektedir. Doğu Asya ve Pasifik bölgesinden sonra gelen Latin Amerika ve Karayipler, son yıllarda sıklıkla KÖİ projelerini uygulayan bölgelerden biri olmuştur. Latin Amerika ve Karayipler de dört ülke proje sayısı bakımından öne çıkmaktadır. Brezilya dikkat çekici bir sayıyla, 911 proje ile ilk sırada yer alırken onu, 305 proje ile Meksika, 226 proje ile Arjantin, 184 proje ile Kolombiya ve diğer bölge ülkeleri takip etmektedir. Doğu Asya ve Pasifik ile Latin Amerika ve Karayipler bölgesinin dünyada en fazla kamu özel işbirliğine başvuran bölgeler olması, gelişmekte olan ülkelerin kalkınma çabalarında kamu özel işbirlikleri yolu ile yatırım yapmaktan kaynaklandığı söylemek mümkündür. Söz konusu bu bölgelerde sermaye birikiminin yetersizliği, devletin altyapı projeleri için finansman

sorunları, hızlı büyüme amaçları bu yolla altyapı yatırımlarını artırma için çaba göstermeleri nedenler arasında sayılabilir. Özellikle Çin ve Brezilya gibi ülkelerin yakaladıkları büyüme oranları dikkate alındığında bu ülkelerde kamu özel işbirliklerinin ekonomik büyümeye katkısı pozitif yönde olmuştur (Kılıçaslan, 2017).

Brezilya'nın yıllık % 5'lik bir büyüme oranı elde etmek için GSYH'nin en az % 24'ünü yatırım yapması gerektiği tahmin edilmektedir. Altyapı yatırımı Çin ve Brezilya arasında benzer seviyeler göstermekle beraber Çin, GSYH'nin %6'sından fazlasını altyapı yatırımı yaparken, Brezilya son on yılda GSYH'nin ortalama %3'ünü altyapı yatırımına harcamıştır (Queiroz vd., 2014).

Brezilya'da, ülkenin kamu kaynaklarının gerekli tüm altyapı yatırım seviyesini karşılayacak kadar yeterli olmadığı belirtilmiştir. 2011-2016 yılları arasında Brezilya devlet başkanlığını yürüten Dilma Rousseff, ülkesinin bütçesi ve kamu borcunu hatırlatarak özel sektörün katılımı olmaksızın Brezilya'nın ihtiyaç duyacağı altyapıyı asla inşa edemeyeceğini açıkça beyan etmiştir. Brezilya'da borçlanma modelinin tükendiği ve büyümeyi hızlandırmak için yerel ve yabancı yatırımlarla işbirliği yapmak konusunda bir fikir birliğinin olduğu belirtilmektedir (Queiroz vd., 2014).

Güney Asya, önemli sayıda KÖİ projelerini uygulayan bölgelerden birisidir. KÖİ projeleri uygulanmasında Hindistan'ın büyük bir etkisi vardır. Nitekim Hindistan'ın 979 KÖİ projesine sahip olduğunu onu (gerçekleştirilen altyapı yatırımların büyük çoğunluğu karayolu (436) ve elektrik (433) sektöründedir) 94 proje ile Pakistan, 84 proje ile Sri Lanka, 65 proje ile Bangladeş ve diğer bölge ülkeleri takip etmektedir. Hindistan'ın altyapı projelerinde eksikleri vardır ve bunları KÖİ projeleri ile kapatmak istemektedir. Vatandaşlarına hizmetlerin etkin bir şekilde sunulması ve ekonomik büyümeyi artırmak için KÖİ projelerinde artış yaşanacağı belirtilmektedir.



Şekil 3.Hindistan’da Toplam Altyapı Yatırımları İçerisindeki KÖİ Yüzdesi (Telang ve Kutumbale, 2014)

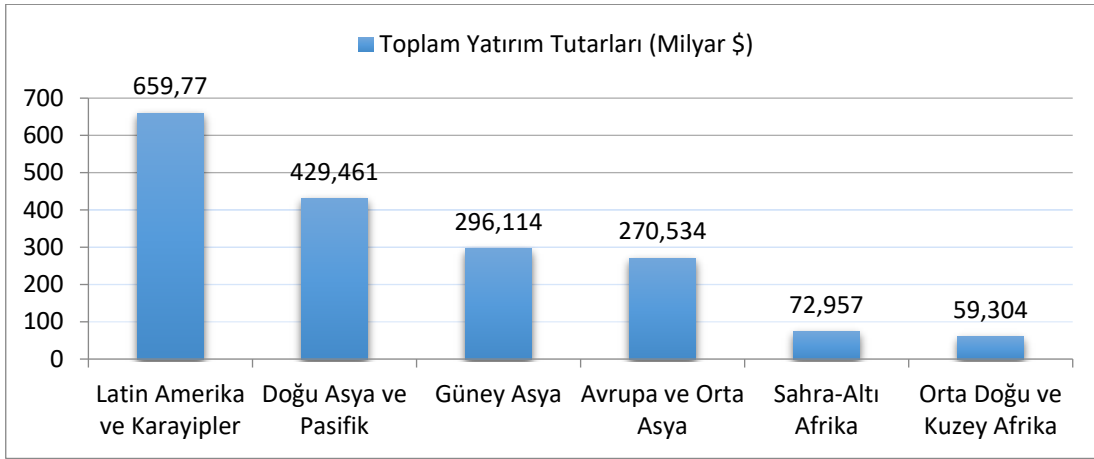
Yukarıdaki Şekil 3’te Hindistan’da gerçekleştirilen KÖİ projelerinin toplam altyapı yatırımları içerisindeki miktarı yüzdesel olarak verilmiştir. Hindistan, KÖİ projeleri kapsamında 10., 11. ve 12. Beş Yıllık Kalkınma Plan’ı döneminde yapılan toplam yatırım içerisindeki miktarı büyük artışı göstermektedir. 10. Plandaki %25’ten, 11. Planda %36’lık bir artış gerçekleşmiş ve 12. Planda %50 olarak tahmin edilmiştir. Bu, Hindistan’da KÖİ’ye elverişli bir ortam yaratmaya yönelik çabaların ve altyapı geliştirilmesine özel sektör katılımının artırılması açısından kendini gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Rakamlardan ve mevcut verilerden Hindistan’daki KÖİ sektörünün yüksek büyüme yörüngesinde olduğu açıkça görülmektedir. Bu sektörün başarısı, hükümetin bu tür işbirliklerini artırma yönündeki ilgisiyle de güçlendirilmektedir.

Avrupa ve Orta Asya bölgesinde Rusya ve Türkiye özellikle ön plana çıkmaktadır. Kamu özel işbirliği mekanizmaları Rusya Federasyonu’nda son 10 yıldır aktif olarak gelişmektedir ve kamu altyapılarının (ulaşım, kamu hizmetleri ve sosyal) geliştirilmesi için özel işletmeleri çekmek için şartlar yaratmayı amaçlamaktadır (Ministry of Economic Development of the Russian Federation, 2015).

Rusya’nın KÖİ projelerini uygulamaya başlaması diğer ülkeler baz alındığında eski değildir. 2004 yılında kamu ile özel sektör etkileşimi teşvik etmek ve birlikte hareket edebilmeleri için merkezi birimler açılmıştır. Gelişmekte olan bir ülke olarak Rusya, istikrarlı ekonomik büyümeyi teşvik etmek istemektedir. Kamu özel işbirliği bu sürecin hem doğrudan hem de dolaylı bir yolu olabilmektedir. Rusya’da KÖİ’lere

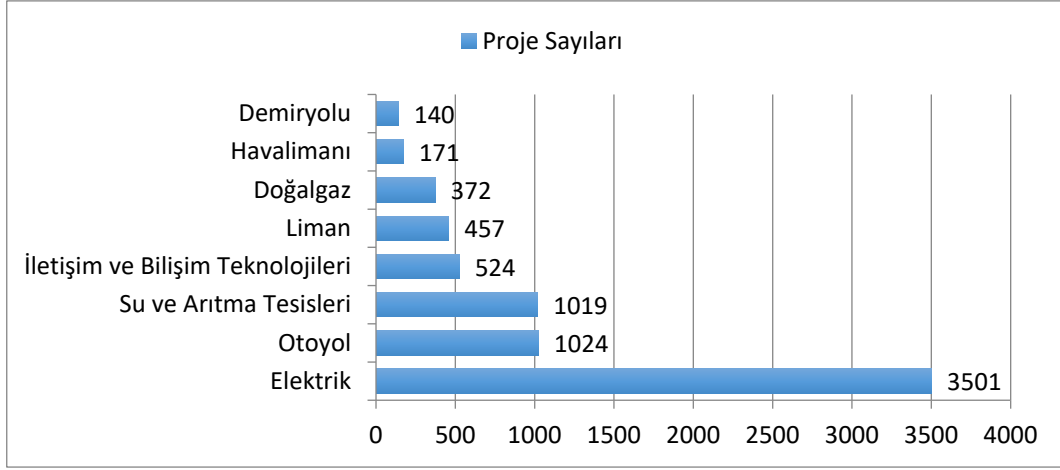
başvurulmasının sebebi altyapının zayıf ve yetersiz olması ve ekonomik gelişmeyi artırmak için bir çözüm olarak görülmesidir. Rusya’da bazı sektörlerde görülen olumlu eğilimlere rağmen, mevcut kamu altyapısı Rusya’nın gelişiminin ihtiyaçlarını tam olarak karşılamamaktadır. Rusya’da özellikle elektrik, telekomünikasyon ve ulaşım sektörleri daha çok ön plandadır (Ministry of Economic Development of the Russian Federation, 2015).

En az KÖİ projelerini uygulayan bölgeler Sahra- Altı Afrika ile Ortadoğu ve Kuzey Afrika’dır. Bu bölgelerden KÖİ projesi ile öne çıkan ülkeler 100 proje ile Güney Afrika (72 proje sadece elektrik sektörüne aittir), 52 proje ile Mısır, 44 proje ile Ürdün, 28 proje ile Cezayir, 21 proje ile Fas’tır.



Şekil 4. 1990-2018 Yıllarındaki KÖİ Projelerinin Bölgesel Toplam Yatırım Tutarları (World Bank, 2018)

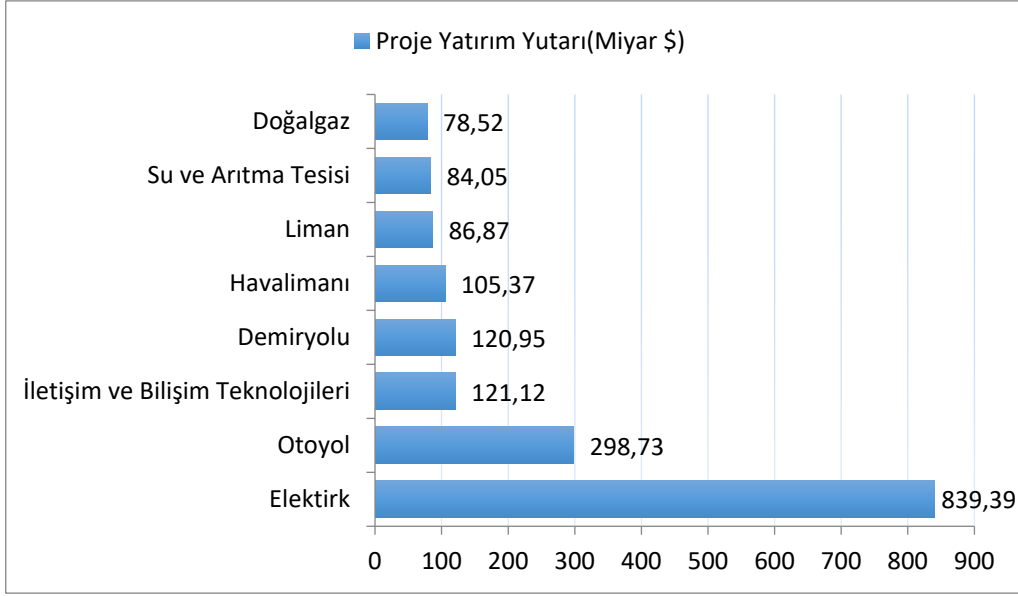
Kamu özel işbirliği projelerinin 1990-2018(Haziran)yılları arasındaki toplam yatırım tutarları verilmiştir. Yatırım tutarları, proje sayıları ile karşılaştırıldığında sıralamada farklı bir durum ortaya çıkmaktadır. Proje sayısı bakımından Doğu Asya ve Pasifik ilk sırada yer alırken, yatırım tutarı bakımından ikinci sırada yer almaktadır. Latin Amerika ve Karayipler proje sayısı bakımından ikinci sırada yer alırken, yatırım tutarı bakımından ilk sırada yer almaktadır. Latin Amerika ve Karayipler Bölgesinde Brezilya 338,614 milyar dolar ile bölgesel yatırım tutarının yarısından fazlasına sahiptir. Güney Asya ile Avrupa ve Orta Asya yatırım tutarları bakımından birbirine yakinken, en düşük yatırım tutarlarına sahip bölgeler Sahra-Altı Afrika ile Orta Doğu ve Kuzey Afrika’dır. Sahra Altı Afrika’nın bölgesinin diğer bölgelere göre daha fazla ülkeye sahip olmasına rağmen KÖİ proje sayıları ve yatırım tutarları bakımından oldukça düşük seviyededir.



Şekil 5.1990-2018 Yılları Arasındaki KÖİ Projelerinin Sektörel Dağılımı (World Bank, 2018)

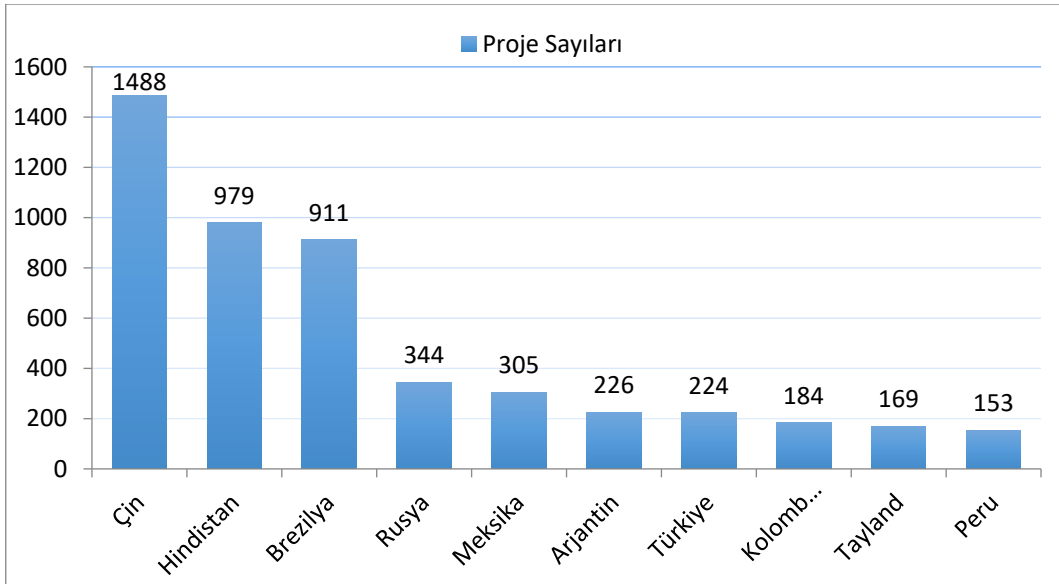
Şekilde 1990-2018 (Haziran) yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projelerinin sektörlere yönelik sayı dağılımı verilmiştir. Grafikte en çok göze çarpan elektrik sektörünün KÖİ projelerinde en fazla gerçekleştirilen sektör olduğudur. Bu sebeple gelişmekte olan ülkelerde en fazla yatırımın yapıldığı elektrik sektörünün en önemli sektör olduğu söylenebilir. Elektrik sektöründen sonra en fazla gerçekleştirilen KÖİ projeleri otoyol ile su ve arıtma tesisleri projeleridir. Bu sektörler de önemli sayıdadır. Bunların ardından sırasıyla iletişim ve bilişim teknolojileri, liman, doğalgaz, havalimanı ve demiryolu gelmektedir. Grafikte de anlaşılabileceği üzere kalkınmada önemli bir gösterge konumunda olan elektrik, yol, su ve arıtma gibi projelerinin KÖİ projelerinde çok önemli bir yer tuttuğu görülebilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde temel kamu hizmetleri sunumunda devletin bizzat sorumlu olduğu hizmetleri özel sektör ile işbirliği yaparak yerine getirdiği anlaşılmaktadır. Bunun nedeni gelişmekte olan ülkelerin ekonomik kalkınmanın altyapıya yatırımla gerçekleşeceğinin farkına varmaları ve altyapı için yeterli finansal kaynaklara ulaşamamalarıyla ülkelerin KÖİ'ye yöneldikleri söylenebilir (Kılıçaslan, 2017).



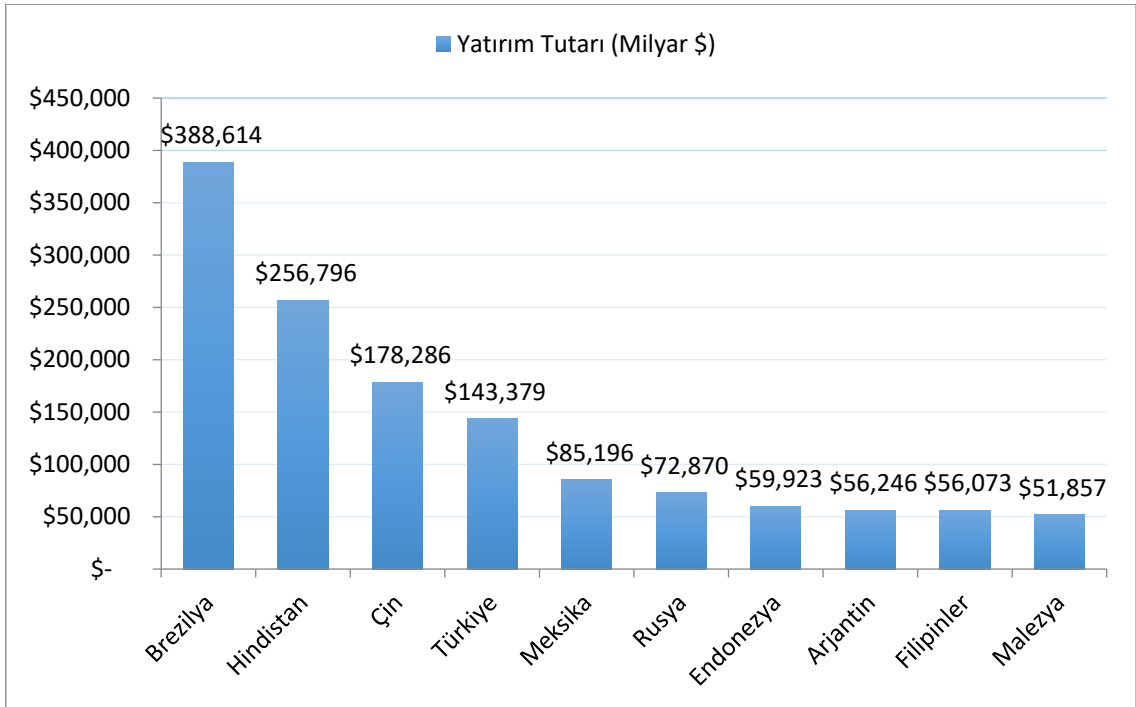
Şekil 6.1990-2018 Yılları Arasındaki KÖİ Projelerinin Sektörel Yatırım Tutarları (World Bank, 2018)

Şekilde 1990-2018(Haziran) yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projelerinin sektöre yatırım tutarları verilmiştir. Elektrik sektörü proje sayısında olduğu gibi yatırım miktarı bakımından da en fazla yatırım yapılan sektör olmuştur. Yaklaşık 840 milyar dolar yatırım alan elektrik sektörünü, 298 milyar dolar ile otoyol ikinci sırada yer almaktadır. Bunları sırası ile iletişim ve bilişim teknolojileri, demiryolu, havalimanı, liman, su ve arıtma tesisi ve doğalgaz takip etmektedir.



Şekil 7.1990-2018 (Haziran) Yıllarındaki KÖİ Proje Sayılarına Göre İlk On Ülke (World Bank, 2018)

Yukarıdaki şekilde 1990-2018 (Haziran) yılları arasındaki KÖİ proje sayılarına göre ilk on sırada yer alan ülkeler verilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde Çin en fazla KÖİ projesine başvuran ülke konumundadır. 1488 proje ile dikkate değer bir farkla ilk sıradadır. Çin'i 979 proje ile Hindistan ve 911 proje ile Brezilya takip etmektedir. İlk üç ülke KÖİ projelerine diğer ülkelerden daha fazla başvurmuşlardır. Üç ülkeden sonra KÖİ projeleri azalarak 344 proje ile Rusya dördüncü, 305 proje ile Meksika beşinci, 226 proje ile Arjantin altıncı ve 224 proje ile Türkiye yedinci sırada yer almaktadır. Kolombiya, Tayland ve Peru'da KÖİ projelerine en çok başvuran ilk on ülke sıralamasına girmişlerdir.



Şekil 8.1990-2018 Yılları Arasındaki KÖİ Projelerin Yatırım Tutarına Göre İlk On Ülke (World Bank, 2018)

Şekil 8'de 1990-2018 (Haziran) yılları arasındaki gerçekleştirilen KÖİ projelerinin yatırım tutarları bakımından sıralamaya giren ilk on ülke verilmiştir. Yatırım tutarındaki grafik proje sayıları grafik ile karşılaştırıldığında çok farklı sonuçlar elde edilmektedir. Proje sayısında ilk on ülke içerisinde yer alan Kolombiya, Tayland ve Peru yatırım tutarları açısından ilk on ülke içerisine girememektedir. Endonezya, Filipinler ve Malezya proje sayısı bakımından ilk on ülke sıralamasına girememesine rağmen proje yatırım tutarları açısından ilk on ülke içerisine girebilmişlerdir. Yatırım tutarlarında ve

proje sayısı açısından ülke sıralamaları çok farklılık arz etmektedir. Nitekim proje sayısında çok yüksek bir rakamla ilk sırada yer alan Çin proje yatırım tutarında 178 milyar dolar ile üçüncü sırada yer almaktadır. Brezilya gerçekleştirdiği KÖİ projelerine 388 milyar dolar tutarında yatırım yaparak ilk sırada yer almaktadır. Hindistan 256 milyar dolar ile ikinci sırada yer alırken, Türkiye'nin de KÖİ projelerine yatırım tutarı 143 milyar dolardır. Türkiye KÖİ proje sayısı bakımından yedinci sırada olmasına rağmen yatırım tutarı ile Meksika, Rusya ve Arjantin gibi birçok ülkeyi geride bırakmış ve gelişmekte olan ülkeler arasında en fazla yatırım yapan dördüncü ülke konumuna yerleşmiştir. Endonezya, Filipinler ve Malezya gerçekleştirdikleri KÖİ projelerinin sayısı diğer ülkelere göre az olsa da bu projelere yaptıkları yatırımlarla ilk on ülke içerisinde girebilmişlerdir.

2.1.12. Gelişmiş Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği

Kanada on eyalet ve üç bölgeden oluşmaktadır. Toprak alanı olarak Rusya'dan sonra en büyük ikinci alanına sahip ülkedir. İngilizce ve Fransızca Kanada'da eyalet ve bölgelerde ana dil sayılmakta ve resmi makamlarda da iki dil ile hizmet verilmektedir (Kılınç, 2018). Kanada nüfusu 2017 yılı sayım itibari ile 36.708.083 milyondur (World Bank, 2018).



Şekil 9. Kanada'daki Eyaletler (Kılınç, 2018)

Britanya Kolumbiyası, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Quebec, New Brunswick, Prens Edward Adası, Yeni İskoçya ve Newfoundland ve Lamrador eyaletlerinde her birinde kendine özgü KÖİ projeleri uygulanmaktadır.

Kanada’da altyapı sağlamak için kamu özel işbirliğini kullanımı yeni değildir. Kanada’da uzun yıllar boyunca çeşitli KÖİ türleri kullanılmıştır ve 1990’ların başından bu yana KÖİ adı altında 279’dan daha fazla altyapı projesi gerçekleştirilmiştir. Kanada’da kullanılan KÖİ modelleri kullanımı projeden projeye farklılık göstermektedir.

Kanada’da önemli altyapı yatırımlarına olan talep devam etmektedir. Kanada’da, bakım ve hizmet ömrünün sonuna ulaşan varlıkların getirdiği çok büyük bir “altyapı açığı” olduğu kabul edilmektedir.

Kanada’da demografik değişimin olması (nüfusta yaşlanma, göç ve halkın kırsal ortamdaki kentlerde yaşamak için genel bir eğiliminin olması) ve mevcut altyapının bu değişimi karşılayamayacağı bundan dolayı yeni altyapı yatırımlarına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Siemiatycki, 2015).

“Kamu Altyapısı Yatırımı: Kanada’nın Ekonomik Büyüme Riski” adlı raporda hükümetlerin altyapıya sistematik olarak düşük bir yatırım yaptığını ve Kanada hükümetlerinin önümüzdeki 50 yıl içinde var olan yenilemeye, yeni altyapı oluşturmaya büyük yatırım yapmaya ihtiyaç duyacağını ve Kanada hükümetlerinin 50 yıllık bir altyapı stratejisinin uygulamaya konması önerilmektedir (Smetanin ve Stiff, 2010).

İlk olarak Kanada’da kamu özel işbirliği gelişimi iki dalgaya ayrılabilir. KÖİ’lerin ilk dalgası 1990-2000 yıllarını kapsamakta ve bu yıllar arasında planlanmış çeşitli KÖİ projeleri hayata geçirilmiştir. Bu dönemin en önemli projeleri arasında Büyük Toronto Bölgesi’nde Highway 407, Ontario’daki Kraliyet Ottawa Hastanesi, Ontario’daki Brampton Hastanesi ve Prince Edward Adası ile New Brunswick’i birbirine bağlayan konfederasyon köprüsü yer almaktadır. Bu projeler devletin, özel sektörle işbirliği yapılmasıyla planlanmıştır. Bu projelerde kullanıcı ücretleri ya da büyük peşinatlı kira ödemeleri yoluyla altyapıya yönelik kamu finansmanını artırmaya, özel sektöre de talep riskini transfer etmeye çalışmıştır. Kamu hizmetlerinin sağlanmasında özel sektör katılımının maliyetlerin düşmesine ve daha fazla verimliliğe yol açacağı belirtilmektedir. Ancak o dönemde KÖİ projelerine eleştirilerde mevcuttur ve yoğunlaşmıştır. KÖİ modelinin bir özelleştirme olduğunu, özel finansman maliyetlerinin geleneksel kamu finansmanından oldukça yüksek olduğunu, tedarik sürecinin uygun bir şeffaflığa sahip

olmadığını, hükümetlerin bu tür karmaşık modelleri yönetme konusunda uzmanlığından yoksun olduğunu ve dolayısıyla KÖİ yaklaşımının kamu yararını en üst düzeye çıkaramayacağı, uzun vadeli KÖİ projelerinde kamu kontrolünün kaybına yol açacağı belirtilmektedir. Bu eleştirelere maruz kalan KÖİ, Kanada’da İkinci KÖİ dalgasına sebebiyet vermiştir. İkinci KÖİ dalgası birinci KÖİ dalgasına göre daha çok gelişmiş ve hemen hemen her altyapıya KÖİ projesinin uygulanması ikinci KÖİ dalgası döneminde olmuştur (Siemiatyci, 2015).

İkinci KÖİ dalgası 2000’li yıllardan günümüze kadar devam etmektedir. Bu İkinci proje dalgası sırasında Kanada’daki eyaletler KÖİ aracılığıyla hastaneler ve sağlık tesisleri, yollar, köprüler ve adalet binalarını inşası, finansman ve işletmede önde gelen kullanıcıları olmuştur. Daha az sayıda il ve ilçe toplu taşıma, yol, su ve atık arıtma, eğitim ve kültür tesislerinde de KÖİ yaklaşımı kullanılmıştır.

Kanada’da özel amaçlı KÖİ tedarik ajansları ve hükümet departmanları geliştirilmiştir. Bu ajanslar, proje finansmanı, hukuk, işletme yönetimi, muhasebe ve proje yönetimi alanlarında kamu ve özel sektör uzmanlığa sahip personel ile çalışmaktadır. KÖİ ajansları, teknik-tasarım çalışmaları, sözleşmeler ve finans raporlarını sunan kapsamlı proje dokümanlarını web sitelerini geliştirdiler. Örneğin, Danışmanlık Mühendislik Şirketleri Birliği, Kanada'daki şirketleri temsil eden, hem kamu hem de özel sektör müşterilerine profesyonel mühendislik hizmetleri sunan bir kar amacı gütmeyen kuruluştur. Bu kuruluş, KÖİ'leri ve mühendislik danışmanlarına yönelik sonuçları keşfetmek ve üyeliği desteklemek için stratejiler önermek üzere bir Görev Gücü kurmuştur. Bu görev güçleri geleneksel olarak yapılan projelerde izlenmeyen fakat KÖİ’de izlenen bir veri raporlama ve şeffaflık düzeyi sağlamışlardır (Association Of Consulting Engineering Companies, 2016).

Kanada’daki KÖİ’ler, kamu hizmetlerinin planlanmasında ve sağlanmasında hükümetin rolünü yeniden vurgulamak için daha geniş bir programın yerine, bir tedarik stratejisi olarak oldukça dar bir şekilde kavramsallaştırılmıştır ve uygulanmıştır. KÖİ’ler aracılığıyla sağlanan altyapı üzerinde yüksek düzeyde bir kamu kontrolü ve gözetim vardır.

Hangi projelerin yapılması gerektiği, projenin nerede yapılacağı politik karar verme sürecinin parçasıdır. Bunlara politikacılar karar vermektedir. Dolayısıyla, KÖİ’lerin Kanada’da uygulanması, özel sektörün daha etkin bir şekilde dahil etmek ve

kamu hizmetlerinin planlanması ve sunulması şeklini değiştirmek için kullanıldığı İspanya gibi diğer ülkelerin deneyimlerinin bir karşılığıdır. Örneğin Madrid’de, 2003-2012 yılları arasında bölgesel hükümet, bölge okul sisteminin önemli ölçüde revize etmek için bir KÖİ programı uygulamaktadır. On binlerce öğrenciye hizmet veren yaklaşık 60 okul için özel imtiyazlar verilmiştir ve imtiyaz sahipleri her yeni okulun ne kadar büyük olması ve ne tür tesisler içermesi gerektiğine, bina inşaatının finanse edilmesine, öğretmenlerin işe alınmasına, öğrenci alımına, müfredat geliştirilmesine ve öğrenci ücretlerine kadar KÖİ adı altında karar verilebilmektedir (Siemiatyci, 2015).

KÖİ uygulayıcıları ve politikacıları, Kanada’daki KÖİ’lerin ilk dalgasına ilişkin deneyimin ardından, bilanço dışı finansmanın, bir KÖİ aracılığıyla altyapı sağlamak için uygun gerekçe olmadığı sonucuna varmışlardır. KÖİ’lerin bilanço dışı finansmanı aynı zamanda kamusal şeffaflığı ve büyük kamu yatırımları kategorisinde hesap verebilirliği sınırlandırmaktadır. Bu amaçla, KÖİ’lerin kamu bilançosu dışında işlenmesi uygulaması, Kanada’daki ikinci KÖİ dalgası sırasında büyük ölçüde terk edilmiştir. Hükümetlerin devlet bilançolarında kamu altyapısına yapılan yatırımları harekete geçirme stratejisi, kamu borç seviyelerini gizleme konusunda etkili olmayacağını belirtilmektedir.

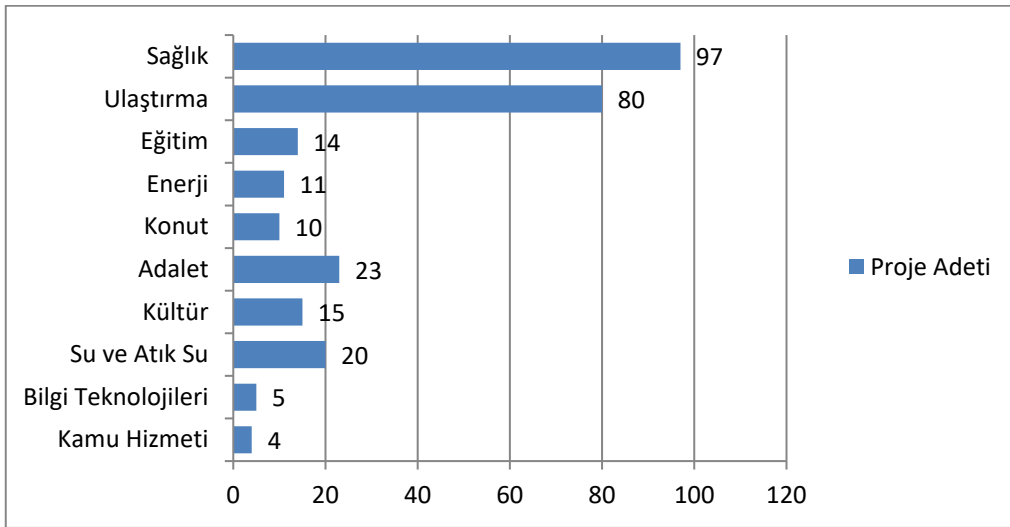
Kanada’da 2016 yılında yapılan bir kamuoyu araştırmasına göre, ‘Kanada halkının her üç kişiden ikisinin (halkın %67’si) yapılacak yatırımların kamu özel sektör işbirliği ile gerçekleştirilmesini desteklediği’ sonucuna varılmıştır. 2013 yılında yapılan kamuoyu araştırmasına göre Kanada halkının %62’si KÖİ projelerini desteklemektedir. 2016 yılına gelindiğinde yüzdelik olarak %5 artış yaşanmıştır. Bu sonuçlara bakarak Kanada halkının ülke genelinde altyapı inşa etmek için KÖİ’leri kullanan hükümetleri desteklediği söylenebilir (PPPcouncil, 2016).

Kanada’daki altyapıların %60’ı kırk ve yüz yıllık binalardır. Altyapı yenileme ihtiyacına duyulan tutar ise 115 milyar \$ ile 125 milyar \$ arasındadır. Kanada’da, kamu özel işbirliği adı altında gerçekleştirilen projeler kamu altyapısına yapılan toplam harcamaların yüzde 10 ila 20’sini oluşturmakla beraber hükümetlerin altyapı harcamalarında KÖİ projelerini daha fazla kullanacağı belirtilmektedir (Iacobacci, 2010). Kamu özel sektör işbirliği Kanada’ya, kamu altyapı projeleri için daha iyi değer, zamanlılık ve hesap verebilirlik vaat etmiştir. Son zamanlardaki çalışmalar KÖİ projelerinin ikinci dalgasından sonra projelerin başarısı güçlü kanıtlarına işaret etmektedir. Hem paranın karşılığı olan çalışmalar hem de performans değerlendirmeleri

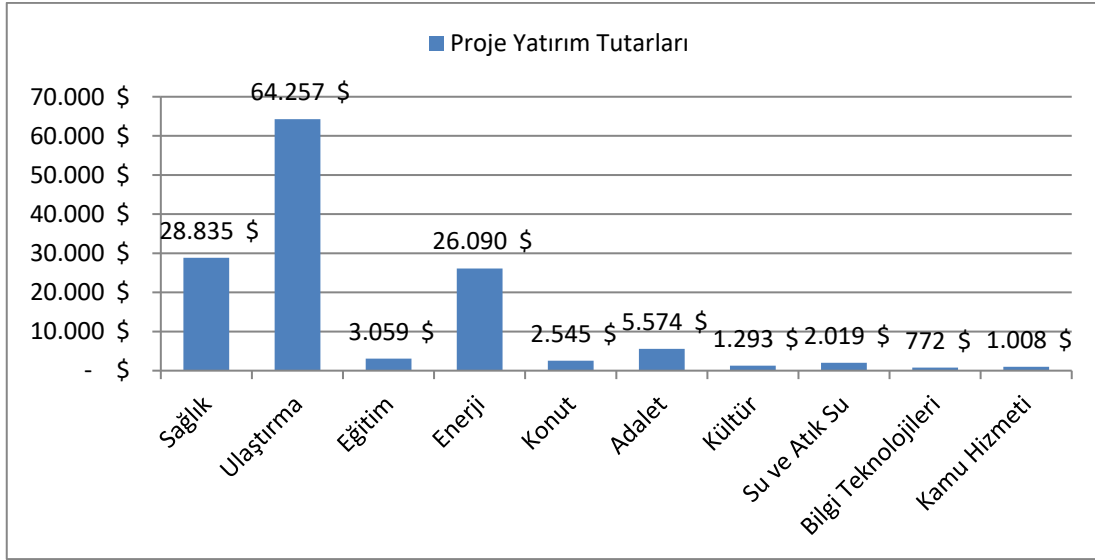
tek bir sonuca işaret etmektedir: KÖİ modeli, geleneksel satın alımlara göre tasarım ve verimlilikte artış sağlamada daha iyidir (Mussio, 2011).

Kanada da kullanılan KÖİ modelleri projeden projeye çeşitlilik gösterse de en çok kullanılan modeller şunlardır; Tasarla Yap Finanse Et Bakımını Sürdür (Design Build Finance Maintain), Tasarla Yap Finanse Et Bakımını Sürdür İşlet (Design Build Finance Maintain Operate), Tasarla Yap Finanse Et (Design Build Finance), Yap Finanse Et (Build Finance).

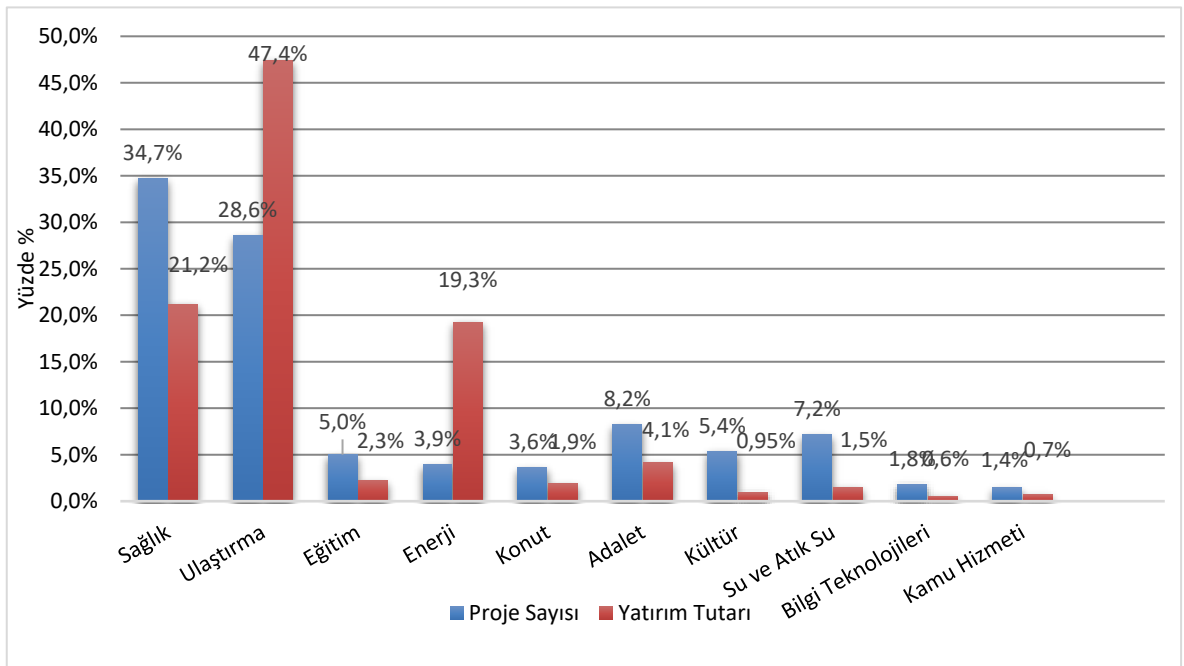
1990'dan beri çeşitli KÖİ modellerini kullanan Kanada'da günümüze kadar 279 KÖİ projesi gerçekleştirmiştir. Gerçekleşen bu projelerin tutarı 135,4 milyar Kanada Dolarıdır. Bu projelerin sektörel dağılımı incelendiğinde sağlık sektörü 97 proje ile ilk sırada, 80 proje ile ulaştırma ikinci sırada ve 23 proje ile adalet sektörü üçüncü sırada yer almaktadır. Kanada'da gerçekleşen KÖİ projelerinin sektörel dağılımı adet olarak aşağıda verilmiştir.



Şekil 10. Kanada'da Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sektörel Dağılımı (<http://www.p3spectrum.ca>)



Şekil 11.Kanada’da Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sektörlere Göre Yatırım Tutarları (<http://www.p3spectrum.ca>)



Şekil 12.Kanada’da Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sayı ve Yatırım Tutarlarının Oransal Gösterimi (<http://www.p3spectrum.ca>)

İngiltere’de 1980’li yıllardan sonra yaşanan hızlı ekonomik dönüşümlerin en önemli sebeplerden biri özelleştirme dir. Ekonomide küçük bir devleti amaçlayan İngiltere, özelleştirme politikasını en hızlı hayata geçiren ülkelerin başında gelmektedir. Özelleştirmeyi canlandırmak ve ilgiyi artırmak için yerel yönetimlere ait evler kiracılara satılmıştır. İngiltere’de ulaştırma, tarım, PTT, madenler, tersaneler, demir ve deniz yolları, çelik üretimi tamamen kamu malları idi. Sübvansiyonların artması, politik yozlaşmalar, işçi-devlet münakaşaları, zararların hazinece karşılanması, işsiz sayısındaki artış, borçlanma ve ekonomideki durgunluk (stagflasyon) krizine karşı çabalar vermeye başlanmıştır. Bu gerekçelerle iktidara gelen Margaret Thatcher liderliğindeki muhafazakâr parti özelleştirmenin bütün yollarını denemiştir (Bal, 2013).

1979’da Muhafazakâr Parti’nin genel seçimleri kazanmasıyla başbakan olan Margaret Thatcher, İngiltere’de kamu sektör faaliyetlerinde köklü değişimler yapmıştır. Öncelikle Thatcher, ekonomide liberal bir siyasi politika anlayışını benimsemiştir. Kamu sektörü ekonomiden yavaş yavaş çekilmeye başlamıştır. İlk olarak kamu faaliyetlerinde temizlik, atık toplama, yemek gibi hizmet alım sözleşmeleri gerçekleşmiştir. Ardından kamu sektörü yöneticileri daha fazla piyasa teşviki uygulamak için yeniden yapılandırmaya gitmişlerdir (Güngör, 2017).

1990’lı yıllara gelindiğinde İngiltere’de kamu özel işbirliğinin hukuki altyapısı 1992’de PFI ile oluşturulmuş ve 1997’de kabul edilen kanunla birlikte resmîyet kazanmıştır. PFI alanında gerçekleştirilecek çalışmaları desteklemek ve yakından takip etmek amacıyla çeşitli bakanlıklar bünyesinde kamu özel işbirlikleri birimleri kurulmuştur (Köstekçi, 2014). Hazine Bakanlığı bünyesinde özel sektör yöneticileri dahil olmak üzere bakanlıkları cesaretlendirip teşvik etmek, genel rehberlik belgeleri hazırlamak ve hazırlanacak projeler için tavsiyelerde bulunmak amacıyla Özel Finans Paneli ve Uygulayıcısı kurulmuştur. 1994 yılında ‘evrensel test kuralı’ ile, her kamu sektörü projesi için özel finansmanın dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu gelişmeler altında 1994’te 2, 1995’te 11 ve 1996’da 39 adet PFI sözleşmesi imzalanmıştır (Spackman, 2002).

Fakat, İngiltere’deki ilk özelleştirme hareketleri başladığında, kamu tarafından işletilen diğer altyapı hizmetlerinde kullanılmamıştır. 1990’da istifa eden Margaret Thatcher yerine iktidara tekrar Muhafazakâr Parti’den John Major’ın gelmesiyle geleneksel olarak sunulan altyapı hizmetlerinde özel sektör tarafından sunulması

düşüncesi, özelleştirme hamlesi ardından, 1992 yılından itibaren kamu altyapı hizmetlerinde sunulmaya başlanmıştır. Bugün İngiltere 2017 yılı itibarıyla 715 kamu altyapı projesine 699'u işletme halinde ve 16'sı inşaat halinde olan toplam 715 KÖİ projesine sahiptir. Bu projelerin yatırım tutarı yaklaşık olarak 60 milyar sterlindir. Kamu kurumlarını bu karmaşık model için en kapsamlı şekilde örgütleyen ve standart uygulamalarını geliştirip gerçekleştiren İngiltere'de kamu özel işbirliği PFI ve PF2 olarak adlandırılmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

1997 yılına gelindiğinde karşıt görüş partisinden İşçi Partisi yönetime geldikten sonra ilk iş olarak PFI programı hakkında bir inceleme yaptırmıştır. 1997 yılında hükümet değişikliği, PFI'ye yaklaşımın yeniden yapılandırılmasına ve programın çok daha hızlı gelişmesine neden olmuştur. 1997'de Hazine (Maliye Bakanlığı), PFI programını kontrolünü devramıştır ardından ayrıntılı prosedürler ve rehberlik programları hazırlamak için bir Hazine Görev Gücü (hem kamu görevlileri hem bankaları hem de özel sektör çalışanlarını barındıran) oluşturmuştur. Bu Hazine Görev Gücü PFI projelerin gerçekleştirilmesinde sorumluydu. Hazine Görev Gücü'nün iki yıllık uygulamalarından sonra, kamu sektörüne bir bütün olarak destek sağlamak amacıyla kalıcı bir 'uzmanlık merkezi'nin ihtiyacı doğmuştur. Bu nedenle 2000 yılında Hazine Görev Gücü'nün tüm faaliyetleri Partnership United Kingdom (Birleşik Krallık Ortaklıkları Birimi)'a aktarıldı. Partnership United Kingdom (PUK), hem özel (%51) hem de kamu sektörü (%41) hissedarlarına sahip olmakla birlikte altyapı projelerine özel destek verme konusunda Hazine'ye teknik destek sağlayan ve Hazine'den bağımsız görevlerini yerine getiren bir birimdir (Yescombe, 2007). PUK faaliyetleri sadece kamu sektörüne kurumsal destek sağlamaktadır. Faaliyetleri arasında, kamu altyapı projelerinin desteklenmesi, tedarik ve yatırım politikalarının geliştirilmesi yer almaktadır (OECD, 2010). PUK'un asıl işlev ve amacı, PFI yöntemleri ile altyapı projelerin gerçekleştirilme imkanına sahip olamayan istekli kurum sektörlerine finansal danışmanlık hizmeti vermek ve altyapı projelerin özel sektörün ilgisini çekecek bir şekilde finanse edilebilir hale getirilmesini temine çalışmak olarak belirtilmiştir. PUK, özel sektör ve kamu sektörü arasında sürekli bir köprü işlevi görmek ve işbirliği geliştirmek için yeni imkanlar arayışı içerisinde olmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Yerel hükümetleri PFI açısından desteklemek için bir başka uzmanlık merkezi olan Public-Private Partnerships Programme (Kamu Özel Ortaklıklar Programı) birimi kurulmuştur. Public-Private Partnerships Programme, PUK'un aksine tamamen

kamu sektöründen oluşmaktadır ve kamu altyapı projelerinin gerçekleştirilmesinde de önemli rol oynamıştır (Yescombe, 2007).

PUK dönemi 2000'den 2011'e kadar devam etmiştir ve PFI programına ait önemli ve köklü değişiklikler programları gerçekleştirmiştir. PFI programlarının ilkeleri ve öncelikleri belirlenmiş, PFI adı altında yapılacak altyapının başından sonuna kadar tüm aşamalarını içeren rehberler, şablon şartnameler ve sözleşmeler hazırlanmıştır. Uygulanacak altyapı projelerinde kamu kurumlarına destek amaçlı dokümanlar üretilmiş, projeyi uygulayacak kamu kurumları için PUK ile devamlı irtibatta olabilecek PFI birimleri kurulmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2014). PUK hem proje hazırlanma sürecinde hem de projenin uygulanmasında veya yönetim sürecinde danışmanlık ve enformasyon hizmetleri vermektedir. Eğitim, savunma, sağlık, çevre, taşımacılık, adalet vb. sektörlerde hükümet politikaların uygulanmasında yenilikçi yollar geliştirmektedir (Sarıs, 2009).

İngiliz hükümeti, İngiltere'de "Özel Finans Girişimi" veya "PFI" olarak bilinen 1992'den beri kullanılan Kamu Özel Sektör İşbirliği modeline geniş kapsamlı bir dizi reform düzenledi. 5 Aralık 2012'de başlatılan bu geniş kapsamlı reformlardan biri PFI'nin revize edilmiş hali olan PF2'nin başlamasıydı.

Hükümetin PFI ile ilgili endişeleri, modelin “çok pahalı” olmasıydı. Yeterince esnek olmayan bu model yetkililerinin gelecekteki kullanımını sona erdirmeyi düşüncelerine yol açmıştır. 2010 yılında hükümet, yatırım kararlarını tekrar gözden geçirmiştir ve önerilen bazı PFI projelerini iptal etmiştir. PFI projelerine olan ilginin azalması, açıklanan projelerin olmayışı 2010 ve 2011 yılları arasında piyasa belirsizliğini yaratmıştır. PFI modelinin yeniden şekillendirilmesi bu belirsizliğin ele alınmasının bir yolu olarak görülüyordu. PFI reformunun amacı daha az pahalı olan bir model yaratmaktır. Daha fazla esneklik, daha ucuz ve hızlandırılmış satın alma, daha fazla mali şeffaflık ve daha geniş bir finansman kaynağına erişim sağlanması gereksinimi ortaya çıkmıştır (National Audit Office, 2018).

Aralık 2012'de, Hazine, Özel Finans 2'yi (PF2) PFI'nin değiştirilmiş hali olarak başlattı. Bazı değişikliklerin olmasıyla birlikte, PFI'nin temel özellikleri PF2 modelinde değişmeden kalmaktadır (Tablo 3). Örneğin, özel sektör finansmanı bir tesis inşa eder, işletmesini sürdürür ve kamu sektörü özel sektöre 25 ila 30 yıllık bir ücret öder. Aslında belirtmek gerekir ki PFI ve PF2 arasındaki sınırlı değişiklikler olmuştur ve PFI

belgelerinin biraz değiştirilmiş versiyonu PF2 olarak karşımıza çıkmaktadır (HM Treasury, 2012).

PF2'nin uygulama aşamasında, Hazine PF2 belgesinde açıklanan önemli değişikliklerden birini uygulayamamıştır. Daha yüksek seviyede öz kaynakların kullanılması (%20 ile %25) ve daha düşük borç seviyelerinin kullanılması PF2'nin daha düşük risk alması için başlangıçta planlanmıştı. Fakat uygulanan projelerde bu gerçekteşmemiştir. Ayrıca, Hazine, PF2'nin bilanço dışı yatırım seçeneği sunmasına, kamu bütçesinde görülmemesinde devam etmesini istemiştir. İngiltere, Avrupa çapında PFI ve PF2 gibi kamu özel işbirliği uygulamalarında, bilanço dışı kamu özel işbirliğinin en yaygın kullanıcılarından biri olmuştur. İngiltere'de bilanço dışı kamu özel işbirlikleri, GSYH'nin %1.7'sini, Avrupa ekonomileri arasında en yüksek olanı temsil etmektedir. Eylül 2017 itibariyle, altı PF2 projesi vardır: beş eğitim tesisi ve bir sağlık tesisi. Bu projelerin hepsi %10'luk bir oranla öz kaynak seviyesinde ve % 90 oranında borçla finanse edilmektedir (National Audit Office, 2018).

2012 yılında Hazine, PFI modelini PF2 ile değiştirerek, esneklik ve şeffaflık eksikliği dahil olmak üzere ele almıştır. şeffaflık, Hükümetin temel politika hedefidir. 2012 yılında PFI'nin gözden geçirilmesinin ardından getirilen reformların bir parçası olarak, PF2 modeli kapsamında tedarik edilen projelerde yatırımcıların, bu projelere yaptıkları yatırımlar için elde edilen getiri oranlarını ve elde edilecekleri tahminlerini Hazine'ye bildirmeleri gerekmektedir. Bu bilgiler her yıl Hazine tarafından yayınlanmaktadır. Ancak, orijinal PFI modeli kapsamında sonuçlandırılan projelerde yatırımcıların iadeleri açıklamalarına gerek yoktur.

Hazinenin yayınladığı raporda PFI projelerinin gerçekteştirilmesinde eksik yönlerin olduğunu tespit etmiştir. Söz konusu tespitler şöyle açıklanmaktadır (HM Treasury, 2018);

Bazı özel yatırımcılar PFI anlaşmalarından büyük getiri sağlamışlardır; bu da Bakanlıkların, projelerin risklerini, Hazine'nin PFI'nin belirtilen faydalarından biri olan özel sektöre devretmek için aşırı ödeme yaptığını düşündürmektedir.

Hazine, her yıl PFI ve PF2 sözleşmeleri kapsamında elde edilecek gelecekteki ödemelerin sonuçlarını kamuya açıklayan yıllık veri toplama alıştırması yoluyla yerel düzeyde izlemektedir. Ancak, bu ödemeleri izlemek veya değerlendirmek Hazine'nin rolü değildir.

Hazine, PF2 projelerinde özel sektöre devredilmeleri için uygun gördükleri risklerin niteliğini ve düzeyini daha açık bir şekilde ortaya koymalı ve kamu kuruluşlarının gelecekte PF2 ve diğer özel finans türlerini kullanmalarını nasıl beklediğini daha net bir şekilde ortaya koymalıdır.

PFI süreci uzun ve maliyetli olduğu için paranın karşılığını verememiştir.

5 Aralık 2012’de PFI’nın gözden geçirilmesi, sonuçlarının ortaya konulmasıyla kamu altyapısının ve hizmetlerinin sunulmasında özel finansmanının dahil edilmesi yeni bir yaklaşım ortaya getirmiştir. PF2 olarak adlandırılan bu yeni yaklaşım, hükümetin kamu özel işbirliği yoluyla altyapı ve hizmet sunumu için PFI’nın ardılı niteliğindedir. PFI’ya çevreleyen geçmiş endişeleri göz önünde bulunduran PF2 modeli, eksiklikleri ortadan kaldırmak, verimliliği artırmak, kamu ve özel teşvikleri düzenlemek için tasarlanmış bir dizi reform içermektedir. Bunlar, altyapı ve hizmetlerin daha iyi sağlanması için yeni bir ortaklık biçimini destekleyecektir. PF2 ayrıca finans altyapısına yaklaşımında ekonomik koşullara da cevap vermektedir. Private Finance 2 aracılığıyla kamu altyapısının ve hizmetlerinin sunulmasında özel finansmana ilişkin yeni yaklaşımını ortaya koymaktadır. Bu, kamu altyapısının ve hizmetlerinin sağlanmasında özel finans ve uzmanlık alanlarını kullanmaya devam ederken, PFI ile geçmişteki kaygıları ele almakta ve ekonomik bağlamdaki son değişikliklere cevap vermektedir (HM Treasury, 2012). PFI ve PF2 arasındaki farkları daha iyi anlamak için şu özellikler verilebilir:

Tablo 3.PFI ve PF2 Arasındaki Farklar (HM Treasury, 2012)

Değişimin olmadığı veya değişimin sınırlı olduğu alanlar	PFI	Uygulanması Gereken Orijinal PF2	Uygulanan PF2
Finans Yapısı	%90 borç, %10 özkaynak	%75 borç, %25 özkaynak	%90 borç, %10 özkaynak
Sözleşme Süresi	25-30 yıl	25-30 yıl	25-30 yıl
Kamu Bütçesinde gösterilmesi	Hayır	Hayır	Hayır
Temizlik,yemek servisi vb. gibi hizmetler	Çoğunlukla dahil edilirdi	Çoğunlukla hariç tutulur	Çoğunlukla hariç tutulur
İhale aşamasının sınırları	Sınır yok	Maksimum 18 ay	Maksimum 18 ay
Kamu sektörünün taşıdığı riskler: Yasalarda değişiklik olduğunda, kamu hizmet maliyetleri, tesisin bozulması	Hayır	Evet	Evet

İngiltere Hükümet'i, 2012'den beri Özel Finans Girişimi'nin yerini alan PF2'yi değerlendirmiş, esnek olmayan ve aşırı karmaşık bir model bulmuştur. Çok sayıda uzman özel finans girişimlerini hükümete karşı önemli bir mali risk kaynağı olarak belirtmiştir. 2018'de yapılan bütçe görüşmelerinde, hükümet yeni projeler için PF2'yi artık kullanmayacağını duyurmuştur (HM Treasury, 2018). İngiliz Hükümeti, yapılan bütçe görüşmelerinin sonuçları şu şekilde açıklamıştır (HM Treasury, 2018);

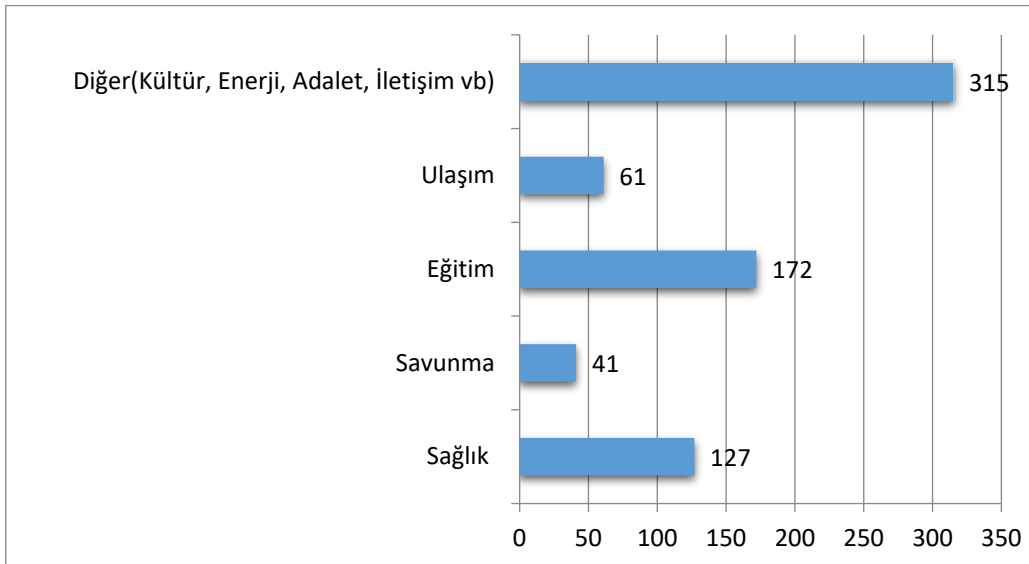
1. PFI ve PF2 sözleşmeleri okulların, hastanelerin ve diğer altyapının inşasını finanse etmek için kullanılmış, ancak kullanımları önemli ölçüde azalmıştır. 2012 yılında hükümet PFI modelini PF2 ile değiştirmiştir. PF2 sadece altı sözleşmede kullanılmıştır. PFI ve PF2 sözleşmelerinin% 86'sı 2010'dan önce imzalanmıştır. PFI ve PF2, esneklikten dolayı eleştirilmiştir ve özel finans girişimlerin hükümete yönelik mali risk getirdiği belirtilmiştir.

2. Hükümet bu endişeleri dinlemiş ve gelecekteki projelerin PF2'yi kullanmaması gerektiğine karar vermiştir.

3. İmzalanan mevcut PFI ve PF2 projeleri bu duyurudan etkilenmeyecektir. Hükümet ve özel sektör arasında daha önce yapılan projelerde sözleşme süresi boyunca iki tarafta taahhütlerini yerine getirecektir. PFI veya PF2'yi gönüllü olarak feshetmesi yüksek tazminat bedeli gerektirecektir.

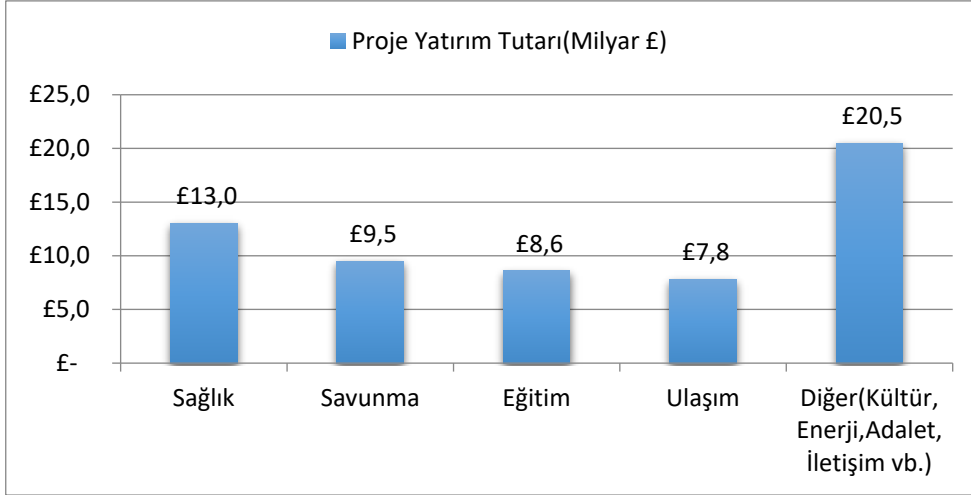
4. Hükümet mevcut PFI sözleşmelerinin değerini artırmak için çalışmaya devam edecektir. Yüksek kaliteli sözleşme yönetimi departmanların sözleşmelerinden en iyi şekilde yararlanmasına yardımcı olacaktır. Bu nedenle Hükümet, bir dizi NHS Vakfında sözleşme yöneticilerine destek sağlamak için Sağlık ve Sosyal Bakım Departmanında yeni bir 'En İyi Uygulama Merkezi'ni yönetecektir.

Birleşik Krallık'ta 715'den fazla PFI ve PF2 sözleşmesi vardır ve bunların yatırım tutarı yaklaşık 60 milyar sterlindir. Kamu kurumları 2016-17 döneminde bu sözleşmeler kapsamında özel şirketlere 10.3 milyar sterlin ödemiştir. Hükümet herhangi bir yeni PF2 tipi anlaşmaya girmese bile, özel şirketlere, mevcut anlaşmalar için 2040'lara kadar, zaten ödenmiş olan 110 milyar sterlin ek olarak, 199 milyar sterlin daha ödeme yapacaktır (House of Commons, 2018).



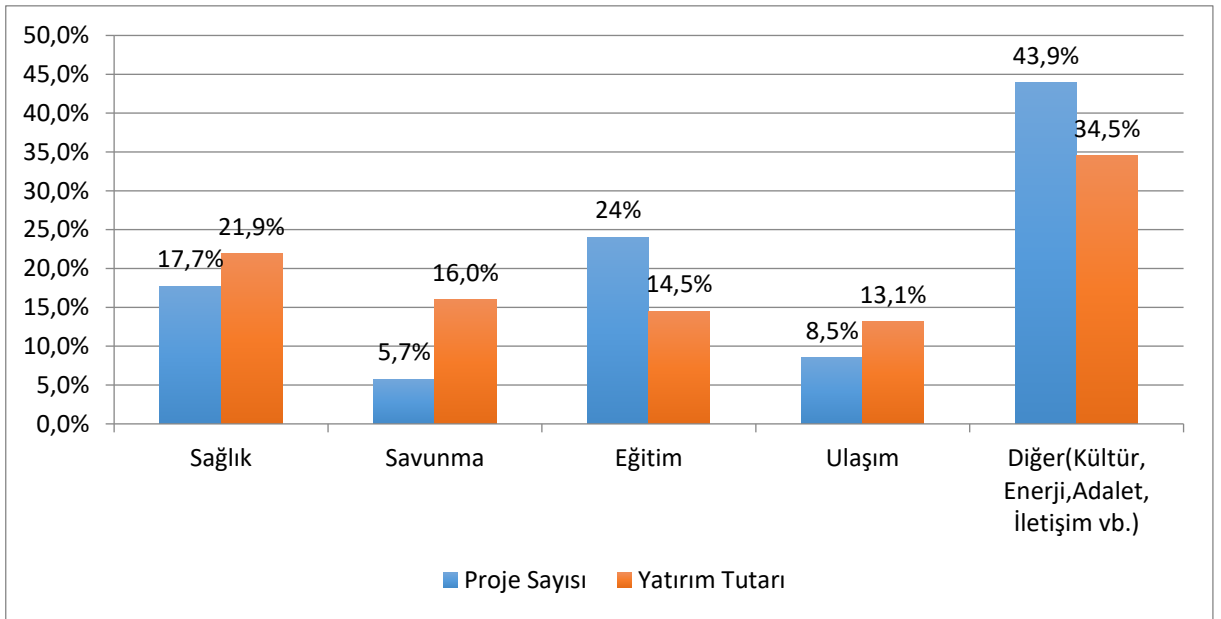
Şekil 13. İngiltere'deki Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısı (National Audit Office, 2018)

Birleşik Krallık'ta toplam 716 KÖİ projesi vardır. Yapılan bu projelerin çoğunluğu sağlık, savunma, eğitim ve ulaştırma sektörlerinden oluşmaktadır. 2018 yılı itibarıyla İngiltere'de gerçekleştirilen kamu özel işbirliği proje sayılarında sağlık ve eğitim alanları daha çok ön plandadır. Bununla birlikte KÖİ ayrıca atık yönetimi, hapisaneler, aydınlatma, kültür, adalet, iletişim, enerji, itfaiye istasyonları içinde kullanılmaktadır.



Şekil 14. İngiltere'deki KÖİ Projelerin Sektörlere Göre Yatırım Tutarları (National Audit Office, 2018)

Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen 716 KÖİ projesinin toplam yatırım bedeli 59,4 milyar sterlindir. Sağlık sektörü, 13 milyar sterlin proje yatırım tutarında diğer sektörlerle göre daha fazla yatırım bedeline sahiptir.

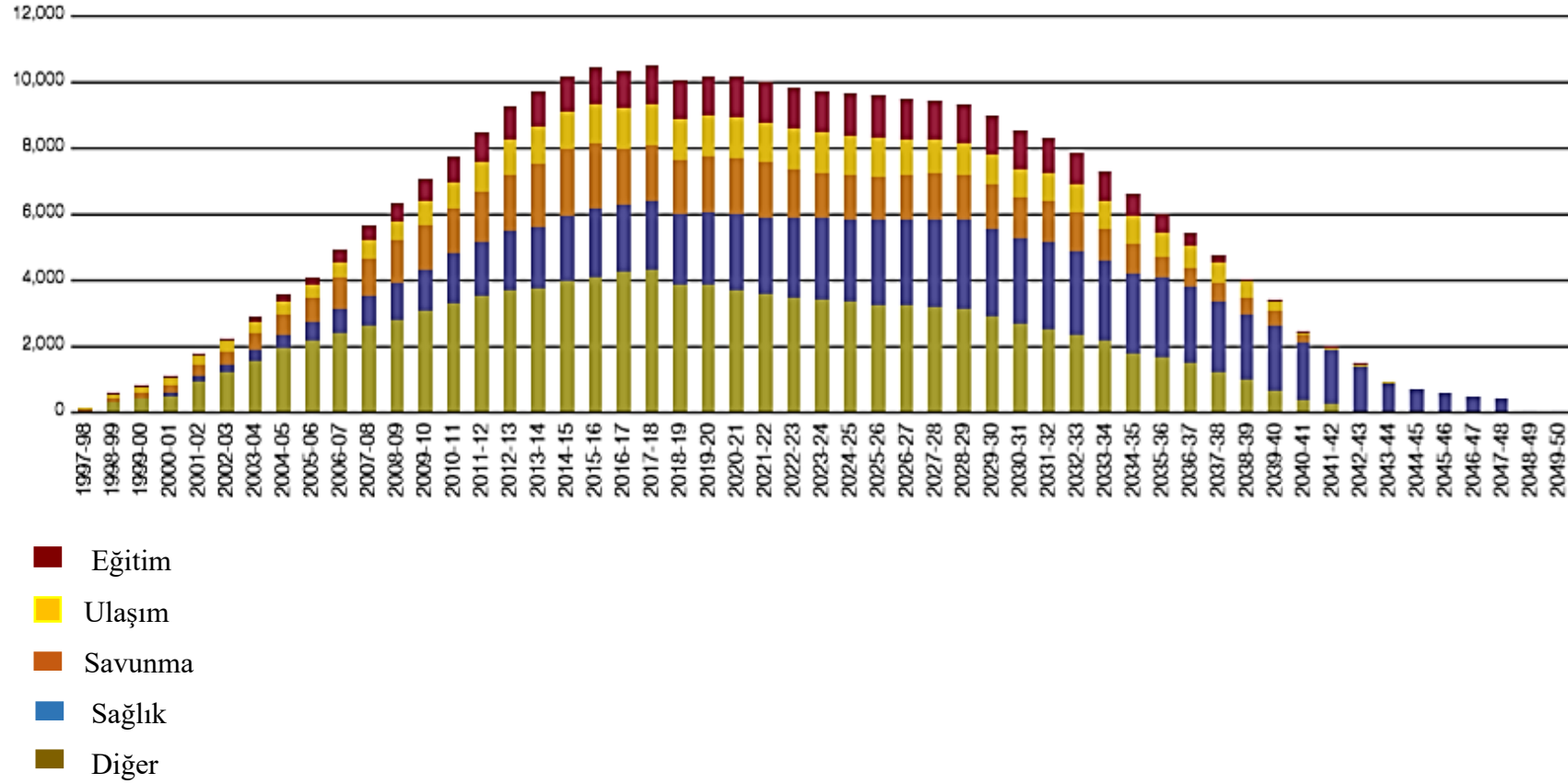


Şekil 15. İngiltere'de Kamu Özel İşbirliği ile Yapılan Proje Sayısının ve Yatırım Tutarının Yüzdesel Dağılımı (National Audit Office, 2018)

İngiltere'de PFI ve PF2'nin artık kullanılmıyor olmasına ve yeni bir anlaşmanın yapılmamasına rağmen, kamu ve özel sektör arasında önceden imzalanan projelerin yatırım tutarı uzun bir süre boyunca etkili olacaktır. Çünkü kamu sektörü yaklaşık 2050'lere kadar özel sektöre kira ödemeleri yapacaktır. Mevcut projeler için gelecekteki ödemelerin 2017'den itibaren toplam 199 milyar sterlin olarak gerçekleşeceği tahmin

edilmektedir. Gelecek 25 yıl için yılda ortalama 7,7 milyar sterlin ödeme olacağı belirtilmektedir. 2016-2017 yılında özel sektöre toplam ödeme tutarı 10,3 milyar sterlin olan proje yıllık kira bedeli ödenmiştir ve bu tutarın %59'u dört sektör tarafından paylaşılmaktadır: Sağlık, Savunma, Eğitim ve Ulaşım. Bu ödemeler dışında kamu kurumları ayrıca, kamu tarafından finanse edilen binaların bakım ve işletme maliyetlerini de ödemek zorundadır (National Audit Office, 2018).

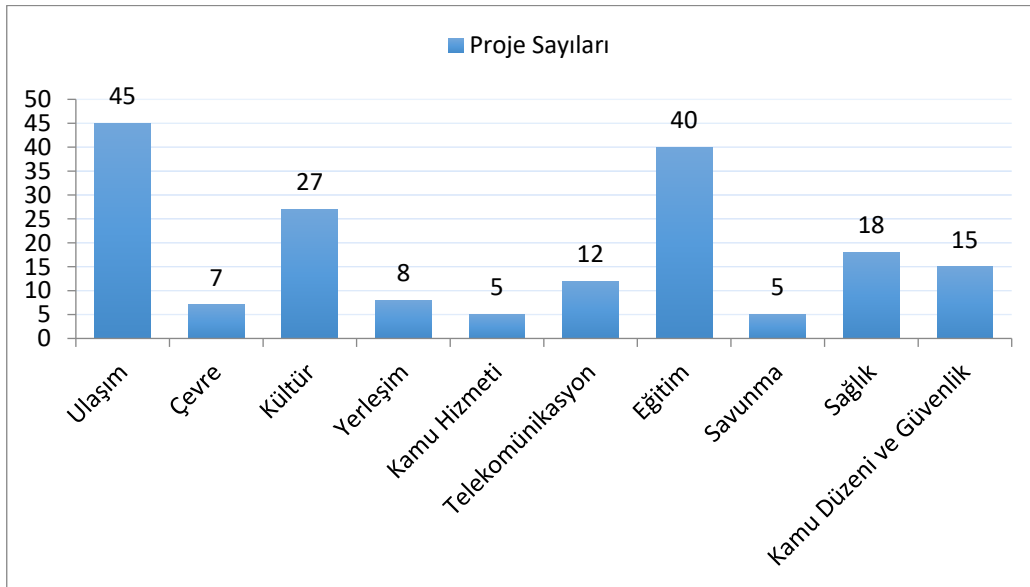
Milyar £



Şekil 16. İngiltere’de Kamu Özel İşbirliği ile Yapılan Projeler İçin 2050’ye Kadar Ödenmesi Gereken Toplam Yıllık Kira Bedelleri (National Audit Office, 2018)

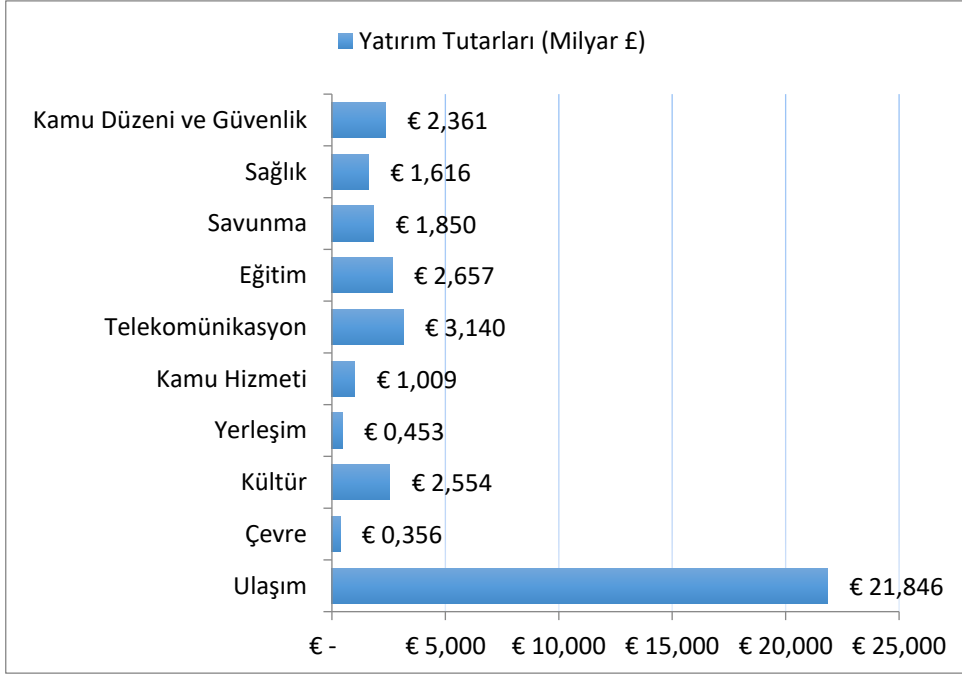
Fransa’da imtiyaz sözleşmelerinin uygulanması 16. ve 17. yüzyıllara varan bir geçmişe sahiptir ve kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörden yararlanma konusunda ciddi bir birikime sahip bulunmaktadır (Gökyurt, 2018). 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın ilk yarısında, su ve kanalizasyon sektörlerindeki belediyelerde kamu özel işbirliği yaygın hale gelmiştir ve bu durum atık yönetimi ile kentsel hizmetler gibi hizmetlerinde özel sektörle işbirliğine gidilmesine yol açmıştır. Benzer bir şekilde, demiryolları ve elektrik gibi hizmetlerde de özel sektörden yararlanılmıştır (Yescombe, 2007).

Fransa’da, kamu özel sektör işbirlikleri her yıl birçok ekonomik sektörde (örneğin ulaşım, eğitim, çevre, telekomünikasyon, kültür, yerleşim, kamu hizmeti, savunma, kamu düzeni ve güvenlik vd.,) uygulanmaktadır.



Şekil 17.Fransa’da KÖİ Projelerinin Sektörlere Göre Dağılımı (<http://data.eib.org/epec>, 2017)

KÖİ modellerini çeşitli sektörlerde uygulayan Fransa’da toplam 182 proje gerçekleştirilmiştir. Bu projelerinin sektörel dağılımı incelendiğinde 45 proje ile ulaştırma sektörünün ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Ulaştırma sektörünü 40 proje ile eğitim sektörü takip etmektedir.



Şekil 18.Fransa'da KÖİ Projelerinin Sektörlere Göre Toplam Yatırım Tutarları (<http://data.eib.org/epec>, 2018)

Fransa'da ki KÖİ projelerin toplam yatırım tutarları yaklaşık 38 Milyar €'dur. KÖİ projelerinin büyüklüklerinin sektörel dağılımlarına bakıldığında en fazla yatırımın ulaştırma sektöründe gerçekleştirilmiş olup onu telekomünikasyon ve kültür tesisleri takip etmektedir.

Fransa'da KÖİ, uzun vadeli bir sözleşme (genel olarak olarak 15 ila 35 yıl) olarak tanımlanır. Kamu kuruluşu özel şirketle bir kamu malına yönelik işbirliği yapmaktadır. Bu işbirliğinden doğan ödemeler, sözleşmenin ömrü boyunca yayılır ve performans hedefleriyle bağlantılıdır. Fransa'da uygulanacak bir KÖİ projesi, hem yasal hem de ekonomik nedenlerle karşılaştırmalı bir ön değerlendirmeye tabi tutulmaktadır (Evren, 2016).

Fransa'da ağırlıklı olarak kullanılan iki tip KÖİ vardır: Birincisi kanallar, otoyollar, su dağıtım sistemleri ve gişelerden köprüler gibi büyük altyapı projelerinin uygulanmasına hizmet eden imtiyaz sözleşmeleri ve ikincisi özel finans girişimi sözleşmeleriyle karşılaştırılabilir ortaklık sözleşmeleri. İmtiyaz sözleşmeleri ve ortaklık sözleşmeleri, Fransız hukukuna göre idari sözleşmelerdir. Söz konusu uygulanacak iki tip KÖİ projesi, ödeme koşullarına göre farklılaşabilmektedir. Bir iş ortaklığı sözleşmesi kapsamında, kamu özel ortağa performansına göre kira ödeyecekken,

bir imtiyaz sözleşmesi kapsamında ise imtiyaz sahibi esas olarak hizmetin kullanıcıları tarafından yapılan ödemelerle kendini finanse etmektedir (Vaissier vd., 2018).

KÖİ projelerin uygulama yöntemini değerlendirmek için bir ön değerlendirme yapılmaktadır. Ardından, ikinci bir değerlendirme ise projenin mali sürdürülebilirliğini incelemektir. Bu değerlendirmeler ve incelemeler ışığında, yatırımcı, bir ortaklık sözleşmesinin kullanılmasının, diğer herhangi bir anlaşma türünden daha iyi bir maliyet etkinliği gösterdiğini kanıtlamalıdır. Son olarak, bu değerlendirmeyi, projenin uygulama yapısı hakkında bir görüş bildirmekten sorumlu olan birime sunmak zorundadır.

KÖİ projelerinden ödeme, imtiyaz sözleşmeleri ve ortaklık sözleşmeleri ödeme koşullarına göre farklılaştırılabilir. İmtiyaz sözleşmesi kapsamında, işletme riski imtiyaz sahibine aktarılır ve bu aktarım, pazarın ekonomik dalgalanmalarına karşı maruz kalma anlamına gelmektedir. Bu nedenle, imtiyaz sahibinin geliri esas olarak hizmet kullanıcılarından kaynaklanmaktadır. İmtiyaz sözleşmelerinden farklı olarak KÖİ sözleşmeleri, sözleşmenin süresi boyunca, söz konusu özel sektöre ödenen düzenli bir ödeme ile karakterize edilmektedir. Ortaklık sözleşmesinde, kamu tarafından yapılacak ödemeler aylık, üç aylık veya yıllık olabilmektedir. Ortaklık sözleşmeleri kapsamında, özel sektöre verilecek kiralar, sözleşmelerde belirlenen performans hedeflerine bağlı olabilir. Benzer şekilde cezalarda da (örneğin zamanında bitirilemeyen projeler), ödenecek kira bedeli miktarını azaltabilir (Vaissier vd., 2018)

Fransa'da kamu özel işbirliği projeleri için verilen devlet garantisi yoktur. Bununla birlikte, 2009 yılı başında devlet çok sayıda KÖİ'yi etkileyen finansal krize tepki olarak KÖİ projeleri için bir garanti sistemi oluşturmuştur. KÖİ birimleri, toplam 13 milyar Euro'yu aşan dört projeyi incelemiştir ancak garantiden faydalanmak için yalnızca bir projeye garanti vermiştir. Yüksek hızlı tren için yapılan ve en büyük KÖİ projelerinden olan Sud Europe Atlantique (en büyük Avrupa demir yolu projesi) Avrupa'da başlamıştır. Bu imtiyaz sözleşmesi bir konsorsiyuma verilmiş ve devlet borç verenlere belirli bir miktarı teminat altına alıp garanti etmiştir. Konsorsiyumuna hat oluşturmak ve işletmek için 50 yıllık bir imtiyaz verilmiştir ve konsorsiyum 2061 yılına kadar hattı işletecektir (Sud_Europe_Atlantique, 2017)

KÖİ'lerin dağılımı, kamu ve özel kuruluşlar arasındaki risklerin açık bir şekilde tahsis edilmesine dayanır. Bu risk dağılımı taraflarca müzakere edilmektedir. Sözleşmenin ifası ile ilgili riskler (örneğin, işlerin tamamlanması ve teslim edilmesindeki

gecikmeler, arazi keşfi ve tasarım riski) genellikle özel kuruluşa aktarılır. Proje finansmanı genellikle belirli proje ve piyasaya bağlı olarak yüksek borçlanma oranlarını içerir. Proje şirketinin hissedarları genel olarak sadece pay sahip oldukları ölçüde sorumludurlar (Vaissier vd., 2018).

Fransa’da kamu özel işbirliği yönteminin uygulanması için kamu yararı ile gerekçelendirilmesi gerekmektedir. Söz konusu KÖİ değerlendirilmesi yapılırken iki koşul aranmaktadır. Bunlardan birincisi yatırım veya hizmetin acil olup olmaması ve teknik olarak projenin karmaşık yapıda olmasıdır. Aciliyet konusu kararında somut bir kamu yararının sunulması aranmaktadır. Aciliyet söz konusu olmayıp fakat karmaşık bir yapı söz konusu ise bir KÖİ projesi yöntemine karar verilebilmesi için idare tarafından bir ön değerlendirme çalışması gerekmektedir. Bu açıdan söz konusu projenin neden imtiyaz veya geleneksel ihale ile yapılmadığını ve projenin KÖİ ile yapılması durumunda ekonomik, idare, hukuki yönden kazandıracığı avantajların ortaya konulması gerekmektedir (Gökyurt, 2018).

Ortaklık sözleşmelerinin geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde idarelere destek vermek amacı ile Ekonomi Bakanlığı bünyesinde özel bir birim kurulmuştur. Kuruluş, resmi olarak 2005 yılının Mayıs ayında kurulmuştur. Mission d’appui a la realisation des contrats de partenariat (Ortaklık Sözleşmelerine Destek Görevi) adlı birimin kurulmasında, KÖİ sürecinin karmaşık süreci kapsamında başa çıkabilecek yeterlikte bir birimin varlığına gereksinim duyulması etkili olmuştur (Evren, 2016). Bu kuruluş Ekonomi Bakanlığı içinde yer almakla beraber Fransa’daki tüm KÖİ projelerine yönelik görev yapan sorumlu bir organdır (Law Rewiev, 2018).

Mission d’appui a la realisation des contrats de partenariat, KÖİ projelerine yönelik ilişkileri yönetmekten ziyade projenin sahibi idarelere danışmanlık hizmeti verir ve tamamen devlet bütçesinden finanse edilmekte olup yaptığı danışmanlık faaliyetleri karşılığında idareden ücret almamaktadır (Evren, 2016).

Almanya'daki kamu özel işbirliği modelleri geç başlamasına rağmen hızlı bir şekilde gelişmiştir. İlk KÖİ sözleşmeleri 2002 ile 2003 arasında imzalanmıştır. 2003 yılının ardından Almanya’da KÖİ proje sayıları giderek artmıştır. Şu anda, Almanya’da KÖİ pazarı İngiltere’de olduğu kadar gelişmemiştir fakat Avrupa’nın son istatistiklerine göre, Danimarka, Finlandiya ve Belçika gibi diğer ülkelerden daha gelişmekle beraber yıllık Alman KÖİ projeleri Avrupa ülkeleri arasında üçüncü sıradadır (Guo vd., 2017).

Yap-transfer et-işlet modelleri en yaygın kamu özel sektör işbirlikleridir. Diğer türler yap-yenile-işlet-devret ve kirala-geliştir içermektedir. KÖİ hastaneler, okullar, idari binalar, spor tesisleri ve hapishaneler gibi kamu binalarının yapımı ve işletilmesinde kullanılır (Bonhage ve Roberts, 2018).

Almanya'da, kamu özel işbirliğini düzenleyen tek bir yasa yoktur. KÖİ'ler genellikle özel yasalarla yönetilen ve bir kamu ortağı ile özel bir kuruluş arasında yapılan bir anlaşmaya dayanmaktadır. KÖİ'ler hakkında daha kapsamlı bir düzenlemeye yönelik ilk adım, KÖİ Hızlandırma Yasası (Beschleunigungsgesetz) 2005 yılında yürürlüğe girdiğinde atılmıştır. Bu yasa, KÖİ'lerin işletilmesiyle ilgili daha önce var olan bazı hükümleri değiştiren bir çerçeve yasasıdır. Ayrıca, kamu alımları için 'rekabetçi diyalog' (*Wettbewerblicher Dialog*) adı verilen yeni bir prosedür getirilmiştir. Bu, kamu idareleri tarafından özellikle karmaşık sözleşmelerin verilmesi için bir prosedürdür. Katılım daveti yapılır ve sözleşmenin tüm ayrıntılarını müzakere etmek üzere seçilen kişi veya şirketler davet edilmektedir (Schaefer ve Volland, 2009).

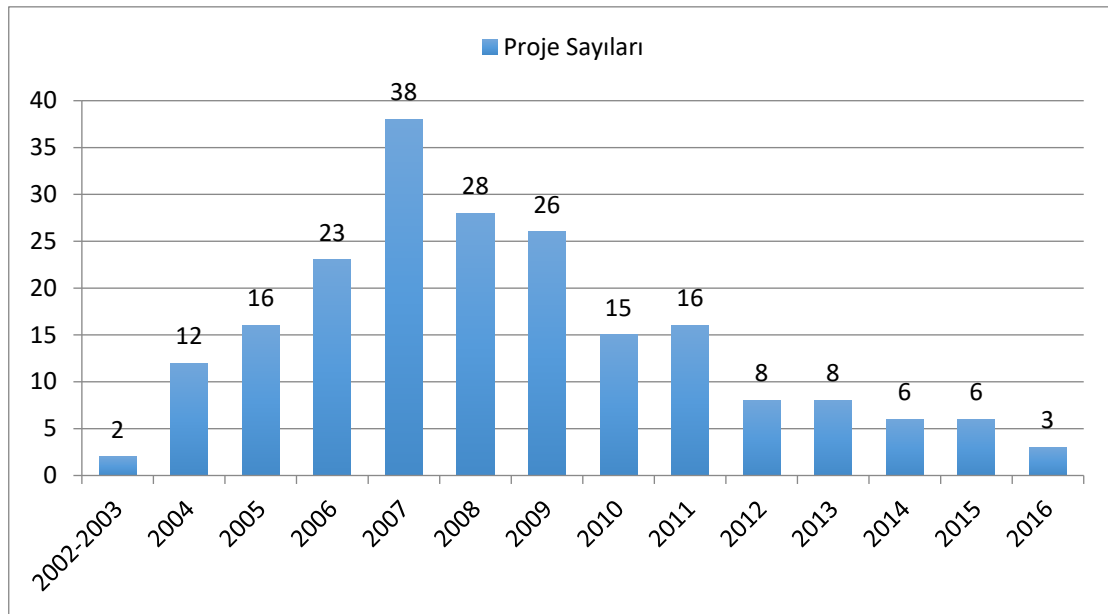
2007 yılının Aralık ayında, hükümet KÖİ ile ilgili konularda tüm kamu kurumlarına nitelikli ve tarafsız önerilerde bulunmak için 'Almanya Ortaklıkları' (Partnerschaften Deutschland) adında bir şirket kurmaya karar vermiştir. Bu şirket alanında uzman ve bilgi sahibi kişileri bir araya getirmektedir. Kamu ve özel sektör arasındaki KÖİ know-how havuzuna sahip bağımsız bir danışman olarak, kamu sektörüne KÖİ çerçevesinde etkin bir şekilde uygulanabilecek projeler hakkında tavsiyede bulunmaktadır. Birimin temel hedefi, Almanya'daki KÖİ pazarını önemli ölçüde genişletmektir (Beck, 2010).

Almanya'daki KÖİ projeleri federal seviyedeki projeler, belediye düzeyinde projeler ve devlet projeleri seviyelerine göre sıralanabilir (Guo vd., 2017). Almanya'daki 16 federal devletin belirli siyasi yetkinlikleri vardır. Bazı görevler için(askeri, federal su yolları ve demiryolu altyapısı) federal hükümetin idari yetkileri olabilmektedir. Federal düzeyde, Federal Almanya Cumhuriyeti genellikle ilgili görevden sorumlu bakanlık tarafından temsil edilen sözleşme ortağıdır. Diğer kamu görevleri ve altyapının çoğu, eyalet yolları, üniversiteler, okullar, hapishaneler vb. federal devletler tarafından yönetilmektedir. Devlet düzeyinde, devlet bakanlıkları veya bağlı devlet otoriteleri tarafından temsil edilen sözleşme makamı olabilmektedir. Belediye düzeyinde projelerde

özellikle bölgesel trafik, su temini ve atık yönetimi ile ilgili bazı kamu görevlerini yerine getiren özel amaçlı kuruluşlar oluşturmaktadır (Bonhage ve Roberts, 2018).

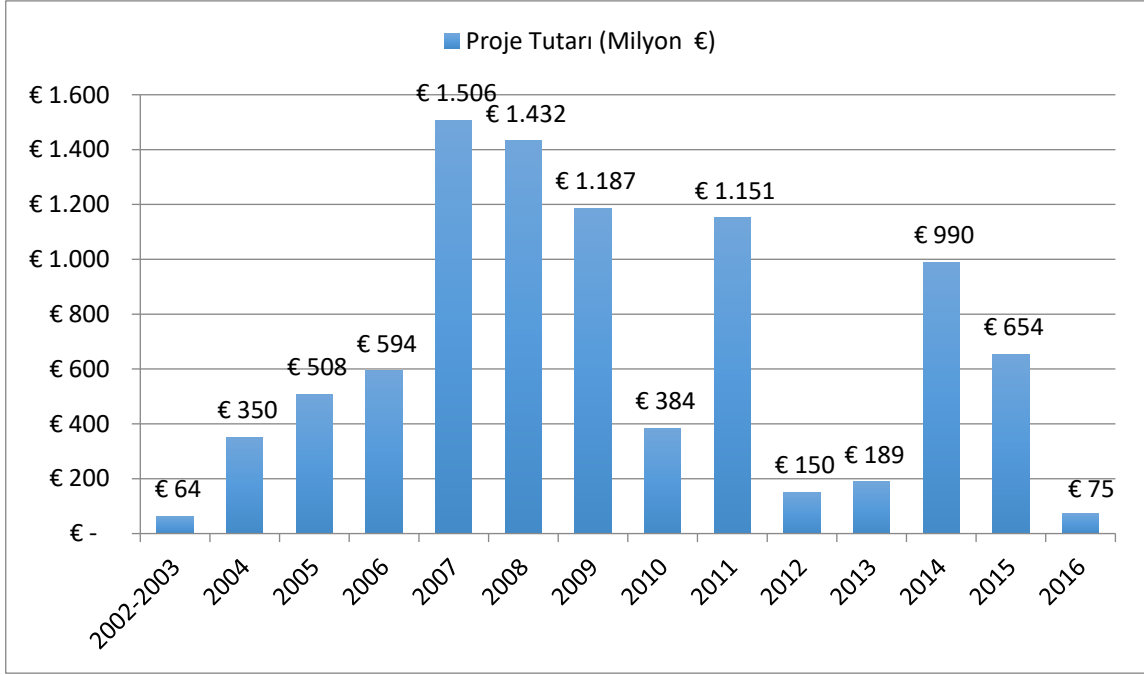
Ayrıca, federal düzeydeki projeler diğerlerinden çok daha fazla seviyededir. Partnerschaften Deutschland'a göre Federal seviye projelerinin oranı %38'dir. Belediye seviyesi projeler %35 ve devlet KÖİ projeleri %26'dır (Guo vd., 2017).

Almanya'da ki KÖİ'ler de belirli bir tedarik yapısını kullanmadan önce, hükümetin - bütçe gerekleri uyarınca - farklı tedarik olanakları üzerinde bir maliyet-fayda analizi yapması gerekmektedir (Beck, 2010). Bir projenin hangi yöntemle yapılacağına karar verilirken (KÖİ veya geleneksel yöntemler) kamu sektörü karşılaştırıcısından (Public Sector Comparator) yararlanılmaktadır (UNECE, 2008). Yapılan karşılaştırılma sonucunda KÖİ modelinin paranın karşılığını daha fazla vereceği tespit edilmesi durumunda KÖİ modeli kullanılmaktadır (Evren, 2016)

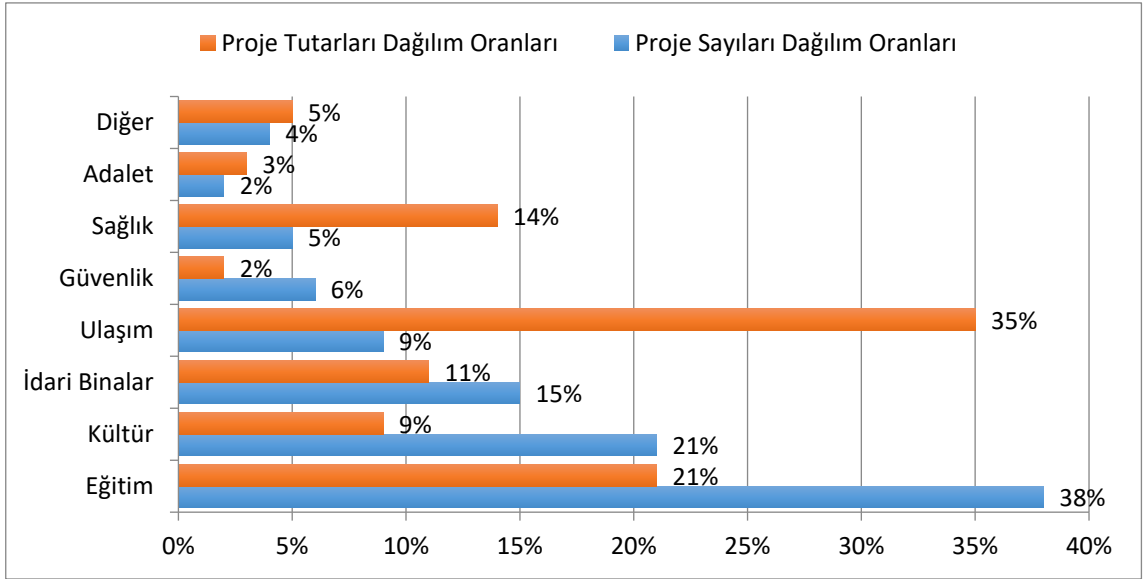


Şekil 19. Almanya'da Kamu Özel İşbirliği Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Guo vd., 2017)

Almanya'da 2002-2003 yılları arasında KÖİ projelerinin ilk defa hayata geçirilmesinin ardından sonraki yıllarda KÖİ projeleri artarak yaygınlık kazanmıştır. 2002-2016 yılları arasında Almanya'da gerçekleştirilen toplam KÖİ sayısı 207'dir. 207 proje için harcanan toplam miktar ise 9.234 milyar €'dur.



Şekil 20.Almanya’da Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Yıllara Göre Yapılan Yatırım Tutarları (Guo vd., 2017)



Şekil 21. Almanya’da Kamu Özel İşbirliği Proje Sayısı ve Yatırım Tutarlarının Yüzdesel Olarak Gösterimi (Guo vd., 2017)

Almanya’da ki KÖİ’nin ana yatırım alanları eğitim, kültür, idare, güvenlik, adalet, sağlık, ulaşımdır. 2002-2014 yılları arasında yapılan KÖİ projelerinin sayısından oransal olarak en fazla %38 (78) ile eğitim sektörüdür. Eğitim sektörünün ardından sırasıyla kültür %21 (43) ve idari binalar %15 (31) en fazla projeye sahip sektörlerdir.

Yatırım miktarı bakımından ise ulaşım önemli derecede pay ayrılmıştır. Ulaşım yatırım miktarı bakımından %35'lik (3.250 milyar €) bir payla ilk sıradadır. Onu %21 (1.950 milyar €) pay ile kültür ve %14 (1.295 milyar €) ile sağlık takip etmektedir.

Almanya'da özellikle özel sektörün yönetiminin kamu yönetiminden daha üstün olduğu algılandığından, kamu otoriteleri kamu görevlerinin yerine getirilmesi için giderek artan bir şekilde özel ortaklarla ilgilenmektedir.

2.2. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Gelişmekte olan ülkelerde ilk hedef çoğunlukla altyapı yatırımlarının artırılması ve buna bağlı olarak ekonomik kalkınmanın gerçekleştirilmesidir. Ekonomik kalkınmaya ihtiyaç duyulan kamu altyapı projelerinin sınırlı bütçe ile zamanında gerçekleştirilememesi gelişmekte olan ülkelerde kamunun özel sektör ile işbirliğine girmesine yol açmıştır. Kamunun özel sektör ile işbirliğine girmesinde proje için gerekli duyulan finansmanın ve yapım işlerinin özel sektör aracılığı ile olanaklı kılınması gibi nedenler yer almaktadır (Durucasu ve Acar, 2015). Türkiye'de gelişmekte olan ülkeler arasında yer aldığı için kamu özel işbirliği projelerine ciddi oranda yatırım yapmıştır.

1980 yılından sonra küreselleşen dünya ve ülke şartlarının getirdiği gereksinimler için dış kaynaklardan yararlanma Türkiye ekonomisi içinde zaruri bir finansman yöntemi haline gelmiştir. Ülkemizde uygulanan politikalar, maliyetler, kaynak yetersizliği ve döviz ihtiyacı gibi nedenlerle yurtdışına yönelen özel sektörün dış kaynak kullanımının ülke ekonomisinde ki dalgalanmalara göre artıp azaldığı söylenebilir. Özel sektörün dış kaynak kullanımı ülke ekonomisi içerisinde meydana getirdiği yük ve katkılar da geçmişten günümüze dek tartışılmaktadır (Alagöz ve Yokuş, 2017).

Kamu özel işbirliğinin ülkemizde ilk örnekleri Osmanlı İmparatorluğu döneminde yer aldığı görülmektedir. Osmanlı İmparatorluğunda 19. yüzyılda yeni fikirler ve teknolojiler geliştiren kişilerin tavsiyeleri dikkate alınmış ve bu girişimcilere imtiyaz hakkı verilmiştir. Söz konusu imtiyaz hakkı verilen kişilere imtiyaz sahibi oldukları tesis gelirinden pay alma hakkı tanınarak tesisin işletme hakkı da verilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Osmanlı İmparatorluğunda imtiyaz usulü uygulanması III. Selim zamanından itibaren ileri görüşlü padişahların batı ile tanışan bürokrat ve aydınların Avrupa'daki gelişmeleri yakından takip etmeleri ile modern kamu hizmetlerin oluşumu için etki

yaratmıştır. Tazminat dönemine gelindiğinde ülkenin kamu hizmetleri alanında eksiklikler ve yoksunluklarla karşı karşıya geldiği, bunlara sebebiyetin ise ülkedeki koşulların etkisi olduğu görülmüştür. İmparatorluğun 19.yüzyılda yüzleştiği sorunlarla birlikte Avrupa’da ortaya çıkan sermaye birikimin yatırım arayışında olduğunun da etkisi vardır (Esirgen, 2011). 1850’li yıllardan sonra Osmanlı İmparatorluğunda yabancılara verilen kamu imtiyazları yoğunlaşmış ve bu nedenle 10 Haziran 1910 tarihinde ‘Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun’ kabul edilmiştir. Söz konusu bu kanun günümüze kadar hala geçerliliğini korumaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde gerçekleştirilen imtiyaz modeline ilişkin projelere, 1870’li yıllarına ait dünyanın ilk metro uygulama alanlarının arasında olan Beyoğlu Tüneli Projesi, 1850’li yıllarda uygulanmaya konulan Terkos Suyu Projesi ve İstanbul Şirket-i Hayriye Deniz Hatları İşletmesi Projesi, bunlarla birlikte elektrik, havagazı, tramvay ve demiryolu gibi pek çok imtiyaz projeleri örnek olarak verilebilir. Dünya savaşları, 1929’da ki büyük buhran dönemi ve enflasyon gibi olumsuz koşullar Avrupa ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de çok sayıda imtiyaz sözleşmelerinin ilerleyememesine sebebiyet vermiş, imtiyaz sahipleri devletlerle anlaşmalar yaparak sözleşmelerini kamu şirketlerine devretmişlerdir. Aynı dönemlerde yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti, milli ekonomiyi hızla güçlendirmek ve kalkındırmak amacıyla yabancılara tanınan imtiyaz sözleşmelerini geri almış, altyapı tesisleri ve şirketler yeniden kamuya devredilerek millileştirilmiştir (Dönertaş, 2018).

II. Dünya Savaşı’ndan sonra batılı ülkeler olmak üzere dünyada küresel çapta yeni bir kalkınma ve atılım serüveni başlamıştır. Başta Amerika Birleşik Devletleri’nin öncülük ettiği devletin ekonomide ki rolünün sınırlı olması fikri genel bir şekilde yaygınlık kazanmıştır. 1970’lerde liberal iktisat politikaların en üst seviyelerine ulaşması sonucunda kamu ve özel sektörün işbirliği yapması yöntemi yeniden ortaya çıkmıştır. 1970’lerden sonra ve özellikle 1980’li yıllarda kamunun verimsizlik sorunlarını aşma çabası, finansmanın yetersiz oluşu, bürokratik engellerden kurtulma ve teknolojik ilerlemenin gerisinde kalmama gibi faktörler yeni bir hizmet sunum ve finansal modelinin tercih edilmesinde etkili olmuştur (KÖİÖİK Ön Raporu, 2014).

1980’li yıllardan sonra yaygınlaşan devlet teşkilatını küçültüp kamu kesimini daraltmaya yönelik politikalar oluşturma yaklaşımı çerçevesinde klasik kamu hizmeti anlayışı etkilenmiştir. Bu politikaların siyasi ve idari boyutları belirlenirken üç ana hedef

saptanmaktadır. Bunlar: kamu kesiminin daralması, kamunun rolünün yeniden tanımlanması ve kamu kesiminin etkili hale getirilmesidir. Bu hedeflere ulaşılabilmek için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler kamu giderlerini ve kamu personel sayısını azaltmak, özelleştirme ve mali reform, bütçe reformları, özel sektörün işletmecilik yöntemlerinin kabulü ve özelleştirme olarak sayılabilmektedir. Ülkemizde bu gelişmelerden etkilenmiş ve bazı kamu hizmetlerinin özel kişilerce gördürülmesi uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu konuda klasik kamu hizmeti imtiyazı yöntemi dışında yeni yöntem arayışlarına girmiştir (Erol, 1999).

Türkiye’de klasik alım ve imtiyaz modelleri dışında altyapı tesis projelerinin ve hizmetlerinin özel sektör tarafından hayata geçirilmesini hedefleyen ilk hukuki girişimler 1980 yılından sonra yapılmaya başlanmıştır. Yaklaşık 30 yıllık dönemde pek çok projeyi hayata geçiren Türkiye, uluslararası alanda da öncülük edecek bir şekilde kamu özel işbirliği modeli uygulamalarına hızla adım atmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Yaşanan bu gelişmeler ışığında kamu özel işbirliği modelinin ilk somut örnekleri görülmeye başlanmış ve 1980’li yıllardan sonra Türkiye’de o dönemin Başbakanı Turgut ÖZAL Yap-İşlet-Devret modelini 1984 yılında literatüre kazandırmış ve dünyada da ilk defa bu modeli uygulayan ülke Türkiye olmuştur. Bu model Elektrik santrallerin inşası için uygulanmıştır (Miles, 1995; KÖİÖİK Ön Raporu, 2014).

Fakat bu modelin kullanıldığı dönemlerde özellikle ilk yirmi yılında yürürlükteki hukuk düzenlemeleri dikkate alınarak ve kurumlar arası koordinasyon sağlayıp ihtiyaç olan ön hazırlıklar yapılarak planlı bir şekilde yola çıkılamadığı için çok fazla zorlukla karşılaşılmış, yabancı yatırımcıların ilgisi istenen düzeyde olmamış, projeler gecikmiş, köklü, daha hızlı ve sağlıklı ilerleme fırsatı yeterince değerlendirilememiştir. Nitekim kamu özel işbirliği alanında 1980 yılından günümüze kadar çıkartılan çok farklı yasa, yönetmelik Bakanlar Kurulu Kararı ya da tesis sözleşmesi yürürlükteki hukuki yapıya ters düştüğü için Anayasa Mahkemesi ve ya Danıştay kararlarıyla iptal edilmek zorunda kalınmış iptal edilenlerin yerine hızlı bir şekilde yama nitelikli yeni düzenlemeler yapılarak çözüm arayış sürecine maruz kalınmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Aşağıda, Türkiye’de kamu özel işbirliği modeline ilişkin temel kanunlar ve yasal düzenlemelere ait bilgiler verilmektedir.

2.2.1. Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde ilk olarak özel hukuk kişilerine kamu hizmetlerinin gördürülmesine ilişkin yasal düzenlemenin 10 Haziran 1910 tarihli ‘Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun’ olduğu belirtilebilir. Fakat söz konusu olan bu kanunun uygulaması mümkün olmamıştır. Çünkü Osmanlı döneminde sıklıkla kullanılan imtiyaz yöntemine Cumhuriyet döneminde birkaç örnek dışında başvurulmadığı görülmektedir (Gürkan, 2014). Bu kanunlar uyarınca Osmanlı İmparatorluğu zamanında verilen imtiyazlar Türkiye Cumhuriyeti kurulduktan sonra Devlet tarafından satın alınmış ve kamu hizmetleri 1980’li yıllara kadar bizzat devlet tarafından verilmiştir (Evren, 2016). Fakat günümüzde kamu hizmetine duyulan gereksinimle birlikte kamu hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak gösterdiği artış, devlet tarafından kamu hizmet yatırımlarına ayrılan kaynakların yetersiz kalmasına neden olmuş, bu kaynakların etkin ve verimli bir biçimde kullanılmasında eksiklikler hissedilmiştir. Bu eksikliklerle beraber klasik kamu hizmeti yöntemi anlayışıyla kamu hizmetlerinin arzu edilen kalite ve düzeye ulaşılamamasıyla alternatif kamu özel işbirliği modellerinin hayata geçirilmesine neden olmuştur. Bu çerçevede 1980’li yıllardan itibaren birçok yasal düzenlemeler yapılarak kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle ve farklı modeller uygulamasıyla gerçekleştirilmesine çalışılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Kamu özel işbirliği kapsamında kamu hizmeti gördürülmesini sağlayan yasal düzenlemeler şunlardır (Kalkınma Bakanlığı, 2012; Gürkan, 2014; Çakır, 2016):

1. 16/08/1961 tarih 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanununun 20. maddesinde kamu özel işbirliği ile yurtların yapımına ilişkin düzenlemelere yer verilmiştir.

2. 04.02.1984 tarih ve 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticari ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun enerji sektöründe özel hukuk kişilerine yetki veren ilk kanundur.

3. 28.05.1988 tarih ve 3465 sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun otoyol yapımında özel hukuk kişilerine yetki verilmesinin hukuki alt yapısını oluşturmaktadır.

4. 3291 sayılı Özelleştirme Kanununa 5 ek madde ekleyen 02.02.1994 tarih ve 3974 sayılı Kanun ile; Türkiye Elektrik Kurumunun hisse ve varlıklarının satılarak özelleştirilmesi ile bu Kanun’a dayanarak veya özel sektörün yeni enerji üretim, iletim ve

dağıtım tesisleri kurma ve işletmelerini veya mevcutların işletme haklarını devir almak için yapılacak sözleşmelerin ‘özel hukuk hükümlerine’ bağlı olacağına ve ‘imtiyaz sözleşmesi’ sayılmayacağına ilişkin konular düzenlenmiştir.

5. 13.06.1994 tarih ve 21959 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap İşlet Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun ile Yap İşlet Devret modeli hukuki altyapı kazanmıştır.

6. 24.11.1994 tarih ve 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun’un 18. maddesi ile özelleştirme yöntemi sıralanmış ve işletme hakkının verilmesi düzenlenmiştir.

7. 21.04.2005 tarih ve 5335 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 33. maddesinde Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü’nün işletmesinde bulunan hava alanları ve Yap İşlet Devret Modeli çerçevesinde yaptırmış olduğu ve işletimini özel sektöre verdiği terminalleri ve diğer tesisleri özel hukuk kişilerine 49 yılı geçmemek üzere devredebileceği belirtilmektedir.

8. 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu ile 2813 sayılı Telsiz Kanunu çerçevesinde telekomünikasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve/veya altyapısının işletilmesi için bakanlık ve işletilmesi arasında yapılan sözleşme imtiyaz kabul edilmiştir.

9. 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı tarafından verilecek ön proje ve temel standartlar çerçevesinde özel hukuk kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilceği düzenlenmiştir.

10. 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile sağlık hizmetlerinde kamu özel işbirliği sözleşmelerinin yapılmasını ve uygulanmasını sağlamak üzere; Sağlık Bakanlığı teşkilatı içerisinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve bu Genel Müdürlük teşkilatı içerisinde de Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı kurulmuştur.

11. 652 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile eğitim hizmetinde alt yapı olanaklarının geliştirilmesi ve kamu özel işbirliği sözleşmelerinin kurulabilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı Bünyesinde İnşaat ve Emlak Grup Başkanlığı kurulmuştur.

12. 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.

13. 6428 sayılı yasaya ilişkin olarak 09.05.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği’ yürürlüğe girmiştir.

Yukarıda özet olarak verilen kamu özel işbirliğine yönelik hukuksal düzenlemelerin dağınıklığı ile sayıca çokluğu ve belli bir sistematik çerçevede bulunmayışı kamu özel işbirliğinin mevzuat altyapısının anlaşılıp benimsenmesine ve uygulayıcılar tarafından istenildiğinde rahatlıkla ulaşılmasına engel teşkil etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

2.2.2 Türkiye’de Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelleri

Kamu özel işbirliği mevzuatı incelendiğinde bir modelin birden fazla kanunda düzenlenmiştir. Ayrıca bir kanunda da birden fazla modele yer verildiği görülmektedir. Örneğin, yap işlet devret modeli 3996 sayılı Yap İşlet Devret Kanununda, 3096 sayılı Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunda düzenlenmiştir (Evren, 2016).

Türkiye’de uygulanan kamu özel işbirliği modelleri ve bu modellere ilişkin kanunlar tabloda verilmiştir. Tabloda Türkiye’de uygulanan dört temel kamu özel işbirliği modeline göre kanunların bir listesi verilmiştir. Kalkınma Bakanlığın raporlarından alınan söz konusu tabloda özelleştirme de işletme hakkı devri ile birlikte kamu özel işbirliği modelleri arasında yer almış ve bunlarla ilgili mevzuat belirtilmiştir. Kanımızca özelleştirmenin kamu özel işbirliği modelleri arasında gösterilmesi doğru bir uygulama değildir. Çünkü ilgili mevzuat dar anlamda bir özelleştirmeyi içermektedir. Kamu özel işbirliği geniş anlamda bir özelleştirme içerisinde tanımlanabilir fakat bu husus literatür açısından geçerlidir, uygulamada ve hukukta ayrı sınıflandırılmalıdır. İmtiyaz yöntemi çok eski bir yöntem olup mevzuatı da eskidir. Burada özellikle tahkim konusu uluslararası yatırımcılar açısından önemli bir düzenleme olarak ilave edilmiştir. İşletme hakkı devrinde ise havalimanları ve gümrük kapılarının işletme haklarının devri konusundaki düzenlemeler mevcuttur. Yap işlet modeli Türkiye’de elektrik sektöründe gerçekleştirildiğinden hukuksal düzenlemelerde tabloda verilen şekilde oluşmuştur. Yap işlet devret modeli en fazla tercih edilen model olarak geniş bir mevzuata sahiptir. Son

yıllarda yap kirala devret modeli ile sağlık kampüslerinin yapımına başlanmasıyla bu alana da yönelik hukuksal düzenlemeler gelmiştir. Henüz uygulamada sadece sağlık kampüslerinin konusunda geniş bir yer bulan yap kirala devret modelinin eğitim ve yurt gibi hizmetler için de gelecekte sıklıkla başvurulacağı beklenmektedir (Kılıçaslan,2017, Kalkınma Bakanlığı, 2017).

Türkiye’de kamu yatırım ve hizmetlerinin özel sektörle işbirliği çerçevesinde hayata geçirilmesinde Yap İşlet Devret (YİD), Yap Kirala Devret (YKD), Yap İşlet (Yİ) ve İşletme Hakkı Devri (İHD) gibi modeller günümüze kadar uygulanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Ülkemizde Yap İşlet modeli elektrik enerjisi üretiminde kullanılmıştır. Yap işlet modeline göre özel sektöre mülkiyetleri kendilerine ait olmak üzere termik santralini kurma ve işletilmesi izini verilmekte, burada üretilen elektriği ise devlet satın almaktadır. Sözleşme sonunda tesis özel sektörde kalmaktadır. Yap işlet modeli 1997 tarihli 4283 sayılı Kanunla yasal statüye kavuşmuş ve bu çerçeveden beş adet doğal gaz elektrik santrali projesi hayata geçirilmiştir (KÖİÖİK, 2014).

Yap İşlet Devret modeli, 8/6/1994 tarihli 3996 sayılı Kanunda, ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan projelerinin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli olup elde edilecek kar da dahil olmak üzere yatırım bedelinin sermaye şirketine veya yabancı şirkete, şirketin işletme süresi içerisinde ürettiği mal veya hizmetin idare veya hizmetten faydalananlarca satın alınması şeklinde tanımlanmaktadır (Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı, 2015). Kanunda belirtilen tanımdan da anlaşılacağı üzerine, yap işlet devret modelinin ilk ve temel işlevi ileri ve yüksek teknolojiye sahip yatırımları gerçekleştirilmesidir. Bu modele göre bir yatırımın hayata gerçekleştirilmesi için ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan alanlardaki projelere sahip olunması gerekmektedir. İkinci işlevi ise yatırımın uygulanabileceği alanın, ileri ve yüksek teknoloji veya yüksek maddi kaynak ihtiyacını gidermesidir. Üçüncü işlevi, ileri teknoloji ile yatırımı gerçekleştirecek ve bunlar için gerekli finansmanı sağlayacak bir sermaye şirketi veya yabancı şirketin varlığıdır. Tanımdan anlaşılan dördüncü işlev ise yapılacak yatırımın kar da dahil olmak üzere toplam maliyetinin idare ve hizmetten faydalananlar tarafından satın alınarak ödenmesi söz konusudur (Fırat Kalkınma Ajansı, 2014).

Aynı kanunda yap işlet devret modeli ile gerçekleştirilebilecek kamu hizmetleri şöyle sıralanmaktadır; tünel, sulama, baraj, köprü, içme ve kullanma suyu, kanalizasyon, arıtma tesisi, kongre merkezi, haberleşme, spor tesisleri, kültür ve turizm yatırımları, ticari binalar ve tesisler, tema parklar, yurtlar, balıkçı barınakları, depo tesisleri, jeotermal ve atık ısıya dayalı tesisler ve ısıtma sistemleri elektrik üretimi, dağıtımı ve ticareti maden ve işletmeleri, çevre kirliliğini önleyici yatırımlar, fabrika ve benzeri tesisler, trafiğı yoğun karayolları, otoyol, demiryolları ve raylı sistemler, teleferik ve telesiyej tesisleri, gar kompleksi ve istasyonları, lojistik merkezi, yeraltı ve yerüstü otoparkı ve sivil kullanıma yönelik deniz ve hava alanları ve limanları, sınır kapıları ve gümrük tesisleri, yük ve/veya yolcu ve yat limanları ile kompleksleri, tabiat parkı, milli park(özel kanunu olan hariç), tabiatı koruma alanı ve yaban hayatı koruma ve geliştirme sahalarında planlarda öngörülen yapı ve tesisler, toptancı halleri ve benzeri yatırım ve hizmetlerin yaptırılması, işletilmesi ve devredilmesi (Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı, 2015).

Özetle yap işlet devret, kamuya ait olan bir arazi üzerinde özel sektöre tesis inşa etme hakkı verilmekte, olası riskler özel sektör ve kamu arasında paylaşılmaktadır. Özel sektör sözleşmede belirtilen süre içerisinde tesisi işletmek, bakımını, onarımını yapmakta ve sözleşme süresi sona erdiğinde ise tesisi kamuya devretmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2017).

Yap kirala devret, kamu ile özel sektör arasında akdedilen bir sözleşme çerçevesinde, bir tesisin özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, tasarlandığı, sözleşmede belirtilen süre içerisinde idareye kiralandığı, kiralanan tesis üzerindeki bazı mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmen veya tamamen yapımcı tarafından işletilebildiğı ve yapımının mülkiyetinin kira dönemi sonunda sözleşmede düzenlenmesi durumunda kamuya tesisin bedelsiz olarak geçtiğı modeldir (Kılıçaslan, 2017). Ülkemizde sağlık sektöründe şehir hastaneleri ve sağlık kampüsleri bu model çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Yap kirala devret modeli kamu özel işbirliği modelleri içerisinde en yeni olanıdır ayrıca şehir hastanelerinin yapılmasında kullanılan bu modelle kamu özel işbirliğinin ülkemizde daha çok duyulmasını sağlamıştır. Yap kirala devret modeli sağlık sektörü dışında eğitim kamu hizmetlerinde de kullanılmaktadır (Evren, 2016).

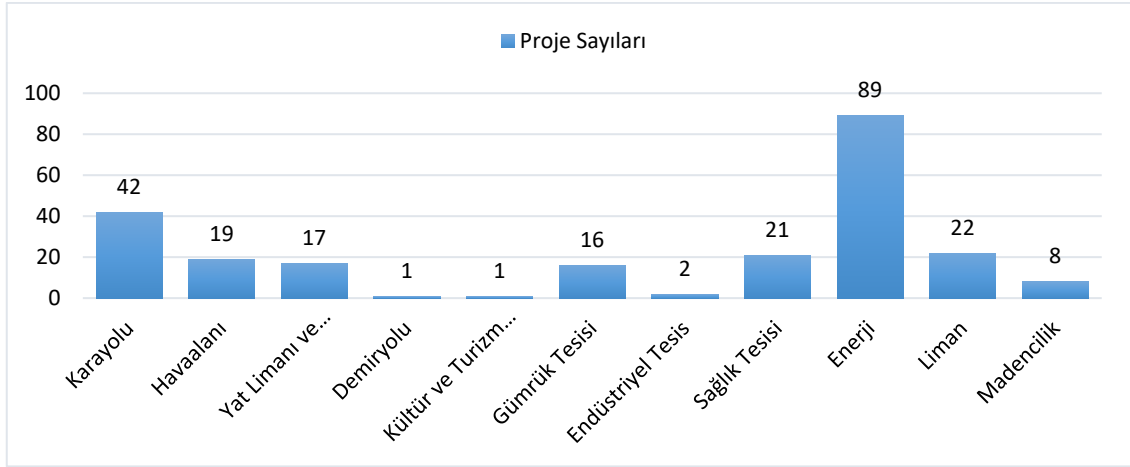
İşletme hakkı devri modelinde ise kamunun bir tesisin işletme hakkı belirli bir süreliğine özel sektöre devredilmektedir. Bu model özelleştirme ile karıştırılmamalıdır.

Çünkü bu modelle yapılan tesislerde işletme hakkı sadece belirli bir süreliğine özel sektöre devredilmektedir ve sonrasında tesisin mülkiyeti kamuya kalmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2017). İşletme hakkı devri yöntemi, özelleştirme uygulamasının yapılamaması halinde başvurulmuş bir yol olmuştur. İşletme hakkı sahibi işletmeyi bizzat çalıştırmayı, işletme sermayesinin yokluğu veya işletmeyi işletmek istememesi sebebiyle tercih etmemeyi istiyor olabilmektedir. İşletme hakkı ile devreden bakımından temel etken işletme hakkı devir bedelidir. Ayrıca bu model çerçevesinde işletme sahibi olan kişi, hem işletmenin mülkiyetini elinden çıkarmamakta, hem işletmenin fiziki varlıklarını korunur şekilde yaşaması ve müşteri kaybetmemesi sonucu elde etmekte hem de işletme hakkı devir bedeli elde etme olanağına sahiptir (Ayanoglu, 2007).

2.2.3. Türkiye’deki Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları

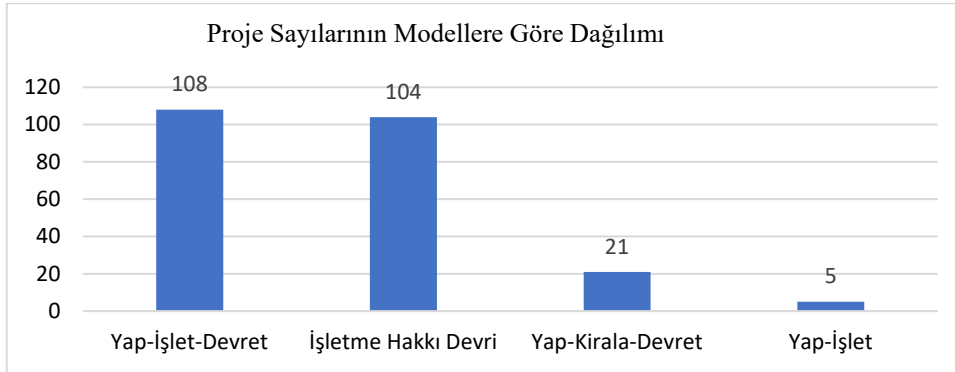
Türkiye’de 1986 yılında enerji projeleriyle birlikte kamu özel işbirliği modelleri ekonomik hayatımıza girmiştir (Çakır, 2016).

Türkiye’de gerçekleştirilen kamu özel işbirliği modelleri çerçevesinde gerçekleştirilen projelerin sektörel dağılımı Şekil 22’de verilmiştir. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı verilerine göre ülkemizde 1986-2018 yılları arasında gerçekleştirilen toplam KÖİ proje sayısı 238 adettir. Enerji sektörü şekilde de görüldüğü gibi 89 proje ile en fazla projenin gerçekleştirildiği sektör olmuştur. Türkiye’deki ulaşım sektörü içerisindeki karayolu, liman, havaalanı ve demiryolları projeleri toplam olarak ele alındığında 84 proje ile enerji sektörüne yaklaşmıştır. Son yıllarda Türkiye’de ulaşım alanındaki projelerin artan önemi Türkiye’deki kamu özel işbirliği projelerinin sektörel yapısını Avrupa’daki görünüme doğru yaklaştırması beklenebilir. Sağlık projeleri 21 proje ile son yıllarda önemli artış yaşanan ve ülkemizde KÖİ modeli çerçevesinde yeni kullanılan sektörün başında gelmektedir.



Şekil 22. Türkiye'de KÖİ Projelerinin Sektörel Dağılımı (<https://koi.sbb.gov.tr/>, 2019)

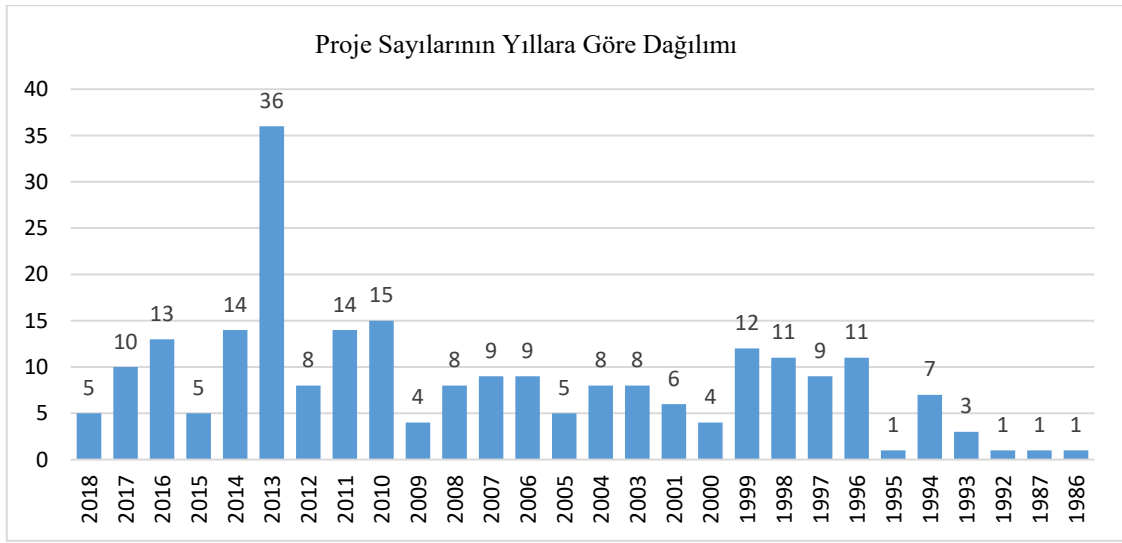
Ülkemizde gerçekleştirilen kamu özel işbirliklerinin uygulanan modellere göre dağılımı şekildeki gibidir. Ülkemizde yap işlet, yap işlet devret, işletme hakkı devri ve yap kirala devret modelleri uygulanmaktadır. Türkiye’de en çok kullanılan kamu özel işbirliği modelinin yap işlet devret modeli olduğu, bu modelle yapılan proje sayısının ise 108 adet olduğu görülmektedir. İkinci sırada yer alan işletme hakkı devri modeli 104 projeye yap işlet devret projesini takip etmektedir. Üçüncü sırada 21 proje ile yap kirala devret modeli gelmektedir. Bu modelin son yıllarda sağlık tesisi projelerinde tercih edilmeye başlanmasıyla yükselişe geçtiği söylenebilir.



Şekil 23. Türkiye'de KÖİ Proje Sayılarının Modellere Göre Dağılımı (<https://koi.sbb.gov.tr/>, 2019)

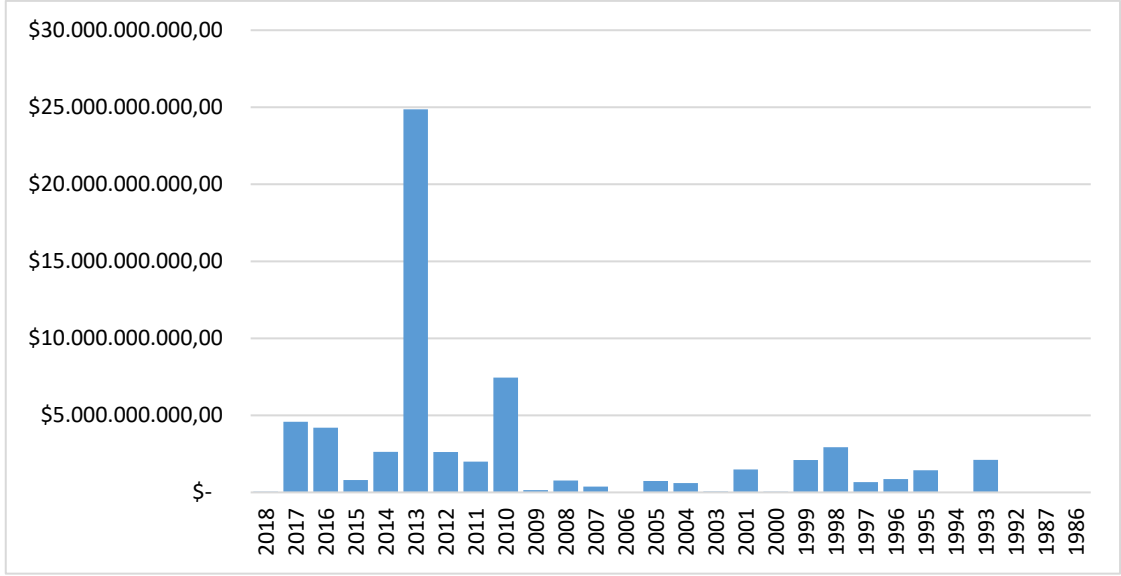
Kamu özel işbirliklerinin Türkiye’de yıllar itibariyle gelişimi tabloda verilmiştir. Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de kamu özel işbirliklerinin 1990’ların ikinci yarısından itibaren yoğun olarak kullanıldığı görülmektedir. KÖİ’nin ilk uygulandığı 1986 ve 1987 yılları hariç tutulursa 1992 ve 1994 yılları arasında KÖİ’de bir artış gözlenmektedir. Bu dönemde Türkiye’de yaşanan siyasal istikrarsızlıklar, seçim ve

hükümet değişikliklerinin KÖİ projelerinde etkili olduğu ve buna bağlı olarak 1995 yılında 1 projenin uygulandığı söylenebilir. Takip eden yıllarda KÖİ proje sayısı 1996 yılından itibaren artış göstermiş ve yıllık 4 projenin altına düşmemiştir. 1999-2009 yılları arasında inişli çıkışlı bir seyir izleyen KÖİ projeleri 2010 yıllarından sonra Türkiye’deki en önemli gündem maddeleri içerisinde yer almıştır. Başka bir anlatımla, Türkiye’de KÖİ modeli ile kamu hizmet sunumunun altın dönemi söylenebilir (Kılıçaslan, 2017). 2013 yılındaki 36 adet proje ile birlikte 2010-2018 yılları arasında 120 adet proje söz konusu olmuş ve bu sayı hemen hemen neredeyse toplam KÖİ proje sayısının yarısını oluşturmuştur.



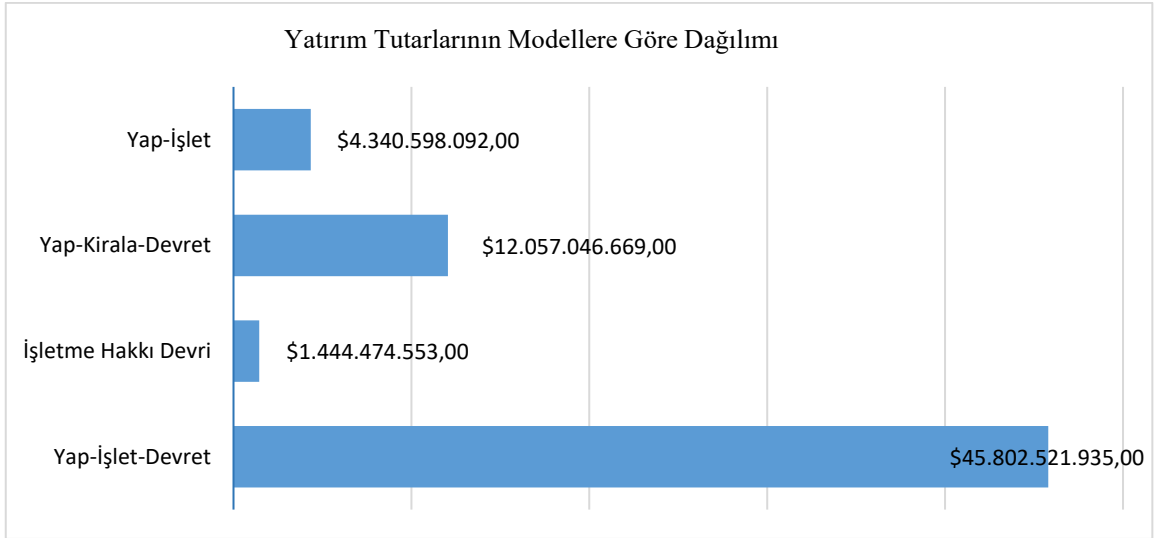
Şekil 24. Türkiye’de KÖİ Proje Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (<https://koi.sbb.gov.tr/>, 2019)

Türkiye’de kamu özel işbirliği proje sayılarının yıllara göre değeri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir. Şekilde verilen değerlere göre 1986-2018 yılları arasındaki projelerin toplam değeri 63.644.641.249,00 dolardır. Bu miktar ile kamu özel işbirliği projelerine önemli yatırım tutarlarına ulaşılmıştır. Özellikle 2010 yılından itibaren kamu özel işbirliği ile yapılan yatırım tutarlarının önemli boyutlara ulaştığı görülmektedir.



Şekil 25.Türkiye'de KÖİ Projelerinin Yıllara Göre Yatırım Tutarları (<https://koi.sbb.gov.tr/>, 2019)

Kamu özel işbirlikleri yatırım tutarlarının modellere göre dağılımı ise şekilde belirtildiği gibidir. Kamu özel işbirliği ile yapılan yatırımların en fazla gerçekleştirilen model 45.802 milyar dolar ile yap işlet devret modelidir. Yatırımların en fazla gerçekleştirildiği ikinci model ise 12 milyar dolar ile yap kirala devret modelidir. Bu model ile yapılan yatırımların ikinci sırada yer almasının nedeni son yıllarda kamu özel işbirliklerinin sağlık tesislerinin alanında uygulanmaya başlamasıdır (Kılıçaslan, 2017).



Şekil 26.Türkiye'de KÖİ Yatırım Tutarlarının Modellere Göre Dağılımı (<https://koi.sbb.gov.tr/>,2019)

Kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen yatırım tutarlarının sektörlere göre dağılımı tablo halinde aşağıda verilmiştir. En fazla yatırım tutarı alan karayolu projeleri

20.128 milyar dolar ile ilk sıradadır. Karayolu projelerini 18. 692 milyar doları yatırım tutarı ile havaalanı projeleri takip etmektedir. Üçüncü sırada 12.057 milyar dolar ile proje yatırımı alan sağlık tesisleri yer almaktadır. İlk üç sektör olan karayolu, havaalanı ve sağlık tesisleri yapılan yatırımların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Tablo 4. Türkiye'de KÖİ Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (<https://koi.sbb.gov.tr/>, 2019)

Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (Milyar ABD \$)	
SEKTÖR	TOPLAM (\$)
Karayolu	20.128.567.885,00 \$
Havaalanı	18.692.704.092,00 \$
Yat Limanı ve Turizm Tesis	921.557.019,00 \$
Demiryolu	272.385.860,00 \$
Kültür ve Turizm Tesis	140.882.493,00 \$
Gümrük Tesis	462.790.476,00 \$
Endüstriyel Tesis	1.432.806.660,00 \$
Sağlık Tesis	12.057.046.669,00 \$
Enerji	9.404.855.189,00 \$
Liman	131.044.906,00 \$
Madencilik	0

Kamu özel işbirliği modelleri ile yapılan işlerin güç geçtikçe hem parasal bazda hem de proje sayısı bazında artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Yatırım tutarlarının seyrine bakılırken proje sayısı artarken proje yatırım tutarının da bir artış meydana getirdiği söylenebilir (Çakır, 2016).

Ülkemizde son yıllarda kamu özel işbirliği adı altında yap işlet devret çerçevesinde en önemli projeler İstanbul Yeni Havalimanı, Kuzey Marmara Otoyolu (Yavuz Sultan Selim Köprüsü) ve Gebze- Orhangazi- İzmir Otoyolu projeleri örnek verilebilir. İstanbul Yeni Havalimanı, aynı zamanda Türkiye Cumhuriyeti tarihindeki en yüksek sözleşme değerine sahip projesidir. 14.2 milyar dolar tutarında yatırıma sahip olan projenin, 2017 yılı fiyatları ile 35.9 milyar dolar kira bedeliyle sonuçlanmış olup Cumhuriyet tarihinin en büyük ihalesidir (Çakır, 2016; Kalkınma Bakanlığı, 2016).

Projenin 25 yıllık işletme süresi öngörülmektedir. Gebze-Orhangazi-İzmir Otoyolu projesi yatırım maliyeti 2017 fiyatı ile 6.9 milyar dolardır. Proje 22 yıl 4 aylık süreye sahip olmakta bunun 7 yılı yatırım süresi ,15 yıl 4 ayı ise işletme süresidir. Bir diğer proje olan Kuzey Marmara Otoyolu (Yavuz Sultan Selim Köprüsü), İstanbul'a yapılacak 3.Köprü özelliğindedir. Proje, 2017 yılı fiyatıyla 2,9 milyar dolar yatırım tutarına sahip olmakta (World Bank, 2017), proje 2 yıl 6 aylık yatırım süresine ve 7 yıl 8 ay 20 günlük işletme süresi bulunmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2015).

2.2.4. Türkiye Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği

Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel işbirliği uygulamaları hizmet alımı şeklinde başlamıştır. 4 Ocak 1985 tarihinde Sağlık Bakanlığı, devlet hastanelerinin temizlik hizmetlerini dışarıdan (özel kuruluşlardan) satın alması için yayınladığı genelge ile başlatılan kamu özel işbirliği, temizlik hizmetleri dışında bilgisayar bakım onarım, güvenlik, mutfak vb. birçok tıbbi hizmet şeklinde olmayan destek hizmetlerin özel kuruluşlardan temin edilmesiyle devam etmiştir (Tekin, 2010). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde çıkartılan ilk ciddi düzenleme 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunudur (Gürkan, 2014). Bu kanun dönemin işletmecilik esaslı yönetim anlayışına son derece uygun ve piyasalaşma açısından kapsamlı hükümleri barındıran bir düzenleme olarak nitelendirilebilir. Sağlık alanında 1988 yılında Numune Hastanesiyle başlayan dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları 1999 Anayasa değişikliği ile çok daha yaygınlaşmıştır. 2003 yılında 657 sayılı Yasanın 36. Maddesindeki değişiklik ile ‘sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, hizmet satın alınması yoluyla yerine getirilebileceği’ hükmü eklenmiştir (Karasu, 2011). Böylece sağlık kuruluşların dışardan hizmet temin etme uygulamaları da artış göstermiştir.

Sağlık sektörlerindeki ilk somut kamu özel işbirliği, 03.07.2005 tarihli 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile gündeme gelmiştir. Bu Kanun ile hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından köklü değişimleri getirecek olan kamu özel işbirliği modeli, kamu örgütlenmesine girmiştir (Karasu, 2011). Söz konusu kanunun birinci maddesinde yer alan ‘Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar

çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir' hükmüyle sağlık tesislerinin yaptırılacağı düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2006). Bu yasa maddesinin uygulamasına yönelik olarak da 2006 yılında 3.7.2006 tarihli ve 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla 'Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik' (Kamu Özel İşbirliği Yönetmeliği) çıkarılmıştır (Karasu, 2012).

Bahsi geçen yasaya göre kamu özel işbirliği, esas itibariyle bir ihale ile belirlenecek gerçek veya tüzel hukuk kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli bir süreliğine ve bedeli üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması uygulamasıdır. Kamu özel işbirliği yalnızca kiralama karşılığı yapım işi ile ilgili sınırlı değildir. Örneğin kamu özel işbirliği uygulamalarının özel şirketler açısından cazip özelliklerinden biri Hazineye ait taşınmazların bedelsiz olarak devrinin söz konusu olmasıdır. Bu yolla özel şirket için çok önemli bir yatırım giriş maliyet unsuru ortadan kalkabilecektir. Kamu özel işbirliğinin uygulamasına ilişkin Yasa'da tanımlanan ve bahsi geçen işler şunlardır (Karasu, 2012):

- 1-Kira bedeli karşılığında sağlık tesislerinin yapılması
- 2-Sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri
- 3-Tıbbi destek hizmetlerinin sunumu
- 4-Tıbbi hizmet dışındaki hizmetlerin sunumu
- 5-Tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi (yemekhane, temizlik, güvenlik vb. gibi hizmetler)
- 6- Sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanlar ile mefruşatın sağlanması.

Türkiye'de bir yandan genel yasal düzenleme hazırlıkları sürerken yönetsel yapıda da kamu özel işbirliğine yönelik yeniden yapılandırma çalışmaları meydana gelmektedir. 03.07.2007 tarihli Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı yasa bu bakımdan ilk ve en önemli düzenlemelerden biridir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine ilişkin kamu özel işbirliği projelerinin inşasına ve yürütülmesine ilişkin görevleri yerine getirmek üzere Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Sağlık yatırımları genel müdürlüğü içerisinde de ayrı ve yeni bir birim kurulmuştur (Gürkan, 2014). 5683 sayılı

yasayla Sağlık Bakanlığının temel hizmet ve görev alanlarına giren faaliyetleri yürüten ana hizmet birimlerine ‘Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’ adı altında yeni bir ana hizmet birimi faaliyet göstermeye başlamıştır. Fakat o tarihlerde kamu özel işbirliğine ilişkin kapsamlı bir yasa mevcut değilken yapılan bu düzenleme ile sağlık sektöründe bu modelin uygulanmaya başlandığını söylemek mümkündür (Gülalsan, 2012). Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığının, görevler ve yapması gereken iş ve işlemlerden bazıları şunlardır: kamu özel işbirliği projeleri için ihtiyaç duyulan mülkiyeti hazineye ait olmak üzere arazileri bulmak, arazi alt ve üst yapı çalışmaları kapsamında gerekli izinleri almak, arsaya yönelik zemin etüdünü yapmak veya yaptırmak, kamu özel işbirliği projeleri için uygun görülen arazinin Maliye Bakanlığından tahsisi ile yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere yüklenici lehine bedelsiz olarak ön izninin alınmasını sağlamak, kamu özel işbirliği projeleri için gereksinim duyulan ön proje, ön fizibilite, ihale dökümanları, sözleşme ve eklerini hazırlamak gibi görevleri sayılabilir (<https://sygm.saglik.gov.tr>, 2018).

Yukarıda da değinilen 7/5/1987 Tarih ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen ek Madde 7 ile başlayan uygulama için Sağlık tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik 2006 yılında yürürlüğe konulmuştur. Bu Yönetmeliğe göre düzenlenen bazı yatırımlar idari yargı kararı ile durdurulmuştur (Sözer, 2013). Bu yönetmelik 2010 yılında bazı değişikliklere uğramıştır.

3359 sayılı Kanun’un Ek 7. Maddesinde yöneltilecek eleştirileri gidermek ve devam eden projelerinin finansmanlarını kolaylaştırmak amacıyla yeni bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ihalelere karşı açılan davalar sonucu ortaya çıkan hukuki durumda dikkate alan hükümet 21/02/2013 Tarih ve 6428 Sayılı’’ Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’’ yürürlüğe girmiştir. 6428 sayılı Yasa ile 3359 sayılı Yasaya eklenen Ek. 7.Madde’de yürürlükten kaldırılmıştır. 6428 Sayılı Yasa sağlık alanında kullanılacak kamu özel işbirliği modelinin genel çerçevesini çizip, esas ve usulleri belirlemiştir ve 6428 sayılı yasaya ilişkin olarak 09.05.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis

Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği” yürürlüğe girmiştir. 6428 Sayılı Kanun’un 1.maddesinin ilk fıkrasında kanunun amacı öngörülerek sağlık kamu hizmetinin görülmesinde kamu özel işbirliği sözleşmelerinin genel hukuki altyapısını oluşturulmuştur. Söz konusu fıkradaki “ Bu kanunun amacı; ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel işbirliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin, ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazinesin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürölmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir” hükmü ile 30 yılı geçmemek üzere üst hakkı tesis edilerek bazı sağlık hizmetlerinin kamu özel işbirliği sözleşmesi ile özel hukuk kişilerine gördüröllebileceğı belirtilmiştir. Dolayısıyla ölkemizde sağlık sektöründe kamu özel işbirliği sözleşmelerinin genel hukuki alt yapısını 6428 sayılı” Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değışiklik Yapılması Hakkında Kanun” oluşturmaktadır (Çakır, 2016).

Sağlık kamu hizmetlerinde kamu özel işbirliğini kullanmak isteyen idarenin öncelikli olarak yapılması gereken iş ve işlemlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu süreç genellikle ön hazırlık işlemleri ve yetkilendirmeye başlar. Bu kapsamda Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı’nın koordinasyonunda gerçekleştirilecek olan projelerinin ihale ve değerlendirme sürecinin aşamaları tabloda verilmişti (Kerman vd, 2012).

Tablo 5.Sağlıkta Kamu Özel İşbirliği Modelinin Genel Süreci (Çakır, 2016)

Süreç	Yapılan İş
1.Aşama	Proje-Ön Fizibilite-Yaklaşık Maliyet-Yer Belirleme Süreci
2.Aşama	1.Aşamada Yer Alan İşlerin Belirlenmesi
3.Aşama	Ön Proje, Fizibilite Raporu, Temel Standartlar Dokümanı ile İhale Dokümanı Hazırlanması
4.Aşama	İhale İlan Süreci
5.Aşama	İhale Tekliflerinin Alınması ve Değerlendirme Süreci
6.Aşama	Tekliflerin Kabulü ve Sözleşmenin Yapılması Süreci
7.Aşama	Sözleşmenin Uygulanma Süreci

Tabloya göre ilk aşamada Sağlık Bakanlığı'nın plan, program ve politikaları çerçevesinde belirlediği ve belli kriterlere dayalı seçimini yaptığı projeleri, ön fizibilite raporları ve arsa-arazi teminine yönelik çözüm önerileri ile birlikte Yüksek Planlama Kuruluna sunması gerekmektedir. İkinci aşamada ise Yüksek Planlama Kurulu, Sağlık Bakanlığının sunduğu proje önerilerinin inceledikten sonra karara bağlamaktadır. Karar eğer olumlu ise yani proje kabul edilmişse, üçüncü aşamaya geçilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Yüksek Planlama Kurulu'na yapılması onaylanan her bir proje için, ihale iş ve işlemlerinde kullanılmak üzere, ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar ve ihale dokümanlarının hazırlanması gerekmektedir. Dördüncü aşamaya gelindiğinde ihale ilan süreci başlamaktadır. İdare tarafından yaptırılmak istenen yapım veya yenileme işleri ve ön yeterlilik ilanı, Resmi Gazete'de Türkiye genelinde yayımlanan yüksek tirajlı 2 gazetede ve internette, belirlenen ihale tarihinden en az 90 gün önce olmak üzere ve en az birer defa ilan yapılarak duyurulması gerekmektedir. Alınan başvurular neticesinde yapılan ön yeterlilik değerlendirme süreci ile bir diğer aşama gerçekleştirilir. Ön yeterlilik değerlendirilmesi sonucunda yeterliliği belirlenen adaylara ihale gününden en az 60 gün önce davet mektubu gönderilmektedir. Bakanlık tarafından davetiye gönderilmiş olan gerçek veya tüzel kişiler, yapılacak iş ile ilgili tekliflerini sunarak değerlendirme süreci başlatılmaktadır. Yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda teklifler içerisinde en az

maliyetle ve en yüksek verimlilik özelliğine sahip teklif kabul edilerek, teklif veren kişi ya da kişiler ile Bakanlık arasında bir sözleşme imzalanmaktadır. Sağlık Hizmetleri sektöründe kamu özel işbirliği modeli çerçevesinde oluşturulacak her bir proje, hukuksal süreç kapsamında işaret edilen aşamaları yerine getirerek bu süreci tamamlamak durumundadır. Süreç içerisinde rol oynayan aktörler ise genel olarak sağlık bakanlığı, hastaneler ve özel şirketler olarak sıralanmaktadır (Kerman vd, 2012).

Kamu özel işbirliğinin Türkiye sağlık sistemi için gündeme gelmesi 2004-2005 yılları arasında bakanlık yetkililerinin yurtdışı gezilerinde edindikleri izlenimleri ile olmuştur. Alternatif finansman arayışında olan Sağlık Bakanlığı yetkilileri çeşitli ülkelerin uygulamalarını yerinde görmüş ve bu uygulamalarla ilgili detaylı bilgiler almak için özellikle de İngiltere’den gelen uzman kişilerle görüşmeler yapılmış ve içinde sağlık sektörü de bulunan birçok sektörde uygulanan kamu özel işbirliği modeli yöntemi Sağlık Bakanlığı yetkililerinin dikkatini çekmiştir (Tekin, 2010). Bunlar neticesinde sağlık sektöründe yap kirala devret modelinin kabul edilme nedenleri arasında, özelleştirme akımının etkisiyle Devletin bizzat sağlık hizmet sunmaktan çekilmesi, hastanelerin kendi bütçeleri ile faaliyet gösteren, hizmeti karşılayacak nitelik ve nicelikte birimler haline getirilmesi için öncelikli gerekli altyapının oluşturulması ve bunun temini için finansmana ihtiyaç duyulması, farklı yerlerde bulunan pek çok kamu hastanesinin bir yerlerde toplanması sayesinde hizmetlerin daha kaliteli şekilde sunulması, özel sektörün artı değerlerinden yararlanılarak bir an önce kaliteli tesislerin hizmete açılması olarak sayılabilir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı yetkililerinin yaptığı açıklamalarda yap kirala devret modeliyle kurulacak sağlık tesisleri sayesinde (Evren, 2016); devlet hastanelerine yönelik ön yargıların yıkılacağını, kaliteli hizmet sunulacağını, yatak kapasitesi 10 katına çıkarken devlet bütçesinden harcama yapılmayacağını, beş yıldızlı otel konforunda hastaneler kurulacağını, istihdamın artacağını, vatandaşların devlet hastanelerinden özel hastane hizmeti alacağını, yapılan yatırımların ekonomik açıdan hazineye borç kaydedilmeyeceğini, finansmanın özel sektörce, arazi ve müşteri garantisinin Sağlık Bakanlığınca sağlanacağını, ameliyathane çalışmadığında, bir poliklinik hizmet vermediğinde ya da havalandırma tesisatı bozulduğunda, o gün o birimlerden elde edilecek gelir ve oluşan aksiliğin ödenecek kiradan düşürüleceğini ve böylece hizmetin kaliteli ve kesintisiz sunulmasının sağlanacağını ifade etmektedir.

2.2.5. Şehir Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında 6428 Sayılı Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un çıkarılması ile Türkiye sağlık sisteminde şehir hastaneleri sıklıkla gündeme gelmeye başlamıştır (Atasever vd., 2018).

Şehir hastaneleri, eğitim araştırma hastanesi, özel dal hastanesi, devlet hastanesi, gün hastanesi, klinik otel, aile sağlığı merkezi, kanser araştırma merkezi, rehabilitasyon merkezi, aşı üretim merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı araştırma-geliştirme merkezi, toplum sağlığı merkezi ana çocuk sağlığı ve aile planlanması merkezi, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisleri, organ ve doku bankası, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava, deniz teçhizatları dahil olmak üzere 112 acil servis komuta merkeziyle destek birimleri dahil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dahil sağlıkla ilgili diğer tüm tesisler olarak tanımlanmıştır (Evren, 2016).

Şehir hastaneleri Türkiye'de geçmişte yaşanan sağlık sorunlarının çözüme kavuşturulması amacıyla kamu özel işbirliği modeliyle hayata geçirilmiş çok büyük finansman kaynağı gerektiren önemli projelerdir. Hastalara daha kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunmak bu modelin hayata geçirilmesinde temel etken oluşturmuştur. Özel sektör şehir hastanesi projelerinde sağlık hizmeti sunucusu değildir. Şehir hastanelerinin inşasından, tasarımından ve finansmanından sorumlu iken, devlet bizzat sağlık hizmeti sunucusu olacaktır (Güler, 2016). Özel sektör, ihale konusu olan şehir hastanelerinin yenileme veya yapım işlerine ait yatırım tutarıyla hizmetlerin verilmesi ve gerekli tüm finansmanın sağlanmasıyla sorumlu tutulmuştur. Şehir hastanelerinin işletilmesi bakımından yapılan hizmete ilişkin olan ve olmayan hizmet alanı tıbbi hizmete ilişkin olan ve olmayan hizmetler ayrımı Yönetmelikte açıklanmıştır (Sözer, 2013). Tıbbi hizmetler dışındaki alanlar, ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olarak, otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, yaşlı bakım evi, kreş, eczane, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi (gibi ön proje ile tanımlanacak olan, şehir hastaneleri konsepti ile uyumlu alanlardır. Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetler ise sözleşme hükümlerine göre, yüklenici tarafından üstlenilen tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik,

yemekhane, arşivleme ve benzeri hizmetleri; aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbi gaz, su ve enerji temini, atık su ve astık su uzaklaştırma hizmetleri de dahil olmak üzere binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı ve kara, hava, deniz ambulans hizmetleri ile morg ve gashane hizmetleri olarak tanımlanmıştır (Çakır, 2016). Özel sektör ayrıca tıbbi destek hizmetlerinden görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve diğer tıbbi ekipman destek hizmetlerini işletecektir (Özer, 2018). İdarenin elinde kalan tek şey ise çekirdek hizmet¹ diğer adıyla muayene olacaktır (Sözer, 2013). Özetle, özel sektöre devredilebilecek veya devredilemeyecek hizmetler noktasında çekirdek hizmet (temel sağlık hizmeti) ve destek hizmet ayrımı yapılabilir (Evren, 2016).

Türkiye sağlık sektöründe yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerin sunumunda hem örgütsel hem de finansman açısından kamu özel işbirliği modelini kullanma yoluna gitmiştir. Bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık ihtiyaçlarını giderecek ve sağlık ihtiyaçlarının kendi Sağlık Hizmet Bölgeleri'nde çözülmesi ilkesi doğrultusunda toplam 20 ilden fazla çeşitli fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelere sahip toplam 30'dan fazla şehir hastanesi planlanmış ve farklı illerde bu şehir hastanelerinin hayata geçilmesi üzere toplam 18 proje ortaya konmuştur (Kerman vd., 2012).

Sağlık Bakanlığı, şehir hastaneleri ile en modern ve en üst kalitede sağlık hizmeti vermeyi amaçlamaktadır. Şehir hastanelerinin konumlandırılmasında nüfusun, ulaşım imkanlarının, sağlık tesislerinin şartları göz önünde bulundurularak sağlık sorunlarının ve tıbbi tedavi ve hizmetlerinin kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözülmesi, sağlık insan gücünün, ileri tıbbi teknoloji ve finansman kaynaklarının etkin, verimli ve dengeli dağılımını sağlayarak ülkemizin 29 üs bölgesine ayrılması, şehir hastanelerinin bu bölgelerde birer üs olarak kullanılması etkili olmuştur.

¹ Çekirdek hizmet, doğrudan insan sağlığı ve hayatı ile ilişkin olan temel sağlık hizmetleridir. Dışarıdan veya dış kaynaklardan temin edilemeyen hizmetlerdir. Sağlık bakanlığının kendi çalışanı ile doğrudan yürüteceği ve doğrudan vereceği hizmet özelliği taşımaktadır.

Şekil 27.2019 Yılı İtibariyle Sözleşmesi İmzalanmış, İhalesi Yapılmış ve Ön Yeterlilik Aşamasında Olan Şehir Hastanelerin İllere Göre Dağılımı (Yeşil Renk İle Gösterilen İllerdeki Şehir Hastaneleri Sağlık Hizmeti Sunmaya Başlamıştır)

Sağlık Bakanlığının 2019 Yılı Bütçe Sunumuna Dayanarak Yazar Tarafından Hazırlanmıştır.



İlki 2013 yılında Yozgat Şehir Hastanesi olmak üzere çok sayıda şehir hastanesi projeleri başlatılmış olmaktadır. Bu sayının Mayıs 2018 yılı itibariyle 34'e ulaştığı belirtilmektedir. Bu şehir hastanesi projelerinden 21'inin sözleşmesi imzalanmış olup, diğer 13 proje ise kabul ve değerlendirme aşamasındadır (Songur, 2018). Aşağıda bu kapsamda gerçekleştirilen projelerin önemli bir kısmı sunulmuştur.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi: 1.285.798 m² alan üzerine inşa edilen Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, 580 Bölge Hastanesi, 425 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 557 yataklı Onkoloji Hastanesi, 514 yataklı Çocuk Hastanesi, 412 yataklı Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, 300 yataklı Rehabilitasyon Hastanesi, 574 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 198 yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplamda 3.660 yataklı bir entegre kampüs alanıdır. 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 1.254.949.571 milyar dolardır (Kalkınma Bakanlığı, 2016).

Adana Şehir Hastanesi: 318.504 m² alan üzerine inşa edilen Adana Şehir Hastanesi, 584 yataklı Bölge Hastanesi, 349 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 182 yataklı Onkoloji Hastanesi, 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, 185 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplamda 1.550 yataklı bir entegre sağlık kampüsü alanıdır. 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 669.056.131 milyon dolardır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). Adana Şehir Hastanesi Eylül 2017 yılında açılmış olup sağlık hizmetini sunmaya başlamıştır.

Manisa Şehir Hastanesi: 97.515 m² alan üzerine inşa edilen Manisa Şehir Hastanesi, 558 yatak kapasitesine sahiptir. Yatırım tutarı 2018 yılı fiyatıyla 212.184.323 milyon dolardır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 25 yıl işletme süresine sahip olan Manisa Şehir Hastanesi Ekim 2018 yılında açılmış ve sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır.

Eskişehir Şehir Hastanesi: 290.885 m² alan üzerine inşa edilen Eskişehir Şehir Hastanesi, 715 yataklı Genel Hastane, 139 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 127 yataklı Onkoloji Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplamda 1.081 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 391 milyon dolar olan Eskişehir Şehir Hastanesi Ekim 2018 yılında açılmış ve sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır.

Ankara Etlik Şehir Hastanesi: 1.400.000 m² alan üzerine inşa edilen Ankara Etlik Şehir Hastanesi, 718 yataklı Bölge Hastanesi, 362 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 494 yataklı Onkoloji Hastanesi, 508 yataklı Çocuk Hastanesi, 478 yataklı Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, 300 yataklı Rehabilitasyon Hastanesi, 500 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 106 yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplamda 3.566 yataklı bir entegre kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 1.135.980.344 milyar dolardır. Ankara Etlik Şehir Hastanesi 2019 yılında açılması planlanmakta ve 25 yıl işletme süresi bulunmaktadır.

Bursa Şehir Hastanesi: 366.046 m² alan üzerine inşa edilen Bursa Şehir Hastanesi, 468 yataklı Bölge Hastanesi, 275 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 48 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 264 yataklı Onkoloji Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplamda 1.355 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 389.023.290 milyon dolardır. İşletme süresi 25 yıldır.

İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi: 789.031 m² alan üzerine inşa edilen İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi, 441 yataklı Bölge Hastanesi, 359 yataklı Onkoloji Hastanesi, 303 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 451 yataklı Çocuk Hastanesi, 347 yataklı Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, 128 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 451 yataklı Kadın Doğum Hastanesi ve 200 yataklı Fizik ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplamda 2.680 yataklı bir entegre kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 1.518.769.593 milyar dolardır. İstanbul İkitelli Şehir Hastanesinin 2020 yılında açılması planlanmaktadır.

Elazığ Şehir Hastanesi: 347.283 m² alan üzerine inşa edilen Elazığ Şehir Hastanesi, 495 yataklı Bölge Hastanesi, 96 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 150 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 299 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplamda 1.040 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 380.539.556 milyon dolardır. Ağustos 2018 yılında açılan Elazığ Şehir Hastanesi sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır ve işletme süresi 25 yıldır.

İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi: 655.829 m² alan üzerine inşa edilen İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, 583 yataklı Genel Hastane, 380 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi, 141 yataklı Onkoloji Hastanesi, 424 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi, 300 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve 132 yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplamda 2,060 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 597.799.447 milyon dolar olan İzmir Bayraklı Şehir Hastanesinin 2020 yılında açılması planlanmaktadır. İşletme süresi 25 yıldır.

Gaziantep Şehir Hastanesi: 330.090 m² alan üzerine inşa edilen Gaziantep Şehir Hastanesi, 636 yataklı Bölge Hastanesi, 498 yataklı Kadın Çocuk ve Doğum Hastanesi, 174 yataklı Onkoloji Hastanesi, 112 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikle Adli Psikiyatri Hastanesi, 205 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 150 yataklı Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplamda 1875 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 864.687.346 milyon dolardır ve hastanenin 2020 yılında açılması planlanmaktadır. İşletme süresi 25 yıldır.

Kocaeli Şehir Hastanesi: 364.589 m² alan üzerine inşa edilen Kocaeli Şehir Hastanesi, 494 yataklı Bölge Hastanesi, 246 yataklı Kadın Çocuk ve Doğum Hastanesi, 116 yataklı Onkoloji Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikle Adli Psikiyatri Hastanesi, 124 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi ve 100 yataklı Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplamda 1.180 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 385.492.330 milyon dolardır. Kocaeli Şehir Hastanesinin 2020 yılında açılması planlanmaktadır ve işletme süresi ise 25 yıldır.

Türkiye Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve tıbbi Cihaz Kurumu: 293.482 m² alan üzerine Ankara’da inşa edilen proje iki adet Enfeksiyon Hastalıkları Referans Laboratuvar Binası, bir adet Tüketici Güvenliği Referans Laboratuvar Binası, bir adet Biyogüvenlik Seviye 3 ve Biyogüvenlik Seviye 4 üniteleri içeren Araştırma ve Referans Laboratuvar Binası, iki adet İlaç ve Tıbbi Cihaz Analiz ve Kontrol Laboratuvar Binası, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İdari Binası, bir adet Deney Hayvanları Üretimi, Test ve Araştırma Binası, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Binası, Veri Merkezi, Sosyal Tesis ve Teknik Tesislerden oluşan bir Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır

(Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 797.394.268 milyon dolardır. Projenin işletme süresi 25 yıl olup 2020 yılında açılması planlanmaktadır.

Konya Karatay Şehir Hastanesi: 616.000 m² alan üzerine inşa edilen Konya Karatay Şehir Hastanesi, 420 yataklı Bölge Hastanesi ve 420 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplamda 840 yataklı bir entegre sağlık kampüsü alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 262.382.268 milyon dolardır. İşletme süresi 25 yıl olan projenin 2020 yılında açılması planlanmaktadır.

Isparta Şehir Hastanesi: 194.989 m² alan üzerine inşa edilen Isparta Şehir Hastanesi, 450 yataklı Genel Hastanesi ve 305 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplamda 755 yataklı bir entegre sağlık kampüsü alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 309.784.683 milyon dolardır. İşletme süresi 25 yıl olan Isparta Şehir Hastanesi Mart 2017 yılında açılmış ve sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır.

Kayseri Şehir Hastanesi: 718,993 m² alan üzerine inşa edilen Kayseri Şehir Hastanesi, 900 yataklı Genel Hastanesi, 28 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 126 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplamda 1.584 yataklı bir entegre sağlık kampüs alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla yatırım tutarı 485.085.220 milyon dolardır. Mayıs 2018 yılında açılan Kayseri Şehir Hastanesi vatandaşlara sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır ve işletme süresi 25 yıldır.

Yozgat Şehir Hastanesi: 141.120 m² alan üzerine inşa edilen Yozgat Şehir Hastanesi, toplamda 475 yatak kapasitesine sahiptir. Yatırım tutarı 2018 yılı fiyatıyla 178.958.655 milyon dolardır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). İşletme süresi 25 yıl olan Yozgat Şehir Hastanesi ülkemizde açılan ilk şehir hastanesi olma özelliği taşımakta olup Ocak 2017 yılı itibariyle vatandaşlara sağlık hizmeti sunmaya devam etmektedir.

Mersin Şehir Hastanesi: 328.235 m² alan üzerine inşa edilen Mersin Şehir Hastanesi, 464 yataklı Bölge Hastanesi, 138 yataklı Onkoloji Hastanesi, 169 yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, 96 yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 383 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplamda 1.250 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü alanıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). 2018 yılı fiyatıyla 374.426.999 milyon dolar yatırım tutarına sahiptir. İşletme süresi 25 yıldır. Mersin Şehir Hastanesi Şubat 2017 yılında açılmış olup sağlık hizmeti sunmaya devam etmektedir.

Şanlıurfa Şehir Hastanesi: Şanlıurfa Şehir Hastanesi, 520 yataklı Genel Hastane, 200 yataklı Onkoloji Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastanesi, 80 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Rehabilitasyon Hastanesi ve 600 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplamda 1.700 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsüdür. 2018 yılı itibariyle yatırım tutarı 394.696.188 milyon dolardır. 25 yıl işletme süresi bulunan hastanenin 2020 yılında açılması planlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2017).

Tekirdağ Şehir Hastanesi: Tekirdağ Şehir Hastanesi 480 yataklı Genel Hastaneye sahiptir. Toplam yatırım tutarı 2018 yılı fiyatıyla yaklaşık 245 milyon dolardır. Hastanenin 2020 yılında açılması planlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2017).

Şehir hastaneleri projeleri, kalp ve damar hastalıkları, kadın doğum ve çocuk, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji gibi hastane türlerini içinde barındırmaktadır. Ayrıca hastane başına düşen yatak sayısı oldukça yüksektir. Örnek vermek gerekirse, Ankara Etlik Şehir Hastanesi 3.566 yatak kapasitesine ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 3.660 yatak kapasitesine sahip olup sağlık hizmeti vermeyi planlamaktadır. Şehir hastanesi kurulacak şehirlerde mevcut bazı hastanelerinin kapatılıp bu hastanelerde çalışan sağlık insan gücünün de yeni kurulacak ve hizmet verecek bu hastanelere geçeceği planlanmaktadır. Böylelikle şehir hastaneleriyle hem nitelikli hasta yatağı sayısında bir artış olması hem de toplam yatak sayısında bir artışın gerçekleşmesi beklenmektedir (Songur ve Top, 2018). Yapımı tamamlanan ve inşaatı devam eden toplam 21 şehir hastanelerin toplam yatak sayısı 30.809'dur. İhale süreci, ihale hazırlık çalışmaları ve planlama aşamasındaki şehir hastaneleriyle toplam hasta yatak sayısının 44.409 olması hedeflenmektedir.

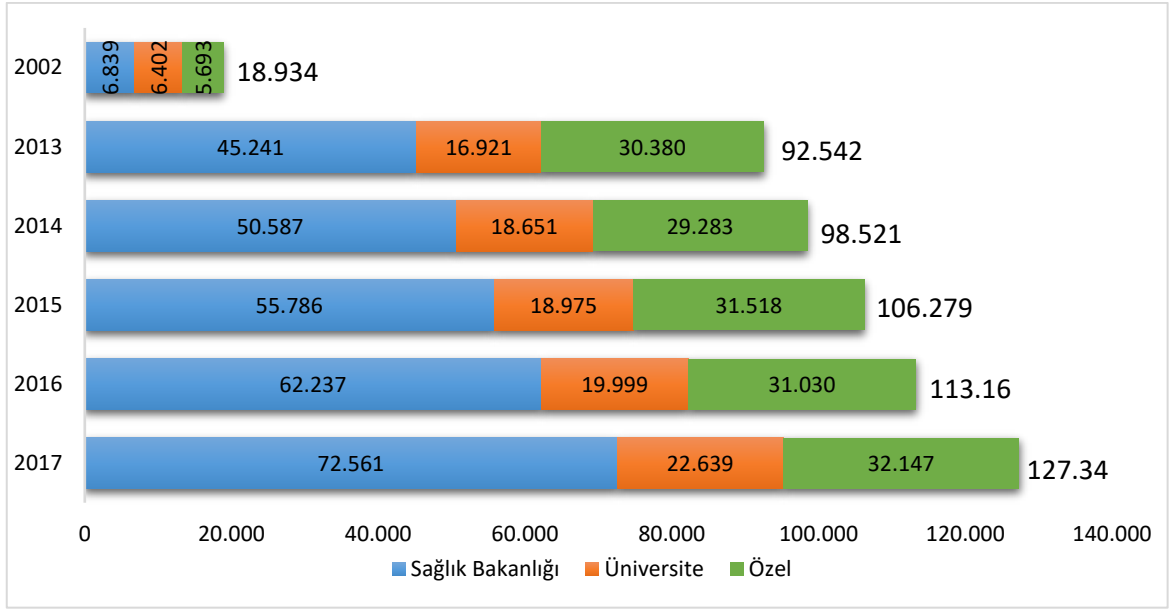
Şehir hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunun başlamasıyla bazı sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti verilmeyeceği belirtilmektedir. Kapatılan bu sağlık kuruluşlarının toplam yatak kapasitesi 30.000 civarı olduğu göz önüne alındığında sözleşmesi imzalanmış, ihalesi yapılmış ve ön yeterlilik aşamasında olan projeler ile birlikte Türkiye sağlık sektöründe fazladan 10.000'in üzerinde yeni hasta yatağı kazandırılmasının şehir hastaneleriyle hayata geçirilmesi beklenmektedir (Soğur ve Top, 2018).

Bu kısımda belirtilmekte fayda var ki bir önceki Sağlık Bakanı Recep Akdağ 2017 yılında katıldığı bir sempozyumda şehir hastaneleriyle 40 binin üzerinde yeni yatak

inşa edileceğini, bunu yaparken de Türkiye’deki yatak kapasitesini 40 bin artırılmayacağını belirtmiştir. Eskimiş binaların, zamanlarını doldurmuş ekipmanların yenileriyle değiştirileceğini ifade etmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,19871/sehir-hastaneleri-bir-basari-hikayesidir.html>, 2017).

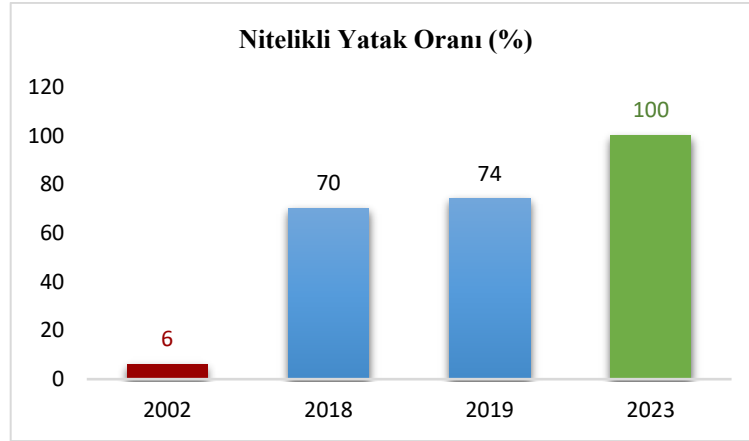
Bu ifadeden de anlaşılmaktadır ki eski hastaneler kapatılıp oradaki yatak sayısına yakın yatak şehir hastanesiyle hizmete girecektir.

İleriki yıllarda ülkemizdeki tüm hasta yataklarının nitelikli yatak haline getirilmesi Sağlık Bakanlığı’nın 2019 yılı bütçe sunumuna göre anlaşılmaktadır. Nitelikli yatak ile kastedilen tek kişilik veya en fazla iki kişilik hasta yatağı, içinde televizyonu, buzdolabı, banyosu, tuvaleti, telefonu, yemek masası ve yatılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki hasta yataklarıdır (Sağlık Bakanlığı 2019 Bütçe Sunumu, 2018). Şehir hastanelerindeki yatakların tümü nitelikli hasta yatağıdır. Mevcut hastane yataklarının bir kısmı nitelikli hastane yatağına getirilebilirken, teknik olarak nitelikli hasta yatağına çevrilemeyenlerin yerine ise yenisinin yapılması beklenmektedir (Atasever vd., 2018). Eski yıllarda hastanelerde koğuş sistemi denilen her odada 7-8 kişinin kaldığı yapılar mevcuttu ve bu durum ciddi sorun ve sıkıntılara sebebiyet vermekteydi. Hasta memnuniyetinin azalmasına, mahremiyetinin kaybolmasına ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasına engel teşkil etmekte idi. Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlarla bu koğuş sistemi ortadan kalkmış ve hastaların tek en çok iki kişilik yataklarda sağlık hizmetlerini aldığı düzene geçilmiştir. Nitelikli yatak olarak adlandırılan bu durum şehir hastanelerinin hayata geçirilmesiyle hızlı bir şekilde artacağı ve nitelikli yatak oranının 2023 yılı itibariyle %100’ ulaşacağı beklenmektedir.



Şekil 28. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısının Dağılımı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

Nitelikli yatak sayısı 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 6,839 iken 2017 yılına geldiğine yaklaşık 11 kat artarak 72,561 sayısına ulaşmıştır. Nitelikli yatak sayısı kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için çok önemli bir göstergedir.



Şekil 29. Türkiye'de Nitelikli Yatak Oranı (Sağlık Bakanlığı 2019 Bütçe Sunumu, 2018)

Tablo 6. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçindeki Oranı (%) (Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2018)

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	6,4	24,6	19,1	11,7
2013	41,0	54,3	87,8	52,6
2014	45,2	59,1	83,9	55,3
2015	50,8	57,5	89,1	59,7
2016	52,2	61,6	93,7	61,3
2017	60,3	63,8	95,1	67,2

Nitelikli yatak sayısının toplam yatak sayısı içerisindeki oranında yıllar boyunca artış yaşanmıştır. Toplam yatak sayısı içerisindeki nitelikli yatak oranı 2002 yılında %11,7 iken 2017 yılında %67,2 olmuştur. Fakat bu istenilen seviyede olmamaktadır. Ülkemizde şehir hastanelerinin hizmete girmesiyle özellikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tümünün nitelikli hasta yatağına sahip olunacağı belirtilmektedir.

Tüm bu veriler incelendiğinde ülkemizde sağlık yatırımlarının artması ihtiyacı doğmuştur. Sınırlı kamu kaynakları ile bu ihtiyaçların zamanında karşılanamaması sebebiyle şehir hastanesi projeleri için kamu özel işbirliği uygulaması kullanmıştır.

2000’li yıllardan sonra ülkemizin modern hastane ve nitelikli hasta yataklarına gereksinimi had safhaya ulaşmıştır. Eski hastane binalarının ekonomik ömürlerini doldurmalarıyla bu hastanelere yapılacak bakım-onarım maliyetleri ise oldukça yüksek olmaktadır. Meydana gelebilecek bir depremde, bu binaların dayanıklılığı düşük olacağından, can ve mal kaybına sebebiyet verebilecektir. Poliklinik, laboratuvar ve ameliyathane gibi alanların yetersizliği sebebiyle mevcut işgücü verimli ve kaliteli bir şekilde uygulanamamaktadır. Hastane binalarının mimari tasarımı, fiziksel şartlardaki bozulmalar kısaca altyapı yetersizliği teknolojik yeniliklerin hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından dolayı uygulanamamasına sebebiyet vermektedir. Bu durumda verimlilik kaybına neden olmaktadır. Bu açıdan ülkemizde kamu özel işbirliği modelleri kullanılması elzem hale gelmiştir (Atasever vd., 2018).

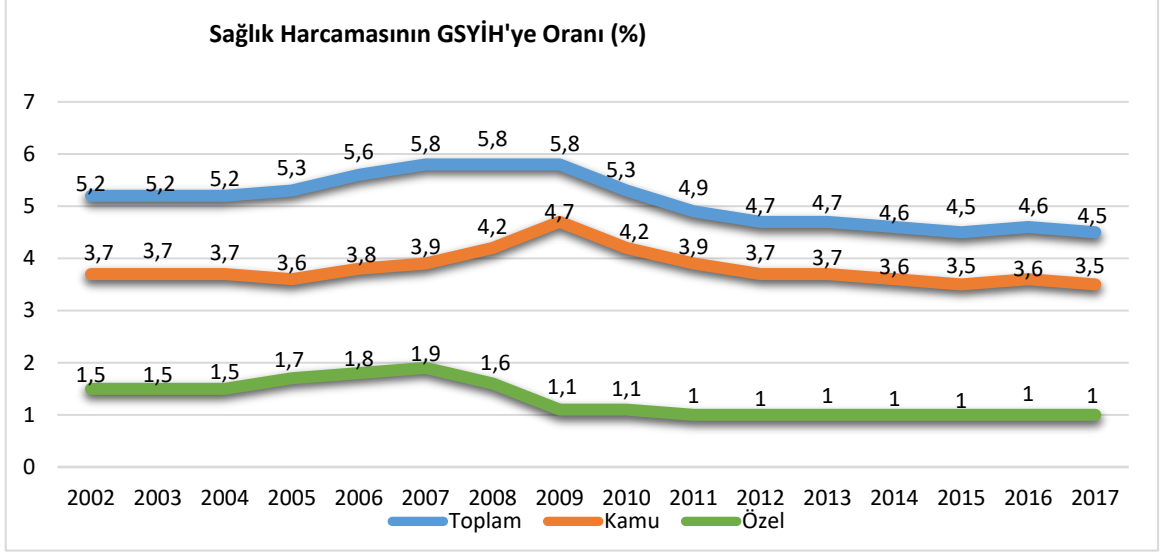
Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 80 bin yatak bulunan hastaneler eskimiştir ve bunların acilen yenilenmesi gereken hastane kapsamı içindedir. Mevcut hastane binalarının yaklaşık %60’ı yenileme ihtiyacı içinde bulunmaktadır. Sağlık

Bakanlığı normal sağlık hizmeti binası inşa etme yerine kiralama modeline gidilmesinin ana nedeninin kamu özel işbirliği modeli ile yatırım maliyetlerinden kurtulmanın yanı sıra bina işleriyle uğraşmadan sadece tıbbi hizmete odaklanması olduğunu açıklamaktadır (Kaya, 2013).

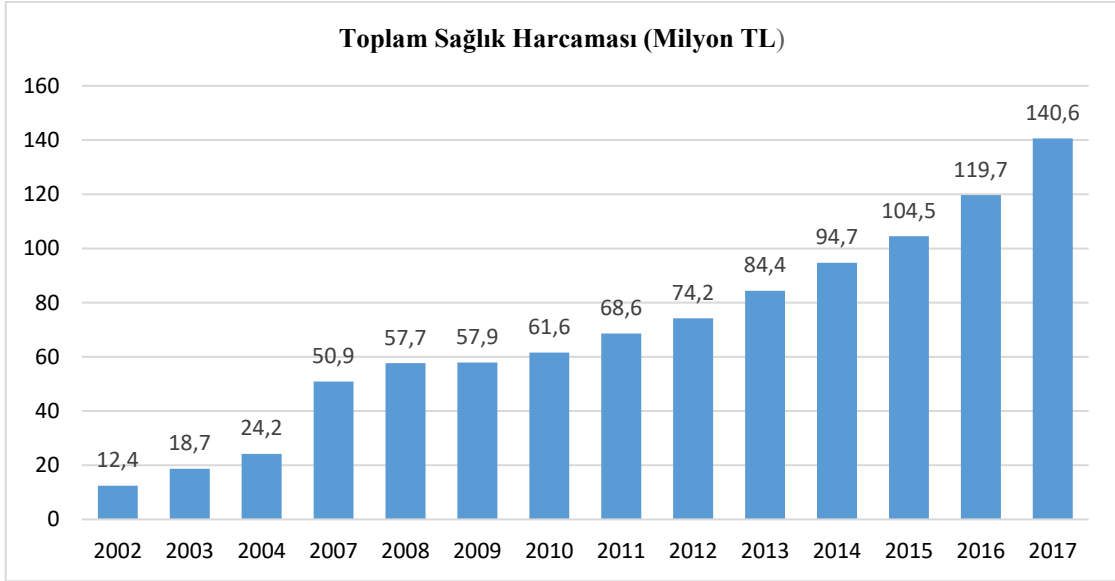
Sağlık sektöründe kamu özel işbirliği ile yürütülen projelerde, sözleşmesi imzalanmış 21 şehir hastaneleri için toplam yatırım tutarı 12.057.046.669 milyar dolardır. Kamunun özel sektöre vereceği toplam yıllık kira bedeli yatak ve hastane bölümü birimindeki artışa paralel olarak gittikçe artan bir seyir izlemektedir. 21 şehir hastanesi için Türkiye sağlık sektöründe yap kirala devret modeli kapsamında ihaleyi alan ortaklıklara devletin ödeyeceği toplam kiranın 30 milyar dolar üzerinde olacağı beklenmektedir. Özel sektör inşası, tasarımı ve finansmanını üstlendiği şehir hastanelerine karşılık kamu sektöründen 25 yıllık sabit kira geliri elde edecektir (Songur ve Top, 2018). Ayrıca şehir hastanelerinin yıllık kira bedelleri sabit bir rakam olmamaktadır ve üç ayda bir enflasyon oranı ile dolar kuru üzerindeki artışı içeren bir formül hesabıyla güncellenecektir (Sarıs, 2013). Kamu kesiminin 25 yıl boyunca yüklenici firmaya ödeyeceği kira bedeli ise Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılmaktadır (Atasever vd., 2018).

Sağlık harcaması, sağlığı geliştirme ve koruma amacını taşıyan tüm bakım , beslenme, koruma, geliştirme ve acil programlar için yapılmış olan harcamalar olarak tanımlanmaktadır (Keskin, 2011). Sağlık harcamalarıyla toplumun yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ekonomik büyüme ve kalkınmada önemli bir gösterge olan sağlık harcamalarıyla doğrudan ilgilidir (Öztürk ve Uçan, 2017). Çünkü sağlık hizmetlerine yapılacak harcamalar temel sağlık göstergelerini iyileştirerek ülkelerin kalkınmasına katkı sağlayacaktır. Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı 2002-2017 yılları arası dağılımı verilmiştir. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki pay 2017 yılı itibarıyla %4,5 olmuştur. OECD ülkelerinde sağlığa ayrılan pay ortalaması %9 olmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye, OECD ülkeleri arasında sağlığa en az pay ayıran ülke konumundadır (OECD Indicators, 2017). Türkiye’de, sağlık harcamaların GSYH içindeki oranı azalmasına rağmen, sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama miktarı ülkemizde hızla artmıştır. 2017 yılında sağlık harcama miktarı 140,6 Milyon TL

olmuştur. Sağlık harcamalarının %78'i genel devlet bütçesinden, % 17,1'i hanehalkı tarafından karşılanmıştır (TÜİK, 2018).



Şekil 30.Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH’ye Oranı (TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018; Sağlık Bakanlığı 2019 Bütçe Sunumu, 2018.)



Şekil 31.2002-2017 Yılları Arası Türkiye’de Yapılan Toplam Sağlık Harcaması (Çakır, 2016, TÜİK, 2017)

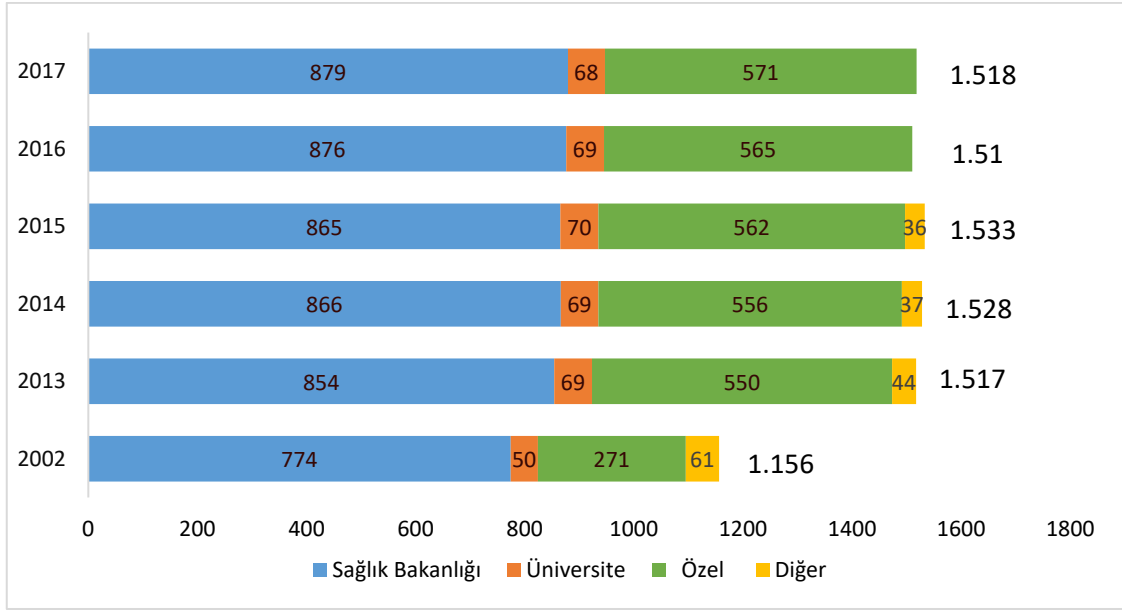
Sağlık harcamalarındaki artış birçok sebepten kaynaklanabilmektedir. Bu kaynaklardan en önemlisi hiç şüphesiz hastanelere yapılan müracaat sayılarıyla ilgili bir durumdur. Türkiye’de yıllar itibariyle hastanelere yapılan müracaat sayıları ciddi

boyutlara ulaşmıştır. Tablo 8’de verildiği üzere 2017 yılında sağlık bakanlığı hastanelerine, üniversite hastanelerine ve özel hastanelere başvuranların sayısı 465 milyona yaklaşmıştır. Ayrıca OECD ülkelerinde 2016 yılında ortalama kişi başı sağlık harcaması 4.003 dolar iken, Türkiye’de bu rakam 1.088 dolardır (OECD indicators, 2017). TÜİK’in verilerine göre Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması TL bazında 2016 yılında 1.511, 2017 yılında 1.751 liraya yükselmiştir.

Kişi başı hekime müracaat sayısı ise 8,9 (birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri toplamında) olmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde hekime müracaat sayısı ise 5,8 olmuştur.

Tablo 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

Yıllar	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık						
Bakanlığı	109.793.128	277.485.135	292.100.331	306.825.24	340.080.539	353.703.814
Üniversite	8.823.361	29.985.697	32.143.930	34.539.363	36.420.413	38.963.933
Özel	5.697.170	71.341.411	72.333.383	77.217.044	71.147.878	72.208.615
Toplam	124.313.659	378.812.243	396.577.644	418.581.931	447.648.830	464.876.362

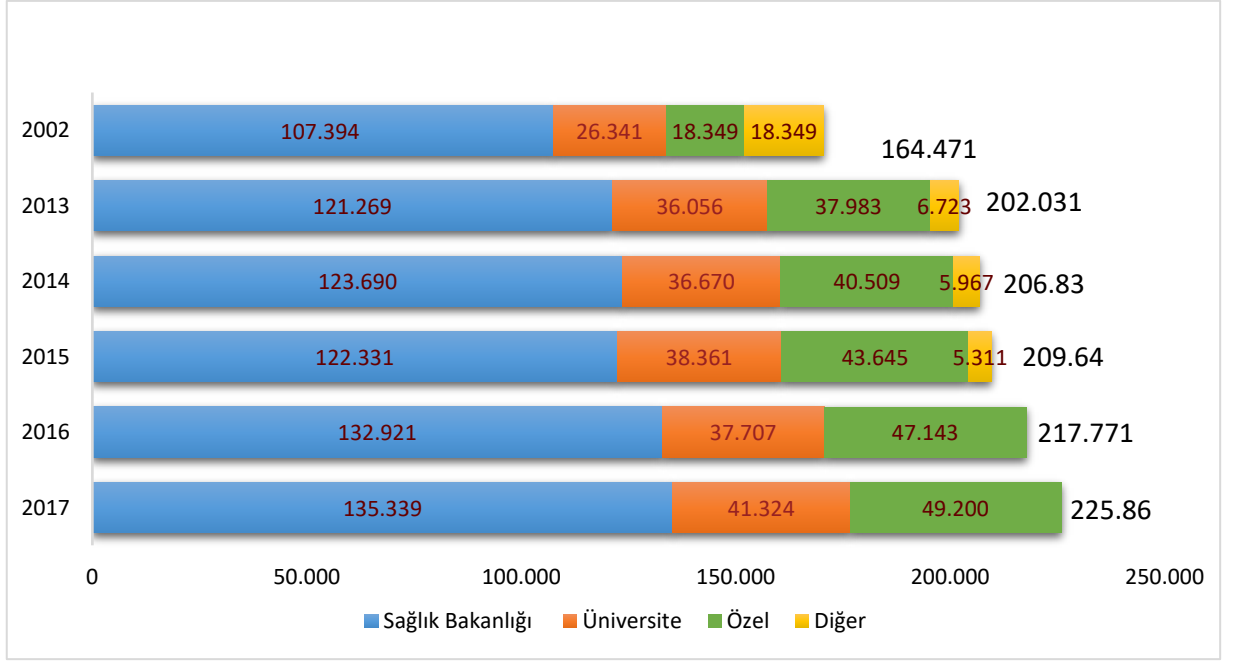


Şekil 32.Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

Tablo 6.Türkiye’de Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (TÜİK, 2018)

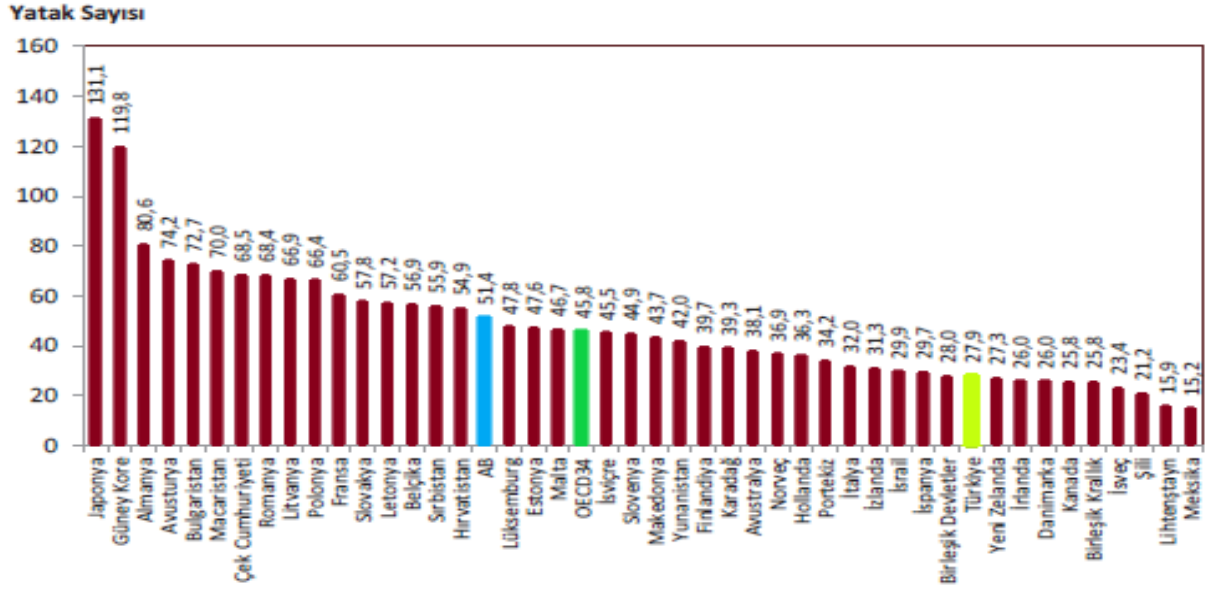
Kişi Başı	2002	2009	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık							
Harcaması							
ABD Doları	187	520	582	561	493	500	480
(\$)							

Türkiye’de, toplam hastane sayısı 2002 yılında 1.156 iken 2017 yılına gelindiğinde bu sayı 1.518 ulaşmıştır. Şekle göre Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri sayısı az bir artış gösterirken özel hastaneler ise sayılarını ikiye katlamıştır. Bu sayısal veriler göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde son 15 yılda sağlık sektöründe özel sektör kullanımı, kamu sektörüne göre on kat hızlı artış göstermiştir. Çünkü Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri %10 civarında artarken, özel hastane sayıları ise %100 artmıştır.



Şekil 33.Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2018)

Şekil 33’e göre Türkiye’de toplam yatak sayısı yıllar itibariyle hızla artış göstermiştir. 2002 yılında 164.471 olan hastane yatak sayısı 2017 yılında 225.863 sayısına ulaşmıştır. Fakat hastane yatak sayısının artmasına rağmen 10.000 kişiye düşen yatak sayısı halen istenilen seviyeye gelememiştir. Sağlık Bakanlığı’nın açıklamasına göre 2023 yılında hasta yatak sayısının 150.000’e ulaşması hedeflenmektedir (Medimagazin, 2018). OECD ülkelerinde 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 45,8 ve Avrupa Birliği ortalamasında 51,4 iken, ülkemizde bu durum 27,9 olarak açıklanmıştır. Nüfusa göre yatak sayısında gelişmiş ülkelere ulaşmak için Türkiye, şehir hastaneleri ile yeni yatak sayılarıyla ortalamasını yükseltmeyi hedeflemektedir.



Şekil 34.OECD Ülkelerinde 10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

Ülkemizde sağlık hizmetlerindeki veriler analiz edildiğinde, öncelikli olarak sağlık yatırımlarının artması gerektiği net bir şekilde öne çıkmaktadır. Bu durum, belki de ülkemizde son yıllarda yaşanan kamu özel işbirliği bağlamında sağlık yatırımlarının neden hızla arttığını açıklar nitelikte olabilmektedir. Çünkü bir yandan kamu bütçesi içerisinde yer alan sağlık harcamaları hızlı bir şekilde artarken, öte yandan bu alana özel kesimin dahil edilmesi kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Elimizde en net veri, ülkemizdeki hasta-hastane sayısında ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının çok hızlı bir artış seyrinin olduğudur. Dolayısıyla kamu farklı arayış içerisine girmiş, kamu özel işbirliği modelini kullanmıştır ve dolayısıyla bunların nedeni ise devlette oluşan politik değişikliğinin sonucudur. Sınırlı kamu kaynakları ile artan sağlık hizmetleri talebini karşılamak tam manasıyla mümkün olamamaktadır. Ülkemizde devlet sağlık alanındaki hizmeti tamamıyla özel sektöre devretmek yerine bu kamusal hizmete özel kesimi dahil edip üzerindeki mali yükü hafifletmek yöntemini kullanmıştır. Belirtmelidir ki devlet, kamu özel işbirliği sürecini sağlıklı bir mali planlama çerçevesinde şekillendirmezse uzun vadede devlete çok daha fazla mali bir külfete sebebiyet verecektir (Çakır, 2016).

2.2.6. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumlu ve Olumsuz Eleştiriler

Şehir hastaneleri hakkında olumlu ve olumsuz eleştiriler bulunmaktadır. Yapılacak bu eleştiriler şehir hastanelerinin eksik veya kusurlarının bilinmesine ve

böylece bu hastanelerin daha iyi işletilmesine olanak sağlayabilmektedir (Sözer, 2013; Çakır, 2016; Evren, 2016; Atasever, 2018)

Şehir hastaneleri beraberinde cevaplandırılması gereken pek çok soru getirmektedir. Bu tür büyük projelere girişilmesi ekonomik, sosyal ve siyasi ilişkileri ister istemez etkilemektedir. Şehir hastanelerin kurulmasından sonra kurulduğu ilde daha önce hizmet veren küçük ölçekli hastaneler ve polikliniklerin büyük ekonomik kayba uğraması olasıdır. Çünkü kapatılan bir semt hastanesi çevresinde konaklama yeri, lokanta, eczane, medikal cihaz satan işyerleri, taksi durakları gibi çok sayıda ve çeşitli büyüklükteki girişimciler bulunmaktadır. Hastanelerin kapatılması bu işletmelerin büyük kısmının kapanmasına sebebiyet verebilecektir. Bu önemli nokta projelerin yapılacak bölgedeki sosyal ve ekonomik yaşam üzerinde ne gibi etkiler yaratacağı hiç tartışılmamıştır

Kamu sağlık sektöründe yap kirala devret modelini kullandığı için sağlık kamu hizmetine ilişkin tesislerin tasarımı, inşası ve finansmanı özel sektöre aittir. Dolayısıyla modern sağlık tesislerinin inşası için devlet kısa vadede mali bir külfet ile karşılaşmamaktadır. Bu husus, sağlık tesislerini olumlu bulanlar için önemli bir gerekçedir.

Sağlık tesislerini içerisinde birçok bölüme ve dala ilişkin hastaneler yer alacağı için tüm hastanelerin aynı alanda bulunması insanlara farklı kolaylıklar getirecektir. Özellikle o bölgedeki yerel yönetimlerin bu alanlara ulaşımı kolaylaştıracak girişimlerde bulunmasıyla bu alanlara intikal daha basit ve hızlı olacaktır.

Sağlık tesislerinin içerisinde farklı hastaneler olsa da yönetimlerin tek birimde olacağından çok başlılık giderilmiş olacaktır. Bu durum da kaynakların optimum kullanımına katkı sağlayacaktır. Çerçeve sözleşme ihaleleriyle bütün hastane alımları tek elden yapılmaktadır ve böylece hem fiyatta hem de sarf malzeme alımlarında avantaj sağlanmaktadır.

Sağlık tesislerinin içerisinde yer alan hastanelerin çok konforlu ve en son teknolojik donanımına sahip olunacağı planlanmaktadır. Ayrıca hastane dışında konaklama, alışveriş birimleri gibi insan hayatı için önemli alanlar bu tesis içerisinde yer alacaktır. Bu durum ise insan hayatının kalitesini ve hayat standardını artıran birer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık tesisleri aracılığıyla bölgesel eşitsizliklerin kaldırılabilceği de iddia edilmiştir. Fakat şehir hastaneleri genellikle vatandaşların daha yoğun olarak yaşadıkları

ve sağlık hizmetlerine daha çok oranla kolay ulaşılabildikleri büyük şehirlerde yapılmak istenmektedir. Bu kapsamda şehir hastanelerinin Ankara, kayseri, Manisa, Konya, Elazığ, Yozgat, Diyarbakır, İstanbul, Samsun, İzmir, Bursa, Mersin, Isparta, Gaziantep, Kocaeli, Eskişehir, Adana, şanlıurfa, Antalya, Tekirdağ gibi illerde yapılması planlanmakta ve iller arası eşitsizliği artırabileceği belirtilmektedir.

Sağlık tesisleri yap kirala devret modeli ile hayata geçirildiğinden kamu, kiracı sıfatıyla yüklü meblağda özel kesime ödeme yapacak olması en büyük eleştirilerden biridir. Her zaman devletin kira adı altında ödeyeceği miktar ile kısa zamanda zaten bu hastanelerin yapım maliyetlerini karşılayabileceği iddia edilmiştir. Dolayısıyla maliyet hesaplanmasında kamunun çok titiz davranması gerekmektedir. Çünkü kamu özel işbirliği uzun süreli sözleşmeye sahip olduğu için yanlış hesaplamalar gelecekte kamuya ciddi mali külfete sahip olabilecektir. Örneğin Türk Tabipler Birliği (Erbaş vd., 2012) tarafından yayımlanan raporda Erzurum’da klasik ihale yöntemiyle inşa edilen 1.200 yataklı hastane 193 Milyon TL bedelle sonuçlanmıştır. Kamu zel işbirliği ile yapılan 1.600 yataklı Kayseri şehir Hastanesinin yıllık kirası 137.73 Milyon TL’dir. Yaklaşık 1.5-2 yıllık kira gideriyle 1.200 yataklı hastane yapılabilir. Bu sebeple kamu özel işbirliğinin çok yüksek maliyetli olduğu ve kamunun kamu özel işbirliği işlemlerini uzman personelin vasıtasıyla merkezi bir birim çatısı altında yürütülmesi gerekmektedir.

Sağlık tesisleri ihalesini özel kesime ait bir şirket, konsorsiyum olduğu için bu hususun sağlık alanında tekelleşmeye yol açacağı iddia edilmektedir. Özellikle yabancı sermayenin bu alana yönelmesi her zaman eleştiri konusu olmuştur.

Kamunun denek yetersizliği gibi sebeplerle hastanelerinde bulunmayan ileri tıbbi ve teknolojik aletler, özel sektörün katılımı sayesinde hastanelerin en yüksek teknolojiye sahip olma imkanını tanımaktadır.

En son modern ve teknoloji ile donatılmış şehir hastanelerinin zelleştirme olmayıp, hastane işletme süresi sona erdiğinde (25 yıl işletme süresi boyunca hastaneler hem vatandaşlara hizmet verecek hem de hastane binaları yenilenmiş bir şekilde kamuya devredilecektir) ticari alanlarda dahil tüm alanlar bakımlı ve işer durumda bedelsiz olarak kamuya geçmektedir

şehir hastanelerinde tüm yatakların nitelikli yatak kapasitesi içerisinde olması sağlık hizmetlerinin daha kaliteli verilmesini sağlayacaktır.

Devletin geleneksel fonksiyonları arasında yer alan sağlık kamu hizmetinin bir nevi özel kesime devri ya da özelleştirilmesi olduğu iddialarıdır. Bu durum sağlık çalışanlarının taşeronlaştırılmasının iddiası da beraberinde getirmektedir.

Sağlık kamu hizmetinin kesintisiz bir kamu hizmeti olması nedeniyle bu alanlarda yaşanacak sorunların topluma büyük sosyal maliyet yükleyeceği de iddia edilmektedir. Çünkü sağlık hizmeti diğer kamu hizmetleriyle karşılaştırıldığında insan için çok daha önemli bir kamu hizmetidir.

Sağlık tesisleri ihale sözleşmelerinde hazine garantilerinin varlığı da eleştiri konusu olmuştur. Diğer yandan devletin belli sayıda muayene sayısı ve ameliyat gibi belirsiz durumlara taahhüt vermesi her zaman bir risk olarak görölmüştür. Bu kısımda belirtmekte fayda var ki Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, şehir hastaneleriyle ilgili hazinenin bir garanti vermediğini ayrıca acil poliklinik sayısında, ameliyat sayısında, yoğun bakımda ve hasta yatan oranında da herhangi bir garantinin ve borç yüklenim anlaşmasının yapılmadığını belirtmiştir. Dolayısıyla Sağlık Bakanı demecine göre şehir hastanelerinde herhangi bir garanti söz konusu olmamıştır (NTV, 2018; Medimagazin, 2019).

Sağlık tesislerinin yer seçimine azami özen gösterilmesi gerektiği de iddia edilmiştir. Bu durumun çoğu zaman bölgesel eşitsizliği giderecek bir politika olarak görölmesi gerektiği ifade edilmiştir.

şehir hastaneleri hizmete girdiğinde kapatılacak bir kısım hastanelerinin, o hastane binalarının ve arazilerinin nasıl değerlendirileceği cevaplandırılması gereken bir başka sorundur.

şehir hastanelerinin yönetimi, işletimi özel sektörde olacak, Sağlık Bakanlığı daha çok denetim konumunda yer alacak ve tıbbi hizmetlerin sorumluluğu kamuda olup değişmeyecektir. Ayrıca doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının istihdam rejimi değişmeyecektir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı

Türk sağlık sektöründe kamu özel işbirliği uygulamalarını incelemek, irdelemek ve Türkiye’de açılan şehir hastanelerine değinilmek amacıyla bu çalışma kaleme alınmıştır. Bu amaçla, sağlık hizmeti sunmaya başlayan şehir hastanelerinin yerinde incelenmesi, oradaki hastane yöneticileriyle bireysel görüşme yapılması ve hastane yöneticilerinin şehir hastaneleri ile ilgili içerik, kapsam ve yönetimi hakkında düşüncelerine başvurulmuştur. Çalışma sadece görüşme yapılan şehir hastaneleriyle ilgili olmuştur. Henüz hizmet vermeye başlamayan, inşa süresinde olan ve ihale süreci devam eden şehir hastanelerin daha iyi çalışılması konusunda da bu araştırmanın katkı vereceği düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada verilerin elde edilmesi nitel araştırma yöntemini gerekli kılmaktadır. Nitel araştırma yöntemlerinden görüşme tekniği kullanılmıştır. Türkiye’de sağlık sektöründe yeni hizmet vermeye başlayan şehir hastanesi yöneticilerine şehir hastanelerinin analizi için açık uçlu sorulardan oluşmuş yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme formunda 12 adet soru mevcuttur. Sorular literatür taraması yapılarak ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Türkiye’de Yozgat, Kayseri, Elazığ, Adana, Mersin, Isparta, Manisa, Eskişehir, Ankara ve Bursa Şehir Hastaneleri sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Bu hastanelerden sadece Ankara, Mersin, Adana, Yozgat ve Manisa Şehir Hastanelerinde çalışmaların gerçekleştirilmesi için izin alınabilmektedir. Ayrıca verilerin yaklaşık bir veya iki yıllık olması analiz ve değerlendirme için daha sağlıklıdır. Çalışmada 5 şehir hastanesinde araştırmanın gerçekleştirilmesi ve şehir hastanesi yöneticilerine ulaşılması hedeflenmiştir. 01.04.2019-10.08.2019 tarihleri arasında söz konusu 5 ilde bulunan şehir hastaneleri yöneticilerine yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırma Soruları

Araştırmada cevap bulunmaya çalışıldığı sorular şu şekildedir:

1. Şehir hastanelerin şehir merkezlerine uzak bir mesafede yer almakta mıdır? Hastaların, sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntı yaşamaması ve hastaneye erişebilmelerinin kolay kılınması için alınan tedbirler var mıdır?
2. Şehir hastanelerinde, sağlık çalışanlarının güvenliği için hastanelerin almış olduğu özel güvenlik tedbirleri var mıdır?
3. Şehir hastanelerin çok büyük bir yapıya sahip olması sağlık çalışanlarının iş yüklerindeki artışa, uzun çalışma sürelerine, tükenmişlik sendromuna girme ve fazla güç harcanmasına sebebiyet verebilmekte midir?
4. Şehir hastanelerinde mahkûmlar ve tutuklular için ayrılmış güvenli bölümler var mıdır?
5. Şehir hastanelerinde ibadet alanları için tahsis edilen yerler var mıdır? Var ise hangi inanç gruplarına aittir?
6. Şehir hastanelerinde hasta bekleme sürelerini kısaltmada çözüm yaratan modeller geliştirilmiş midir?
7. Şehir hastanelerinin sağlık turizmi açısından çok önemli rol üstlenildiği Sağlık Bakanlığı'na belirtilmektedir. Şehir hastanelerinde yurtdışından gelen hasta bireyler için ne tür özellikler barındırılmaktadır?
8. Şehir hastanelerinde sadece çekirdek hizmetin (temel sağlık hizmeti) kamu ait sağlık personeli tarafından verilmesi, tıbbi destek hizmetleri ile diğer destek hizmetlerin özel sektör tarafından verilmesi diğer kamu hastaneleriyle karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı'nın rolü ve yönetimi açısından ne gibi farklılıklar bulunmaktadır?
9. Şehir hastanelerinde, binlerce yatak kapasiteli hastanelerin bir arada olması nitelikli bir sağlık hizmeti verilmesinde ne tür etkili ve dönüştürücü bir modele sahiptir?
10. Şehir hastanelerinde hastane yöneticiliği ne tür bir boyut kazanacaktır?
11. Şehir hastanelerinde, hastane performans göstergelerin kontrolü ile ilgili süreçler belli midir?
12. Şehir hastanelerinde, uzun süre hastanede yatması gereken bir hastanın tedavisinin sigortayla karşılanacak olmasıyla birlikte temizlik, otelcilik hizmeti, yeme içme, otopark kullanımı gibi hizmetler karşılığında herhangi bir ücret alınabilecek midir?

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu çalışmada görüşme tekniği ile elde edilen veriler nitel yöntemin doğası gereği araştırma sonuçlarına genellenemez. Bu sebeple elde edilen veriler sadece görüşme yapılan şehir hastaneleri ile sınırlıdır. Çünkü bu hastaneler bölgesel ve coğrafi özellikler gibi farklılıklar sebebiyle bire bir aynı değildir. Her hastane kendi özelinde değerlendirilmelidir. Sosyal olayların yapısı gereği nitel araştırma sonucu elde edilen bulguların genellenmesi zordur. Çünkü yaşamda belli bir zaman, mekân ve sosyo-kültürel bağlamda gerçekleşen olaylar durağan olmayıp sürekli bir değişim içindedir. Ayrıca nitel araştırmalarda örneklem evreni temsil edecek büyüklükte seçilmediği için istatistiksel açıdan genelleme yapılması da doğru değildir. Nitel araştırma sonucu elde edilen bulgular incelenen konunun derinlemesine keşfedilmesini sağlayacağından, sosyal olayların anlaşılmasına katkı vermektedir. Elde edilen sonuçlar uygulayıcılara deneyim ve bakış açısı kazandırır (Karataş, 2015).

3.5. Veri Toplama Aracı

Gerçekleştirilen çalışmada veri toplama yöntemi olarak doküman inceleme ve yarı yapılandırılmış soru formlarıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Doküman incelenmesinde mevcut kamu özel işbirliği ile ilgili dünyada ve Türkiye’de yazılan verilere erişilmiştir. Bu veriler ülke basınında yer alan haberlerden, basılı kitaplardan, makalelerden, resmi açıklamalardan, konferanslardan ve tezlerden elde edilmiştir. Çalışmada kullanılan diğer bir veri toplama aracı görüşme tekniğidir. Görüşme tekniği nitel araştırmalarda en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntem görüşme yapılan kişinin deneyimlerine dayanır. Zaman ayırmanın güçlüğü, bireylere ulaşma güçlüğü, zaman, maliyet ve olası yanlılık nitel araştırmanın zayıf yönleri arasında yer alabilmektedir (Şimşek ve Yıldırım, 2008).

3.6. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma kamu özel işbirliği ile ilgili mevcut yazılı dokümanların incelenmesi ile başlamıştır. Bu inceleme için dünyada ve Türkiye’de kamu özel işbirliği ile alakalı kaynaklar ülke basınında yer alan haberlerden, tezlerden, makalelerden, bilimsel araştırmalardan, konferanslardan, basılı kitaplardan, resmi açıklamalardan ve internet sitelerindeki metinlerden yararlanılarak alınmıştır. Buradaki amaç, kamu özel işbirliğini tanımlamak, özelliklerine değinilmek, dünya örneklerini incelemek, ülkemizdeki

gelişimine, güncel durumuna bakmak ve ülkemizdeki kamu özel işbirliğinin sağlık sektörüne olan etkisi incelemek olmuştur. Çalışmanın görüşme kısmı için gerekli yerlerden izin alınmıştır. Yozgat Sağlık İl Müdürlüğünden, Adana Sağlık İl Müdürlüğünden, Ankara, Mersin ve Manisa Başhekimliklerinden çalışma için izin alınmış ve ardından randevular ayarlanmıştır. Görüşmeler 01.04.2019-10.08.2019 tarihleri arasında görüşmecilerin bulundukları şehir hastanelerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 20-25 dakika arası sürmüştür. Araştırma 5 farklı şehirden ve 5 başhekimle yapılmıştır. Araştırmaya az sayıda başhekimin alınmasının sebebi görüşmelerin gerçekleştirildiği yerlerin çeşitlilik göstermesi ve konunun derinlemesine araştırılmasına yöneliktir. Nitel araştırmalar genelleme kaygısı taşımadığından ve derinlemesine araştırmaya imkân sağladığından böyle bir yaklaşım benimsenmiştir. Araştırma sonuçlarının aktarılabilirliğini sağlamak için ayrıntılı betimleme yöntemi kullanılmıştır. (Yalçınkaya, 2013).

Yapılan görüşmelerde verilerin doğru ve güvenilir bir biçimde toplanması için her bir görüşmede, görüşme yapılan kişinin de izinleri alınarak elektronik ses kaydı kullanılmıştır. Görüşmelerden elde edilen orijinal veriler araştırmacı tarafından analiz aşamalarına geçmeden önce her bir görüşme sonrasında karşılaştırılmış, tekrar gözden geçirilmiş, baştan sona kadar herhangi bir değiştirme ya da sınıflandırma yapılmaksızın defalarca okunmuş, çalışma analizine uygun veri metinleri haline getirilmiş, kontrol edilip bilgisayar ortamında yazıya aktarılmış ve kodlar belirlenmiştir. Sonraki aşamada, kendi içerisinde anlamlı bir bütün oluşturan kodlar bir araya getirilerek kategorilerin oluşması sağlanmış ve çalışma amacına uygun olarak düzenlenmiştir. Nitel veri analizinde, farklı ve ayrıntılı verilen verilerin tekrarı ve dikkatli bir biçimde incelenmesi sonucundan uygun olarak sınıflandırılmış, yazıya aktarılarak frekans ve yüzdesel dağılım analizleri yapılarak çözümlenmiş ve çalışma amacına uygun olarak analiz yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölüm Yozgat, Adana, Mersin, Ankara ve Manisa şehir hastanelerinde gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen araştırma bulgularından oluşmakta ve sorulara verilen cevaplar sonucunda düzenlenerek yazıya aktarılmıştır. Çalışmada kimlik gizliliği için hastane isimleri ve hangi katılımcının hangi hastanede olduğu belirtilmekten kaçınılmış ve katılımcıların her soruya verdikleri cevaplar o soru altında değerlendirilmiştir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Açılış Tarihi: Şubat 2019

Toplam Yatak Sayısı: 3711

Aktif Yatak Sayısı: 2170

Görüşme Tarihi: 06.08.2019



Manisa Şehir Hastanesi

Açılış Tarihi: Ekim 2018

Toplam Yatak Sayısı: 558

Aktif Yatak Sayısı: 558

Görüşme Tarihi: 08.08.2019



Mersin Şehir Hastanesi

Açılış Tarihi: Şubat 2017

Toplam Yatak Sayısı: 1294

Aktif Yatak Sayısı: 1294

Görüşme Tarihi: 07.08.2019



Yozgat Şehir Hastanesi

Açılış Tarihi: Ocak 2017

Toplam Yatak Sayısı: 475

Aktif Yatak Sayısı: 475

Görüşme Tarihi: 24.04.2019



Adana Şehir Hastanesi

Açılış Tarihi: Aralık 2017

Toplam Yatak Sayısı: 1550

Aktif Yatak Sayısı: 1550

Görüşme Tarihi: 28.05.2019



1. Birinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerin şehir merkezlerine uzak bir mesafede yer almakta mıdır? Hastaların, sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntı yaşamaması ve hastaneye erişebilmelerinin kolay kılınması için alınan tedbirler var mıdır?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir.

Tablo 7. Şehir Hastanelerinin Uzaklığı ve Alınan Önlemler ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Yapımı için geniş arazilere ihtiyaç var	5	%100
Merkeze uzak yapılmakta	3	%60
Sıkıntı olabilir ama önlemler var	4	%80
Sürekli belediye ile iletişim halindeyiz	5	%100
Ulaşım için çalışmalar var	5	%100

Birinci soruya verilen cevaplar neticesinde “şehir hastaneleri merkezden uzaktır”, “şehir hastaneleri geniş alanlara kuruludur”, “sıkıntı olabilir ama önlemler var” “belediye ile sürekli iletişim halinde”, “ulaşım için çalışmalar var” cevapları ön plana çıkmaktadır.

5 şehir hastanesi başhekiminde şehir hastanelerinin geniş olduklarından dolayı şehir dışına yapıldıklarını belirtmişlerdir. Aynı başhekimlerden merkeze uzak olduğunu ifade eden 3, bu sebeple sıkıntı yaşanabileceğini ifade eden 4 başhekim vardır.

Görüşme yapılan şehir hastanesi başhekimlerin tümü, belediye ile iletişim içerisine girildiğini ve ulaşım için çalışmalar olduğunu belirtmişlerdir.

2. İkinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde, sağlık çalışanlarının güvenliği için hastanelerin almış olduğu özel güvenlik tedbirleri var mıdır?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 8. Şehir Hastanelerin Almış Olduğu Güvenlik Önlemleri ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Güvenlik personeli artırıldı	5	%100
Kamera sayısı artırıldı	5	%100
Beyaz kod uygulaması	4	%80
Metrekare olumsuzluk yaratabilir	3	%60

Araştırmada şehir hastanelerin aldığı özel güvenlik tedbirlerinin neler olduğu sorulmuştur.

İkinci soruya verilen cevaplar neticesinde “güvenlik personeli artırıldı”, “kamera sayıları artırıldı”, “beyaz kod uygulaması var” “metrekare olumsuzluk yaratabilir” cevapları ön plana çıkmaktadır.

Araştırma yapılan 5 şehir hastanesindeki başhekimlerin tümü şehir hastanesinde güvenlik personelinin artırıldığını, kamera sayısının artırıldığını ve beyaz kodun bulunduğu belirtmişlerdir.

3 başhekim metrekare üzerinden güvenlik personelin dağılımının doğru olmadığını ifade etmişlerdir.

3. Üçüncü Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerin çok büyük bir yapıya sahip olması sağlık çalışanlarının iş yüklerindeki artışa, uzun çalışma sürelerine, tükenmişlik sendromuna girme ve fazla güç harcanmasına sebebiyet verebilmekte midir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir.

Tablo 9. Şehir Hastanelerinde Personel İş Yükü ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
İş yükü artı	4	%80
Alan geniş	5	%100
Eksik personel var	4	%80
Tükenmişlik artar	3	%60
Güç harcama arttı	5	%100
Zamana göre değişir	2	%40

Araştırmanın üçüncü sorusunda şehir hastanelerin aldığı özel güvenlik tedbirlerinin neler olduğu sorulmuştur.

Üçüncü soruya verilen cevaplara göre “personel iş yükü arttı”, “hastane alanı geniş”, “eksik personel var”, “tükenmişlik artar” “güç harcama arttı”, “zamana göre değişir” ifadelerine ulaşılmıştır.

Araştırma yapılan 5 şehir hastanesindeki başhekimlerin 4’ü personelin iş yükünde artış yaşandığını, bunları alanların genişliğinden ve personel eksikliğinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Paralel olarak personelin daha fazla güç harcadığını ifade etmişlerdir.

Ayrıca şehir hastanesinin açılış zamanına göre iş yükünün, daha fazla güç harcanmanın, tükenmişliğe girmenin değişiklik gösterildiğini ifade eden başhekim sayısı 2’dir.

4. Dördüncü Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde mahkûmlar ve tutuklular için ayrılmış güvenli bölümler var mıdır?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 10. Mahkumlar ve Tutuklular İçin Özel Alanların Varlığı ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Mahkûm ve tutuklular için ayrı güvenli bölge var	3	%60
Mahkûm ve tutuklular için girişi-çıkışı ayrı birimler var	3	%60
Mahkûm ve tutuklular için ayrı otopark var	3	%60
Mahkûm ve tutuklular için hastanede güvenli alan yok, çalışmalar var	2	%40

Araştırmanın dördüncü sorusunda şehir hastanelerinde mahkûm ve tutuklular için ayrılmış alanların varlığı sorulmuştur.

Görüşmede soruya verilen cevaplara göre “Mahkûm ve tutuklular için ayrı güvenli bölge var”, “Mahkûm ve tutuklular için girişi-çıkışı ayrı birimler var”, Mahkum ve tutuklular için ayrı otopark var”, “Mahkum ve tutuklular için hastanede ayrı güvenli alan yok, çalışmalar var” cevapları ön plana çıkmıştır.

Araştırılma yapılan 5 şehir hastanesindeki başhekimlerden üçü hastanelerinde mahkûm ve tutuklular için ayrı yerler bulunduğunu, bu binaların hastaneden ayrı giriş-çıkışının olduğunu ve otoparkın, güvenliğinin ayrı olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan 2 başhekimde şehir hastanesinde mahkûm ve tutuklular için ayrılmış yerler olmadığını, buna yönelik çalışmalar olduğunu belirtmişlerdir.

5. Beşinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde ibadet alanları için tahsis edilen yerler var mıdır? Var ise hangi inanç gruplarına aittir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir.

Tablo 11. Şehir Hastanelerinde İbadet Alanları ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
İslam inancına yöneliktir	5	%100
Mescitler vardır	5	%100
Kat ve servislerde mevcuttur	5	%100
Farklı inançlar yönelik yoktur	5	%100

Araştırmanın beşinci sorusunda şehir hastanelerinde ibadet alanlarına yönelik alanların varlığı ve hangi inanç gruplarına ayrıldığı sorulmuştur. Çalışmada beşinci soruya verilen cevaplara göre “İslam inancına göre ibadet alanlarının olduğu”, “sadece mescitlerin mevcut olduğu”, “kat ve servislerde mescitlerin bulunduğu”, “farklı inançlara yönelik ibadet alanların bulunmadığı” ifadelerine ulaşılmıştır.

Araştırma yapılan 5 şehir hastanesinde ibadet alanlarının sadece İslam inancına göre şekillendiği, hastanenin her katında ve servisinde bay ve bayan mescitlerin olduğunu ve farklı inanç gruplarına yönelik ibadet alanlarını olmadığını belirtilmiştir.

6. Altıncı Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde hasta bekleme sürelerini kısaltmada çözüm yaratan modeller geliştirilmiş midir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 12. Şehir Hastanelerinde Hasta Bekletme Süreleri ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Poliklinik sayısı arttı	5	%100
Yönlendirme personeli var	5	%100
Sağlık çalışan sayısı ile ilişkili	5	%100

Altıncı soruda şehir hastanelerinde hasta bekletme sürelerini kısaltan özelliklerin bulunup bulunmadığı sorulmuştur.

Altıncı soruya verilen cevaplara göre “poliklinik sayısının arttığı”, “yönlendirme personelin varlığı”, “sağlık çalışan sayısı ile ilişkili olduğu” ifadelerine ulaşılmıştır.

Araştırma yapılan 5 şehir hastanesinde başhekimlikler hasta bekletme sürelerinde etkili olan ana unsurların poliklinik sayısı, yönlendirme personeli ve sağlık çalışan sayısı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

7. Yedinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinin sağlık turizmi açısından çok önemli rol üstlenildiği Sağlık Bakanlığınca belirtilmektedir. Şehir hastanelerinde yurtdışından gelen hasta bireyler için ne tür özelliklere sahiptir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 13. Şehir Hastanelerinde Sağlık Turizm Özellikleri ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Yüksek standartta sahip	5	%100
Yüksek teknolojiye sahip	5	%100
Yüksek gelir	4	%80
Kalite çok arttı	5	%100

Yedinci soruda şehir hastanelerinin sağlık turizm için sahip olunan özellikler sorulmuştur

Araştırmada verilen cevaplar neticesinde tüm başhekimler şehir hastanelerinin “yüksek standartta sahip olduğunu”, “yüksek teknolojiye sahip olduğunu” ve “kalitenin çok arttığını” sıklıkla ifade etmişlerdir. Ayrıca sağlık turizmden “yüksek gelir” hedeflediklerini de belirtmişlerdir.

Hastanenin konumundan dolayı sağlık turizmden “yüksek gelir” beklemediğini ifade eden başhekim sayısı ise 1’dir.

8. Sekizinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde sadece çekirdek hizmetin (temel sağlık hizmeti), kamu ait sağlık personeli tarafından verilmesi, tıbbi destek hizmetleri ile diğer destek hizmetlerin² özel sektör tarafından verilmesi diğer kamu hastaneleriyle karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı’nın rolü ve yönetimi açısından ne gibi farklılıklar bulunmaktadır?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 14. Şehir Hastanelerinde Sağlık Bakanlığının ve Özel Sektörün Rolü ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Sağlık Bakanlığının denetleme rolü arttı	5	%100
Yüksek kalite hizmet veriliyor	5	%100
Özel sektör deneyiminden faydalanılıyor	5	%100
Kontrol süreci fazla	5	%100

Sekizinci soruda şehir hastanelerinde tıbbi destek ve diğer destek hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması, kamunun temel sağlık hizmetlerini vermesiyle, Sağlık Bakanlığının yönetiminde ve rolünde ne gibi değişimin yaşandığı sorulmuştur.

Sekizinci soruya verilen cevaplara göre “kamunun denetleme rolünün arttığı”, “özel sektörün kaliteli hizmet verdiği” “kamunun hizmetler üzerinde kontrolün arttığı”, “özel sektörün deneyiminden faydalandığı” ifedelerine ulaşılmıştır.

Araştırmada beş şehir hastanesinde de başhekimler, hastanelerde Sağlık Bakanlığının rolünün arttığı, özel sektörün hem kaliteli hizmet verdiği hem de özel sektörün deneyiminden faydalandığını belirtmişlerdir.

² Bina ve arazi hizmetleri, mefruşat hizmetleri, olağanüstü bakım ve onarım hizmetleri, ortak hizmetler yönetim hizmetleri, yer bahçe bakım hizmetleri, diğer tıbbi destek hizmetleri, otopark hizmeti, temizlik hizmeti, ilaçlama hizmeti, hastane bilgi yönetim hizmeti, güvenlik hizmetleri, hasta yönlendirme hizmetleri, yemek hizmeti, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri, atık yönetimi hizmeti ve rehabilitasyon hizmeti

9. Dokuzuncu Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde, binlerce yatak kapasiteli hastanelerin bir arada olması nitelikli bir sağlık hizmeti verilmesinde ne tür etkili ve dönüştürücü bir modele sahiptir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 15. Şehir Hastanelerinde Yüksek Sayıda Yatağın Olmasının Etkileri ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Hastanelerin bir arada olması olumludur	5	%100
Büyük olması avantajlıdır	5	%100
Dezavantajlara da sahiptir	3	%60

Araştırmanın dokuzuncu sorusunda şehir hastanelerin binlerce yatak kapasitesine sahip olmasının ne tür etkili ve dönüştürücü bir özelliğini sahip olduğu sorulmuştur.

Dokuzuncu soruya verilen cevaplar neticesinde “büyük olması avantajlıdır”, “hastanelerin bir arada olması olumludur”, “dezavantajlara da sahiptir” cevapları ön plana çıkmaktadır.

Araştırmaya yapılan 5 şehir hastanesindeki başhekimlerin tümü şehir hastanesinde büyük alanların ve yatakların bir arada olmasının olumlu yönlerinin, hasta trafiğinin azalttığının ve hastaların artık bir kampüste tüm işlemlerini göreceğini ifade etmişlerdir.

Ayrıca başhekimler bunun dezavantajlarının olduğunu da belirtmekte. 2 başhekim hastane alanlarını arttığı için personelin daha fazla yürüyeceğini ve güç harcayacağını belirtmektedirler.

10. Onuncu Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde hastane yöneticiliği ne tür bir boyut kazanacaktır?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir

Tablo 16. Şehir Hastanesinde Hastane Yöneticiliğinin Yeni Rolü ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Hastane yöneticiliği rolü değişmeli	5	%100
İş yoğunluğu arttı	5	%100
Yönetimde çift başlılık yoktur	5	%100
Yeni hastane yöneticiliği modeli geliştirilmeli	5	%100

Araştırmanın onuncu sorusunda şehir hastanelerinde hastane yöneticiliğinin ne tür bir kazanacağı sorulmuştur.

Onuncu soruya verilen cevaplar neticesinde “Hastane yöneticiliği rolü değişmeli”, “yönetici iş yoğunluğu artmıştır”, “yönetimde çift başlılık yoktur” ve “yeni bir model getirilmeli” cevapları ön plana çıkmaktadır.

Araştırma yapılan 5 şehir hastanesindeki başhekimlerin tümü şehir hastanesinde hastane yöneticiliğinin değişmesi gerektiğini, bunu hastanenin sahip olduğu büyüklük ve çalışanlarla ilişkili olduğunu, çift başlılık algısının doğru olmadığı ve ayrı bir modelin oluşturulmasının gerekliliğini ifade etmişlerdir. Ayrıca başhekimlik iş yoğunluğunun da arttığını ifade etmişlerdir.

11. On Birinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde, hastane performans göstergelerin kontrolü ile ilgili süreçler belli midir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir.

Tablo 17. Hastane Performans Süreçleri ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Kaliteli hizmet veriliyor	5	%100
Ceza performansla ilişkili	5	%100
Özel sektörün performansı arttı	4	%80

Araştırmanın on birinci sorusunda şehir hastanelerin performans göstergeleriyle ilgili süreçlerin neler olduğu sorulmuştur.

On birinci soruya verilen cevaplar neticesinde “performans ile kaliteli hizmetin arttığı”, “performansa bağlı ceza yaptırımının uygulandığı”, “özel sektörün daha iyi hizmet sunduğu” cevapları ön plana çıkmaktadır.

Araştırma yapılan 5 şehir hastanesindeki başhekimler performans göstergelerin belli olduğu belirtmişlerdir. Sağlık performansların yanında özel sektöründe sunmuş olduğu performansların arttığını ifade etmektedirler. Bunun nedeninin performansa bağlı cezai işlemin uyulacağını bunun sonucunda sürekli en iyi hizmeti vermek zorunda kaldığına değinmişlerdir.

12. On İkinci Soruya İlişkin Bulgu ve Değerlendirme

Görüşme formunda yer alan “Şehir hastanelerinde, uzun süre hastanede yatması gereken bir hastanın tedavisinin sigortayla karşılanacak olmasıyla birlikte temizlik, otelcilik hizmeti, yeme içme, otopark kullanımı gibi hizmetler karşılığında herhangi bir ücret alınabilecek midir?” sorusuyla ele alınıp değerlendirilmiştir.

Tablo 18. Otelcilik ve Diğer Hizmetlerden Ücret Alınması ile İlgili Değerlendirmeler

	Frekans	Yüzde
Hayır	5	%100
Ücret Alımı Yok	5	%100
Devlet Hastanesi	5	%100

Araştırmanın on ikinci sorusunda hastanede otelcilik, otopark ve diğer verilen hizmetler için herhangi bir ücretin alınıp alınmadığı sorulmuştur.

Araştırmada on ikinci soruya verilen cevaplar sonucunda, otelcilik hizmetleri, otopark ve diğer hizmetler için “hayır”, “ücret alımı yok” ve “devlet hastanelerinden farkı bulunmamakta” ifadelerine ulaşılmıştır.

Tüm şehir hastanelerinde verilen otelcilik, otopark ve diğer hizmetler için herhangi bir ücret alımının olmadığını ve şehir hastanelerinin kamu hastanelerinden farkının olmadığı belirtmişlerdir. Ayrıca verilen hizmetlerin kalitesinin daha da arttığını ifade etmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, şehir hastanelerinde görüşme yolu ile elde edilen verilerin analizi yapıldıktan sonra ulaşılan bulguların diğer araştırmalarla benzerlikleri ve farklılıkları incelenmiştir. Şehir hastanesinin güncel bir konu olması ve bu konu hakkında yapılan araştırmaların azlığı çalışmanın karşılaştırılabilirliğini kısıtlayabilmektedir.

Çınar ve ark. (2017), tarafından yapılan “Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma” isimli çalışmada şehir hastanesine başvuran hastaların hizmet memnuniyeti araştırılmıştır. Araştırmaya 280 kişi katılmıştır. Hastaların, hastanenin hijyen ve temizliğinde, rahatlık ve konforunda, hastanenin güvenliğinden, yönlendirme ile hastanede ilk başvuru noktasını kolayca bulabilme memnuniyet derecesinin yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılar sıra bekleme süresinin uzun olduğunu bunu hekim eksikliğinin ve başvuran hasta sayısının yüksek olmasından kaynaklandığını belirtmiş ve memnun kalmadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde iki çalışmada da hastanenin hijyen ve fiziksel ortamın, yönlendirme hizmetinin, hastane güvenliğinin, hekim eksikliğinin ve hastaneye başvuran hasta sayısında artması bakımından benzerlik gösterdiği, hasta bekleme süresinin uzun olması bakımından farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Erdem ve ark. (2019), tarafından yapılan “Şehir Hastanesinde Çalışan Memnuniyeti Araştırması” isimli araştırmada şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelin memnuniyet araştırılması ve görüşlerine başvurulması amaçlanmıştır. 211 sağlık çalışanı katılımıyla gerçekleştirilmiş araştırmada, sağlık çalışanları hastanenin temiz, hijyen, ferah ve rahat oluşundan memnun oldukları, hastaneye ulaşım, çalışan dinlenme alanlarının yetersizliği , personel iş yükündeki artış, hastane alanlarının büyük olmasından kaynaklanan sıkıntılar, hastane yönetiminde çift başlılık sorunu oluşu, personel yetersizliği nedeniyle sağlık çalışanların memnun olmadıkları ve bu unsurların şehir hastanesinin olumsuz yönlerini oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde gerçekleştirilen iki çalışmada da hastanelerin fiziksel ortam ve hijyen, hastaneye ulaşım, personel eksikliği ve personel iş yükündeki artış bakımından benzerlik gösterdiği fakat hastanedeki çift başlılık unsuru bakımından farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Özzeybek (2018), tarafından yapılan “Vatandaşların ve Sağlık Çalışanlarının Şehir Hastaneleri ile İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği” isimli 446 sağlık çalışanı ve 440 sağlık çalışanı olmayan vatandaşların katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada sağlık çalışanların iş yüklerinde artış yaşanacağı, tükenmişlik, uykusuzluk sorunlarla karşılaşacağını, şehir hastaneleri ile sağlık hizmet kalitesinin, yatak sayılarının ve hastaneye başvuran hasta sayılarının artacağı, hastanelerin uzaklığının olumsuzluk doğuracağını, hastanenin ferah ve geniş olmasıyla nitelikli sağlık hizmetinin verileceği, şehir hastanelerinin sağlık turizm alanında rol alacağı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları incelendiğinde personel iş yükünün artması, sağlık hizmet kalitesinin artması, yatak sayılarının artması, hasta sayısının artması, hastanelerin merkezden uzak olmasıyla oluşabilecek sıkıntılar, hastanelerin hijyen ve genişliğinin nitelikli olması ve sağlık turizmde şehir hastanelerin önemli rol oynayacağı yapılan çalışma ile benzer özellikleri taşımaktadır.

Yıldız (2018), tarafından yapılan “Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ile Analizi” isimli araştırmada hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. 422 hasta katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların hastanelerin fiziki koşullarından, hastanedeki yönlendirmelerden memnun kaldıkları ve ayrıca sağlık dışı genel memnuniyet (otopark, bekleme süresi) derecelerinde de artış yaşandığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışma sonuçlarının, araştırma sonuçları ile benzerlik taşıdığı söylenebilir.

Uğurhan (2018), tarafından yapılan “Mersin Şehir Hastanesi’ni Halkın Kullanımı, Görüşleri ve Beklentileri Araştırması” isimli çalışmada katılımcıların şehir hastanesinin kullanım durumunu, hastane hakkında görüşlerini ve hastane tercihleriyle ilişkili beklentileri araştırılmıştır. 578 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada, katılımcılar hasta bekleme alanları, hastane koridorları, temizlik, hijyen ve sosyal alanlardan memnun olduklarını, hastaneye ulaşım süresi, hastanenin yaşanılan yere uzaklığı konusunda ise memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hasta sıra bekleme ve randevu süresinden göreceli olarak memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. İki araştırmada da ulaşılan bulgular sonucunda çalışmanın, hastanenin fiziksel ortamı, hijyeni, hastaneye ulaşım sıkıntısı ve uzak olması konularında benzerlik göstermekle beraber hasta sıra bekleme konusunda göreceli benzerlik gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Cerrahoğlu (2016), tarafından yapılan “Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak” isimli çalışmasında iyi yapılandırılmış aile hekimi uygulamasının hasta başvuruların yaklaşık %90’ını birinci basamakta çözülebilecek sorunlar olduğunu ifade etmiştir. Hastaların doğrudan şehir hastanelerine değil de aile hekimlerine yönlendirilmesini ve gerekli durumlarda en uygun branş ve hastaneye sevk edilmesinin şehir hastanesinde hasta yoğunluğu azaltılabileceğini belirtmiştir.

Erdem ve ark. (2018), tarafından yapılan “Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği” isimli çalışmada Isparta Şehir Hastanesinde hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini tespit edilmesi amaçlanmıştır. 303 hasta katılımcı ile gerçekleştirilen araştırmada, hastalar daha çok şehir hastanelerinin temizlik ve hijyen, binanın yeni, ferah, rahat oluşu ve personel yönlendirmenin iyi olmasından memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Öte yandan şehir hastanelerine ulaşım sorunu, sıra bekleme süresi, hastane içi ulaşım konusunda memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmanın bulguları incelendiğinde hastanelerin temiz, ferah oluşu ve ulaşım sıkıntısının yaşanması bakımından benzerlik gösterdiği, sıra bekleme süresinde ise farklılık olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Gültekin ve Zorlu (2019), tarafından yapılan “Türkiye’de Sağlık Sistemindeki Dönüşümlerin Mekânsal Etkileri: Mersin Kenti Örneği” isimli çalışmada hastane ölçeği büyümesinin hastanelerin kent merkezinden uzaklaşması sonucunu doğurduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda şehir hastanelerinin merkezi konumda olmaması, uzaklık, ulaşımın zaman alması olumsuzluklarına rağmen şehir hastanelerinin kullanımının azalmadığını ifade etmiştir.

İngiltere Hükümet Hazinesi (Treasury, 2018) bütçe görüşmelerinde, yeni projeler için artık KÖİ modelini kullanmayacağını duyurmuştur. Çok sayıda uzman KÖİ modelini hükümete karşı önemli bir mali risk kaynağı olarak belirtmiştir. Projelerin hükümete yönelik mali risk getirdiği ifade edilmiştir. Hükümet bu endişeleri dinlemiş ve gelecekteki projelerinde KÖİ modelini kullanmama kararı almıştır. Ancak imzalanan sözleşmelerin yatırım tutarı yaklaşık 60 milyar sterlindir. Hükümet herhangi bir KÖİ projesine girmese bile, özel şirketlere, mevcut anlaşmalar için 2040'lara kadar zaten ödenmiş olan 110 milyar sterlin ek olarak, 199 milyar sterlin daha ödeme yapacaktır (House of Commons, 2018). Bu durum Türkiye’de imzalanan KÖİ yatırım tutarlarına benzerlik göstermektedir. 2019 yılı Stratejik Bütçe Başkanlığına göre Türkiye’de KÖİ

yatırım tutarları 246 proje için 68 milyar dolar iken özel sektöre ödenecek kira bedelleri toplamı 246 proje için 2018 kuru ile 147 milyar dolardır. Dolayısıyla İngiltere Hazinesinin yaptığı çalışma ile ülkemizde Hükümetin yayımladığı çalışmalar benzerlik göstermektedir. İleriki yıllarda KÖİ projelerine ödenecek tutarlar yüksek meblağlara ulaşacaktır.

Ayhan ve Önder (2018)'in yaptığı çalışmada şehir hastanelerinin sağlık hizmet kalitesine olumlu yansıtacağı ve şehir hastane kiralarının iyi analiz yapılması gerektiğini aksi takdirde ileriki yıllarda kamu finansmanı üzerinde mali yük oluşturabileceğini belirtmektedirler.

Kesgin (2013), tarafından yapılan çalışmada, Kamunun yeterince şeffaf olmadığını, fizibilite raporlarının, uygulama sözleşmelerinin paylaşmadığını belirtmiş ve devletin KÖİ sözleşmelerini kamuoyu ile paylaşılmasının zorunlu olduğunu ifade etmektedir.

Bülbül (2017), tarafından yapılan çalışmada kamunun şehir hastaneleri ile ilgili mali durumunu ortaya koyan bilançonun kamuoyu ile paylaşmadığı bu durumun kamunun şeffaflık ilkesi ile çeliştiğini belirtmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de kamu özel işbirliği modeli ile yapılan şehir hastaneleri 2017 yılında açılan Yozgat, Mersin, Isparta ve Adana, 2018 yılında açılan Kayseri, Elazığ, Eskişehir, Manisa ve 2019 yılında açılan Ankara ve Bursa şehir hastaneleri ile sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. 2019 yılında Ankara (Etlik) şehir hastanesi, 2020 yılında ise Konya, Tekirdağ, Kütahya, Kocaeli, Gaziantep, İzmir, Şanlıurfa, İstanbul İkitelli şehir hastaneleri açılması planlanmaktadır. 2017, 2018 ve 2019 yılında sağlık hizmetine açılan şehir hastaneleriyle inşaat aşamasında olan, ihale süreci devam eden, ihale hazırlık aşamasında ve planlama aşamasında olan toplamda 28 ilde ve 30 projeden fazla, yaklaşık 45 bine yakın yatak kapasitesine sahip şehir hastaneleri dönemine girilmiştir.

Görüşmelerin gerçekleştirildiği Yozgat, Ankara, Adana, Mersin ve Manisa Şehir Hastanelerinde elde ettiğimiz bulgular neticesinde şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Birinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanelerinin birden fazla branşa sahip olması, 3-4 hastanenin bir arada bulunması ve bunlar için daha fazla alana ihtiyacı olduğundan şehir hastaneleri merkezden uzağa yapıldığı belirtilmektedir. Şehrin merkezinde yapılacak bu büyük hastaneler o çevrelerde daha fazla kompleks bir yapıya sebebiyet verebilecektir. Şehir hastanelerin şehrin merkezinin dışında yer alması hastaların ulaşılabilirliğini şehrin merkezine yakın bir hastaneye kıyasla hastaların daha fazla yol kat etmesine sebebiyet verebileceği belirtilmektedir. Fakat hastaların şehrin her yerinden şehir hastanelerine ulaşabilmesi ve ulaşımın daha kolay kılınması için belediyeler ile iş birliği içerisine girilmektedir. Özel halk otobüsleri, dolmuşlar ve belediye otobüsleri şehir hastanelerinin bulunduğu noktaya araç ve sefer sayılarını artırmıştır. Uygun yerlere otobüs durakları inşa edilmiştir. Ayrıca hastaneye varılacak yeni yollar ve köprüler yapım aşamasındadır. Şehir hastanelerine ulaşımın daha rahat sağlanması için belediye ile sürekli iletişim halinde olduğu da ifade edilmektedir.

İkinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastaneleri içinde birden çok hastaneyi barındıran büyük kampüs hastaneleridir. Şehir hastaneleri hizmet vermeye başladıktan sonra kapanan hastaneler çalışanlarıyla birlikte şehir hastanelerine taşınmışlardır. Sağlık çalışanları önceki hastanelerde fiziki olarak daha küçük alanlarda sağlık hizmeti sunarken, bu kadar geniş alanlarda sağlık hizmeti vermeye başlayacak personelin iş yükü artışına ve fazla güç harcanmasına sebebiyet verebileceği belirtilmektedir. Şehir hastanelerinde yaşanan yoğunluklar, muayene sayısının fazlalığı, yatak doluluk

oranlarının yüksek rakamlara çıkması ve sağlık çalışanının fiziki olarak büyük alanlarda sorumluluklarını yerine getirmesi iş yükünün artırabileceği ifade edilmektedir. Fakat muayene sayılarının ve yatak doluluk oranlarının artmasıyla personelin daha fazla hastaya bakması sonucunda yavaş yavaş personel sayısının artmaya başladığı ama sayılarının istenilen düzeyde olabilmesi için bir yıldan uzun sürenin olması gerektiğini belirtmekle beraber bu konuda çalışmaların devam edildiği de söylenmektedir.

Üçüncü Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanelerinde güvenlik önlemleri artırıldığı ifade edilmektedir. Şehir hastanelerinde güvenlik konularında avantajları olduğu belirtilmektedir. Bu hastanelerde son teknolojik cihazlar kullanılmaktadır. Kamera sistemlerinin çokluğu, servislerde ve her birim katlarda güvenlik görevlilerinin bulunması, güvenliğin daha düzenli sağlanması, disiplinli oluşu, özel sektörün bu konuya çok önem vermesi, güvenlik sayısının artırılması ve bunların daha eğitilmiş olması güvenlik için alınan tedbirlerdendir. Servislerde ve her birim katlarda güvenlik görevlileri vardır. Beyaz kodun olması, CCTV denilen odalarda hastanenin her tarafının 24 saat sürekli canlı bu odalarda her yerin anlık olarak izlendiğini, hastaların hastaya gelişinde iletişim ile ilgili bilgilendirme, yönlendirme ve danışma hizmetleri verildiğini bu tedbirlerin de olası çatışmayı azaltabilecek unsurlar olduklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak her hastanede güvenlik önlemlerinin en üst seviyede alınması gerekmektedir.

Dördüncü Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanesinde mahkûmlar ve tutuklular için ayrılmış özel güvenli bölümler Anakara ve Manisa şehir hastanesi dışında Yozgat, Mersin ve Adana'da bulunmaktadır. Özel mahkûm koşullarının olduğu o birimlerin otoparkının, giriş çıkışının ayrı olduğu ve jandarmanın sürekli görev aldığı güvenli bölümlerin mevcut olduğu ifade edilmektedir. Ankara şehir hastanesi için bu alanların olmadığı, Ankara illinde açılacak olan Ankara Etlik şehir hastanesinde bu bölümün açılarak hizmet verileceği, Manisa şehir hastanesi için de planının yapıldığını ve çalışmaların başlatılacağı ifadelerinde bulunulmuştur.

Beşinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanesinde büyük ölçekli bay-bayan mescitler vardır. Katlarda ve servislerde hastaların ve çalışanların ibadetlerini yerine getirmek isteyenler içinde ayrıca küçük ölçekli mescitler mevcuttur. Türkiye toplumunun büyük kısmı İslam inancına sahip olduğu için şehir hastanesinde çoğunluğa uygun olarak mescit alanlarının yapıldığı ifade edilmiştir. Farklı inançlara yönelik ibadet alanların olmadığı talep olması halinde çalışmaların yapılacağı belirtilmektedir.

Altıncı Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanelerinde hastaların işlerini en kısa zamanda çözüme kavuşturulması ve bekleme sürelerinin kısaltılması için çalışmaların olduğu söylenmektedir. İlk örnek olarak polikliniklerde hastaların hastaneye ilk girişlerinden muayene odalarına kadar onları yönlendirecek personel bulunmaktadır. Buradaki amaç hastaların hastanelerde daha fazla vakit geçirmesine engel olmak, onları doğru yönlendirmek, yardımcı olmak ve zamanında hastaneye gelmesini sağlamaktır. Bu durum işlerin hızla yürütülmesine imkân sağlamakta ve işlerin rahat bir şekilde yapılmasına katkı sağlamaktadır. Acil bölümlerde yeşil-sarı-kırmızı alanlar vardır. Öncelikli acillerde hızlı bir şekilde müdahale edilebilmesi ve hastanın bekletilmemesi için tıbbi girişimde bulunulmaktadır. Kaç kişinin hastaneye geldiği, kaç kişinin yatış işlemlerinin yapıldığı, kaç kişinin taburcu edildiği, kaç hastanın tomografi, röntgen vb., çekildiği belirlenmektedir. Ayrıca bu sayılan işlerin daha hızlı bir şekilde çözümlenmesi için bölümlerde ne kadar personelin çalışması gerektiği, personelin yürüme mesafesinin hesaplanmasında ve tüm bunların hepsinde simülasyon yöntemiyle en son teknoloji kullanarak çözüm yaratan modeller geliştirilmektedir. Bir başka özellikte şehir hastaneleri ile şehir dışına sevk sistemi ciddi oranda azalma göstermiştir. Şehir hastaneleri en son teknolojiye ve en son tıbbi donanıma sahip olduğundan hastalara sevk verilmeden tedavisi yapılabilecek kaliteye sahip hastaneler özelliği taşımaktadır. Bu özelliklerle, hastaların işlerinin uzamasının önüne geçildiği belirtilmektedir.

Yedinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Sağlık turizmi için kaliteli hizmetin verilmesi gerekmektedir. Verilecek bu kaliteli hizmet uluslararası hastaları çekebilecektir. Şehir hastaneleri de en son tıbbi teknoloji ile donatılan hastaneler olduğu için sağlık turisti çekecek potansiyele sahip hastaneler olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Dünyada ve özellikle bulunduğumuz bölgemizde sağlık turizminde büyük bir pasta vardır ve bu pastadan çok ciddi paya sahip olmak konusunda şehir hastanelerin önemli özellik taşıdığı belirtilmektedir. Sağlık turistleri dünyada iyi ve kaliteli hizmet alabilecekleri hastaneleri tercih etmektedirler. Şehir hastaneleri sağlık turistlerin bekledikleri hizmeti alabilecek bir ortama sahiptir. Bu ortam altyapı olarak, fiziki olarak çok daha donanımlı, içerisinde en son teknolojik cihazlar (estetik ve plastik cerrahide, dermatolojide, fiziksel tedavide ve kanser hastaları grupları için son derece modern cihazlar) bulunan sağlık tesislerin olduğu ifadeleri söylenmektedir. Hastanede, sağlık turizmi birimleri mevcuttur ve bu birimlerde yabancı dil bilen sağlık personeli ile çalışanlar bulunmaktadır.

Sekizinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastaneleri diğer devlet hastaneleriyle kıyaslandığında Sağlık Bakanlığının rolü ve yönetimi arasında çok farklılık bulunmadığı en büyük farkın Sağlık Bakanlığının denetim rolünün arttığı katılımcılar tarafından dile getirilmektedir. Yönetim açısından bakıldığında en üst yetkili başhekimdir. Temel sağlık hizmetlerini kim sunuyorsa hastaneleri de onlar yönetmektedir. Temel sağlık hizmeti dışındaki hizmetler yan hizmetlerdir. Devlet hastaneleri aynen şehir hastaneleri gibi dış kaynaklardan hizmet alım şeklinde yararlanmaktadır. Güvenlik, otopark, çamaşırhane, yemek, görüntüleme vb., bu hizmetler devlet hastanelerinde de hizmet satın alma yoluyla temin edilmektedir. Söz konusu bu hizmetleri daha profesyonel olan özel şirketler yönetmektedirler. Özel şirketin bu hizmetleri kaliteli verdiği ve söz konusu hizmetlerin şehir hastanelerinde toplu halde ihale edildiği dile getirilmektedir. Dolayısıyla yönetim kısmında diğer devlet hastaneleriyle pek farklılık bulunmamaktadır. Şehir hastanelerinde çift başlılık olmadığı sadece özel şirketlerin kendilerine ait müdürlükleri ve personeli bulunduğu ve toplu halde başhekime bağlı olduğu belirtilmektedir.

Dokuzuncu Soruya İlişkin Sonuçlar: Yatak sayılarının fazla olması nitelikli bir sağlık hizmeti verilmesine engel olmadığı katılımcılar tarafından diler getirilmektedir. Hastanelerin bir arada olmasıyla hastane tıbbi alımları tek merkezden yapılabilmekte, farklı branş hastaneleri tek tek dolaşmak zorunda kalınmamaktadır. Odaların tek ve en fazla iki kişilik odalar olması kaliteli bir sağlık hizmeti vermesinde avantajlı durumdadır. Son derece ferah, hijyenik ve konforlu hastaneler hasta memnuniyetini artırıcı özelliktedir. Bu özellikler kaliteli sağlık hizmeti verilmesinde tamamlayıcı bir durumu oluşturduğu sonucu çıkmaktadır. Hastane içerisinde bulunan alışveriş merkezleri hastanelerde farklı bir atmosfer katmaktadır ve klasik devlet hastanelerinin üstünde bir standart da sahip olduğu belirtilmektedir. Bilinmektedir ki hastanelerin fiziki yapısı hastaneler üzerinde önemli bir unsur taşımaktadır. Şehir hastanelerin fiziki yapısı hasta üzerinde olumlu geri dönüş yaptığı gözlenmektedir.

Onuncu Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanelerinin yeni olması, büyük bir yapıya sahip olması, fiziki olarak klasik devlet hastanelerinden oldukça farklı özellikler barındırması, içerisinde kamu ve özel sektörün binlerce çalışanının olması hastane yöneticiliğinin yapısının değiştirilmesini gerekli olması katılımcılar tarafından belirtilmektedir.

On Birinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Hastanelerde verilen temel sağlık hizmetleri ve destek hizmet birimlerinin performans standartları bellidir. Bu standartlar hem başhekimlik hem de il sağlık müdürlüğünce incelenmektedir. Belirlenen 19 performans standartlarında³ yaşanılacak herhangi bir sorunda özel sektöre ceza işlemleri başlatıldığı belirtilmektedir. Bu cezai işlemler kira bedellerinin düşmesine sebebiyet vermektedir. Özel sektör ceza durumuna düşmemek için sürekli en iyi performansı vermek zorunda kalmaktadır. Böylelikle hastanelerde hizmet alım kalemlerinde performansın daima yüksek tutulduğu sonucu çıkmaktadır.

On İkinci Soruya İlişkin Sonuçlar: Şehir hastanesinde temizlik, otelcilik hizmeti, yeme içme, otopark kullanımı gibi hizmetlerinde bu hizmetlerden yararlanacak hastalardan herhangi bir ücret talep edilmediği ve diğer kamu hastanelerinde bu hizmetlerden nasıl ki herhangi ücret alınmıyorsa şehir hastanesinde aynı şekilde ücret alınmadığı katılımcılar tarafından dile getirilmektedir. Şehir hastanelerinin kamu hastanelerinden farkı bulunmamaktadır. Şehir hastaneleri bir kamu hastaneleridir. Diğer kamu hastanelerinde olduğu gibi SUT fiyatları da şehir hastaneleri içinde geçerlidir. Şunu söylemekte fayda var ki şehir hastanelerinde bahsedilen hizmet alımları diğer devlet hastaneleriyle kıyaslandığında daha kalitelidir. Sonuçta şehir hastaneleri ile topluma hem sağlık hizmetinde hem de otelcilik hizmetinde en yüksek kalitede her türlü hizmeti sunmak amaçlanmaktadır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre şehir hastaneleri ile ilgili kaygılar ve pozitif yönler aşağıda verilmiştir.

Şehir Hastaneleri ile İlgili Kaygılar:

1- 2019 yılı itibarıyla 10 şehir hastanesinin hizmet sunması ve ileriki yıllarda bu sayının 30'dan fazla projeye ulaşması durumunda şehir hastanelerinin şimdiden finansal boyutunun çok iyi hesaplanması, artısının ve eksisinin belirlenmesi gerekmektedir. Öte yandan aksi bir durumda bakanlık bütçesinde ağır bir durumun olacağı öngörülmektedir.

2.Şehir hastanelerinin en eleştirel boyutu finansal boyutudur. Şehir hastanelerinin kamuya finansal açıdan ciddi yük getireceği dile getirilmektedir.

³ bina ve arazi hizmetleri, mefruşat hizmetleri, olağanüstü bakım ve onarım hizmetleri, ortak hizmetler yönetim hizmetleri, yer bahçe bakım hizmetleri, diğer tıbbi destek hizmetleri, otopark hizmeti, temizlik hizmeti, ilaçlama hizmeti, hastane bilgi yönetim hizmeti, güvenlik hizmetleri, hasta yönlendirme hizmetleri, yemek hizmeti, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri, atık yönetimi hizmeti ve rehabilitasyon hizmeti.

Sözleşmelerin enflasyon ve kur riskine karşı güncellenmesi ve 25 yıl gibi uzun sürecek bir sözleşmenin Sağlık Bakanlık bütçesinden karşılanıyor olması ve bu hastanelere yüksek kaynak ayırılıyor olması, diğer devlet hastaneleri üzerinde ödeneklerin azalmasına sebebiyet verebilecektir.

3.Şehir hastaneleri geniş bir iç mimari özelliğine sahiptir. Bu genişlik sağlık çalışanların daha büyük alanlarda sağlık hizmeti sunmasına neden olmaktadır. Şehir hastaneleri çevre illerden de hasta çekmektedir. Hem hasta sayısının artması hem de geniş alanlarda hizmet verecek olan sağlık çalışanının bu durumu, iş yükündeki artışına, daha fazla güç harcamasına ve uzun çalışma süresine sebebiyet verebilmektedir. Hasta sayısı ve geniş alanlar artmasına rağmen sağlık çalışan sayısı ihtiyacın gerisinde kalmıştır. Sağlık çalışan sayısı yetersizdir.

4. Şehir hastanelerinde kira sözleşmelerinin uzun süreli olması, kiraların kısa zamanda yüksek tutarlara ulaşacağı, geleceğin öngörülememesiyle bundan kaynaklı ortaya çıkabilecek riskler, bunların getirebileceği sonuçların olması, sağlık kampüslerinin bulunduğu alanların bir tekelleşmeye yol açacağı soru işaretlerine sebebiyet vermektedir.

5. Hasta ve çalışanların hastaneye ulaşımındaki sorunlar, illerdeki belirli devlet hastanelerinin kapatılması ve bu hastanelerinin şehir hastanesine taşınmasıyla kapatılan hastanelerinin ne olacağı henüz bilinmemektedir.

6.Oda boyutlarının ve hastane içindeki geniş alanların daha fazla enerji harcanmasına sebebiyet vereceği, verimsizliği ve maliyeti artıracığı da şehir hastaneler üzerinde bir başka kaygı oluşturmaktadır.

Şehir Hastanelerinin Pozitif Yönleri:

1.Şehir hastaneleri yüksek tıbbi teknoloji ve finansman gerektiren projelerdir. Kamunun bu hastaneleri yapması hem finansman olarak mümkün görünmemekte hem de yapım aşamasının uzun süreceği göz önüne alınmalıdır. Kamu tarafından 20-25 yıl sürecek sağlık tesisleri, özel sektör katılımı ile 4-5 yıl içinde gerçekleştirilmektedir. Şehir hastaneleri ile gelecek günümüze taşınmaktadır.

2.Hastanelerde hasta yönlendirme çalışanlarının olması, hastane alanlarında simülasyon sistemiyle çalışmalar yapılması, bu simülasyon sistemiyle kaç personelin çalışması gerektiği, personelin yürüme mesafesinin hesaplanması, kaç hastanın gelebileceği, ne kadar sürenin ayrılması gerekebileceğinin belirlenmesi, dijitalleşmenin

yoğun olarak kullanılması hasta bekletme sürelerinin kısaltmasında olumlu katkı yapmaktadır.

3.Şehir hastaneleri sağlık turizmi açısından çok önemli konumdadır. Hastanelerde en son tıbbi araç gereçlerin bulunması, son modern cihazların kullanılması ve sağlık turistlerinde kaliteli sağlık hizmetleri alabilecek hastaneleri tercih etmesi dolayısıyla şehir hastanelerinde bu doğrultuda donatılması ülkemizin sağlık turizmi yönünden bölgede cazip hale gelmesine imkân sağlayabilecektir.

4.Hastanelerin bir arada olmasıyla hastane tıbbi alımları tek merkezden yapılabilmekte, farklı branş hastaneleri tek tek dolaşmak zorunda kalınmamaktadır. Hastane içerisinde bulunan alışveriş merkezleri hastanelerde farklı bir atmosfer katmaktadır ve klasik devlet hastanelerinin üstünde bir standart da sahiptir. Bilinmektedir ki hastanelerin fiziki yapısı hastaneler üzerinde önemli bir unsur taşımaktadır. Şehir hastanelerin fiziki yapısı hasta üzerinde olumlu geri dönüş yaptığı gözlenmektedir.

5.Hastanelerde temizlik, yeme içme, dolayısıyla otelcilik hizmeti ve otopark kullanımı gibi hizmetler karşılığında hastalardan herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Bu durum hastane kalitesini ve hasta memnuniyetini artıracak özel bir yapıya sahiptir.

6.Şehir hastaneleri diğer devlet hastanelerine göre fiziki görünüm, ferahlık, hijyen ve konfor olarak standartların üstündedir. Bu özellikler kaliteli sağlık hizmeti verilmesinde tamamlayıcı bir durumu oluşturmaktadır. Bu durum hasta ve çalışan memnuniyetini artıracak özelliklerdendir. En son tıbbi teknolojik araç ve gereçler kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesinde etkilidir.

7.Hastaların tek en fazla iki kişilik odalarda kalması hasta ve çalışanlar için daha ferah ve nitelikli konumdadır.

8.Şehir hastanelerinde hükümlü ve tutuklular için özel güvenli bölümler vardır. Sürekli jandarma gözetiminde bulunmakla birlikte, girişi, çıkışı, odaları tamamen normal hastalardan ayrı olan alanlara sahiptir.

9.Şehir hastaneleri hasta, çalışan ve diğer bireyler için ibadetlerini yerine getirebilecek mekanlara sahiptir.

10.Şehir hastanelerinin finansmanının ve inşasının özel sektör tarafından yapılması bunun akabinde devletin herhangi bir harcama yapmamasıyla kısa vade de oluşacak mali yükü karşı karşıya kalınmaması,

11.Özel sektöre ödenecek tutarların uzun süreye yayılması,

12.Hastanelerdeki bütün yatakların nitelikli yatak olmasıyla koğuş tipi hasta odaların ortadan kaldırılacağı,

13.En modern, son teknoloji ile donatılmış ekipmanların olmasıyla sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve verimli olacağı pozitif yönler arasında sayılabilmektedir.

Öneriler:

1.Toplumun sağlığını korumak ve buna yönelik önleyici önlemler almak Devletin ilk ve asli görevi olmalıdır. Kamu şehir hastanelerine yatırım yapmakla birlikte 1.Basamak Sağlık Hizmetleri dediğimiz koruyucu hizmetlerine de daha fazla kaynak ayırmalı ve yatırımları artırmalıdır. Bu konuda toplumu etkileyici ve bilinçlendirici çalışmalar yapılmalıdır. Zira hastalığı önleyici tedbirler almak hasta olduktan sonraki yaşanan süreçlere göre daha az maliyetlidir ve kaynak israfının önüne geçebilecek özellik taşıyabilmektedir.

2.Sağlık Bakanlığı ile özel sektör arasında imzalanan sözleşmelerin (kira vb.,) içeriği, yatırım bedelleri ve kamunun neden 25 yıl gibi uzun süre boyunca kiracı durumunda olması kamuoyu ile paylaşılmamaktadır. Bu durum şeffaflık ilkesi ile çelişmektedir. Dolayısıyla daha fazla soru işaretlerine sebebiyet vermektedir. Bu süreçlerin şeffaf olması, bakanlığın bunları kamuoyu ile paylaşması kamu yararına olmasıyla birlikte toplumda oluşan şüpheleri azaltabilir. Projelere ait finansal ve teknik bilgiler, içeren bir web sitesi kurulabilir.

3.Şehir hastaneleri yatırım planı ve pilot uygulama olmaksızın hızlıca ve diğer ülkelerden örneklenerek hayata geçirilen hastanelerdir. Devletin diğer ülkelerdeki KÖİ modeli ile yapılan hastanelerin deneyimlerini, süreçlerini ve sonuçlarını kamuoyu ile açık olarak paylaşmalıdır. Farklı ülkelerdeki şehir hastaneleri modellerinin incelenmesi, başarılı bir hastane projesi için önemli faktördür. Çünkü ülkemizde hastanelerin yeni olması, ileride sağlık hizmetlerine ne gibi katkılar sunacağı ve toplum üzerindeki sağlık düzeyini iyileştirebilir düzeye yükseltilip yükseltilmeyeceği böylece belirlenebilir.

4.Şehir hastaneleri fiziki olarak büyük alanlara sahiptir. Hastane içi mekânsal olarak diğer devlet hastanelerine göre geniş alanlardır. Sağlık personelin önceki hastanelerde daha küçük alanlarda sağlık hizmeti vermesinin ardından şehir hastaneleri gibi büyük alanlarda çalışmaya başlaması daha fazla güç harcamasına sebebiyet vermektedir. Şehir hastanelerine bulunduğu komşu illerden gelen hasta sayısı artmıştır ve hastaneye başvuran hasta sayısında artış yaşandığı bilinmektedir. Bu durum personelin

daha fazla hastalara bakmalarını gerektirmektedir. Bunun neticesinde çalışanların iş yükü artırmakta ve tükenmişlik sendromuna girmelerine neden olabilmektedir. Şehir hastanelerinde acilen sağlık personel sayısında yeni planlanmanın yapılması yukarıda yazılan gerekçeler ışığında incelenmelidir.

5.Şehir hastanelerinde ve ayrıca diğer kamu hastanelerinde de çalışanların güvenliği için alınan tedbirler artırılmalıdır. Şehir hastanelerin mekânsal olarak büyüklüğü dolayısıyla diğer hastanelere göre güvenliğe daha çok dikkat edilmesini gerekli kılmaktadır. Güvenlik sayısının artırılması, cezai işlemlerin olduğu uyarı afişlerin asılması, personelin iletişim becerilerini geliştirecek kursların düzenlenmesi, deneyim kazanılması amacı ile tatbikat sayılarının artırılması tedbir olarak gerçekleştirilebilir. Asıl amaç şiddetin ortaya çıkmasını engellemek ve buna zemin hazırlayacak tetikleyicilerin ortadan kaldırılmasıdır. Şiddet ortaya çıkıp çalışanlar zarar gördükten sonra o anda alınan tedbirler ne yazık ki yetersiz kalabilmektedir.

6.Şehir hastanelerinin yeni olması, büyük bir yapıya sahip olması, fiziki olarak klasik devlet hastanelerinden oldukça farklı özellikler barındırması, içerisinde kamu ve özel sektörün binlerce çalışanının olması hastane yöneticiliğinin yapısının değiştirilmesini gerekli kılmaktadır.

7.Şehir hastaneleri ile yeni bir hastane yöneticiliği boyutu geliştirmeli ve bunun hukuki süreçlerin dikkatle belirlenmesi gerekmektedir. Şehir hastaneleri işleyiş ve yapısı gereği farklılık arz ettiğinden yönetici sayısı da ona göre belirlenmelidir.

8.İllerde belirli hastanelerin kapanması ve bu hastanelerin şehir hastanesine taşınmasıyla kapatılan hastanelerin ne olacağı, içerisindeki malzemelerin durumu henüz bilinmemektedir. Ayrıca kapatılan hastane çevresinde yer alan ticari alanlar (eczaneler, esnaf vb.) süreçten etkilenmektedir ve orada çalışanların mağduriyetinin giderilmesini sağlayacak önlemler alınmalıdır. Kapatılan şehir hastaneleri yerine butik hastaneler veya acil hastalara sağlık hizmeti verilmesinde kullanılabilir. Acil hastalar için saniyelerin önemli olduğu bir durumda, uzak hastanelere gidilmesi çeşitli risklere sebebiyet verebilir. Kapatılan hastane çevresinde bulunan diğer hizmet sektörlerinin durumuna ilişkin tespit çalışmalarının yapılması, mağduriyetlerinin giderilmesi için şehir hastanesi çevresinde açılacak ticari alanlarda öncelik verilebilir.

9.Şehir hastanelerin yapılmasının planlandığı yerlerde öncelikle ulaşım altyapılarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

10.Hastaların uzak mesafede yer alan hastaneye ulaşabilmesinin sorunlara çözüm üretmek hasta memnuniyetini daha çok artıracaktır. Hastaların maddi açıdan mağdur edilmemesi için de belirli yerlere ücretsiz veya makul bir ücretle ring seferleri veya doğrudan metro ile ulaşım olanakları düzenlenebilir. Zira hastaların söz konusu şehir hastanelerine ulaşılabilmesi için 2-3 araç değiştirmesi gerekmektedir. Fiziksel ve ruhen iyi durumda olmayan hastaların bu durum karşısında stres seviyesi yükselebilmektedir. Yapılacak bu uygulama ile hastaların moral seviyesi yükselebilir.

11.Şehir hastanelerinde hukuki birimlerin bulunması ve bu hukuki birimlerin personel ve çalışanlara KÖİ modeli hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. Çünkü KÖİ modeli ile yapılan hastanelerde çalışanlar bu model hakkında yeterince bilgi sahibi değildirler ve bu durum bilgi yoksunluğuna neden olabilmekte, böylelikle modelin çok yanlış anlaşılmasına sebebiyet vermektedir. Personele eğitim verilmesiyle bu durum ortadan kalkabilir.

Sonuç olarak şehir hastanelerin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Günümüz sağlık problemlerine çözüm sunacak şekilde hayata geçirilen ve son modern teknoloji ile donatılan şehir hastaneleri, dezavantajlarının da düzeltilebilir olması neticesinde Türkiye sağlık sektöründe yeni bir boyut başlatmış ve farklı bir dönüşüm süreci içerisine girmesine imkân vermiştir. Yukarıda sayılan öneriler ışığında henüz hayata geçirilmemiş olan şehir hastanelerinin iyileştirilmesine ışık tutacak özellikler bulunmasıyla, Türkiye'nin iç ve dış bölgelerinde sağlık sunumunda güçlü bir aktör olmasına katkı vermesi düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar OK, Korkut G, Tetik A. Yeni kamu yönetimi anlayışı ile değişen kamu hizmeti ve türkiye iş kurumu. İş ve Hayat, 2015;107-135. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/299560> Erişim tarihi: 03.10.2018
- Actions. Construction Management And Economics, 2006, 24(3): 301-308.
- Akbiyikli R, Eaton D. A comparison of pfi, bot, boo and boot procurement routes for infrastructure construction projects. 2003: 505-524 <https://www.irbnet.de/daten/iconda/CIB16757.pdf> Erişim tarihi: 08.08.2018
- Alagöz M, Yokuş T. Kamu özel işbirliği (kõi) yatırımları ve ekonomik illüzyon etkisi. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2017; 19 (32): 115-122
- Altın A. Kamu hizmeti anlayışında değişim. Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Muş, 2011; 1(2):101-118
- Association Of Consulting Engineering Companies (ACEC). Understanding ppp in canada. https://www.acec.ca/files/resources/acec_P3_report_v3.pdf Erişim tarihi: 20.08.2018
- Ataay F. Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler. 1.Basım. Ankara ,DE Kİ Basım Yayım, 2006.
- Atasever M, Gözlü M, Özaydın MM, Güler H, Örnek M, Barkan OB, Kavak Y, İlhan N. Şehir hastaneleri araştırması. Sasam Enstitüsü Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü Sağlık-Sen Yayınları – 46, Ankara, 2018, s:14-92 ISBN: 978-605-87841-7-8.
- Atasoy H. Kamu –özel işbirliği modeli ve türkiye’de belediyelerin altyapı projelerinin finansmanında uygulanabilirliği. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, Doktora Tezi, 2011;90
- Ayhan E, Önder E. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2018;4(1): 109-121
- Austria SA. PPP is not privatization. PPP Talk Insight, Information, Innovation, March 2013; 2(1): 1-10
- Ayanoğlu T. İşletme hakkı devir sözleşmeleri, İÜHFM, 2007: C. LXV, S.1; 3-38
- Aydın EV. Yerel yönetimlerde altyapı yatırımlarının finansmanı:kamu özel sektör ortaklığı modeli. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, Doktora Tezi, 2014;34
- Ayhan E, Önder M. Yeni kamu hizmeti yaklaşımı: yönetişime açılan bir kapı. Gazi Journal Of Economics & Business, Ankara, 2017, 3(2); 19-48
- Bal O. Özelleştirmenin teorik temelleri ve türkiye'deki etkileri, International Conference On Eurasian Economies, 2013: 355-364
- Bashiri M, Ebrahimi S, Fazlali M, Hosseini SJ, Jamal N, Salehvand P. Analytical comparison between bot, boot and ppp project delivery systems. Conference Paper , January 2011: 1-11

- Beck B. PPP in sweden and germany a comparison. kth architecture and the built environment, Stockholm, Bachelor of Science Thesis, 2010.
- Berkay F. 1980-2010 Döneminde sosyal refah devleti çerçevesinde türkiye’de sosyal güvenlik harcamalarının gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi,2013;4(9):1-22
- Beydoğan A. Türk hukuku imtiyaz sözleşmelerinin hukuki niteliği: 406 ve 5809 sayılı kanunlar açısından değerlendirilmesi. Ankara Bürosu Dergisi, 2011: 111-135
- Bonhage J, Roberts M. Public-Private Partnership law review, editors bruno werneck and mário saadi. fourth edition, united kingdom, 2018
- Bovaird T. Public–private partnerships: From contested concepts to prevalent practice. International Review of Administrative Sciences, 2004,70(2), 199-215
- Boz SS. Kamu özel işbirliği (ppp) modeli. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2013, C.4 S.2;277-332
- Cerrahoğlu A. Şehir hastaneleri ve birinci basamak. Jour Turk Fam Phy 2016; 07 (3): 81-84. Doi: 10.15511/tjtfp.16.00381
- Ceylan O. Risk nedir, finansal risk çeşitleri. Aralık 2014. <http://piyasarehberi.org/piyasa/132-risk-nedir-finansal-risk-cesitleri-nelerdir> Erişim tarihi: 13.10.2018
- Cheung E, Chan APC, Kajewski S. Factors contributing to successful public private partnership projects – comparing hong kong with australia and the united kingdom. Journal of Facilities Management, February 2012;10(1); 45-58 DOI:10.1108/14725961211200397
- Çakır MK. 6428 Sayılı Kanuna Göre Kamu Özel İşbirliği Kavramı ve Yeni Bir Model: Yap Kirala Devret. Seçkin Yayıncılık, Birinci Baskı, Ankara, 2016
- Çekirge HL. Dünyada ve türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı uygulamaları ve örnek bir projede modelin finansal ve genel avantajlarının incelenmesi. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Haziran 2006;5-6
- Çelik FE. Hizmet sunumuna katılım ve kamu özel ortaklıkları. <http://www.yayed.org/uploads/yuklemeler/inceleme-21.pdf> Erişim tarihi 01.10.2018
- Çevik Ö, Şimşek C, Kafalı ÖF. Türk hukukunda imtiyaz sözleşmeleri. GSI Articleletter, 2017:33-50
- Çolak S. Yeni kamu yönetimi anlayışı perspektifinde özel - kamu sektör ortaklığı. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012
- DBIA(Design-Build Institue of America). What is design build ? 2016. <https://www.dbiaumr.org/what-is-design-build.html> Erişim tarihi: 15.09.2018
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Rekabet hukuku ve politikaları, sekizinci beş yıllık kalkınma planı özel ihtisas komisyonu raporu, Ankara, 2000:21

- Dönertaş AS. Kamu-özel işbirliği modelinin kentsel içme suyu ve atıksu projelerine uygulanması. T.C. Kalkınma Bakanlığı Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 2018. Yayın No: 2986
- Dursun H. Yeni bir yetkilendirme (imtiyaz) sözleşmeleri kanunu yapılmasına mutlak bir gereksinim vardır. TBB Dergisi, 2016: 85-146.
- Durucasu H, Acar E. Yap işlet devret (yid) modeli, tarafları, önemli sözleşme unsurları ve belirsizlikleri. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Haziran 2015; 3(12): 296-313
- Engel E, Fischer R, Galetovic. Finance and public-private partnerships. CONFERENCE volume, 2014: 193-222
- Erbaş Ö, Yavuz CI, İlhan B. Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Aralık 2012; 5-24
- Erdem E. Sağlık hizmetinde kamu özel ortaklığı modelinin kamu maliyesine etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 28
- Erdem, Gökkaya D, Uğurluoğlu D. Şehir hastanesinde çalışan memnuniyeti araştırması. İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi, 2019; 4(9):101-118
- Erdem, Gökkaya D, Uğurluoğlu D. Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: ısparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2018, 9(20):136-148
- Erol GS. Kamu hizmetlerinin görülmesinde imtiyaz yöntemi ve türkiye uygulaması. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 1999: 1-2 Yayın NO: DPT: 2487
- ESCAP(Economic and Social Commission for Asia and Pacific). A primer to public-private partnerships in infrastructure development. https://www.unescap.org/ttdw/ppp/ppp_primer/2261_a_builddownoperate_boo.htm 1 Erişim tarihi: 15.09.2018
- Esen E, Erdem A. Kamu-özel ortaklığının değişen koşulları: türkiye örneği. Electronic Journal of Political Science Studies, Haziran 2013;4(2): 100-121
- Esirgen SÖ. II. Meşrutiyet meclis tutanaklarına göre “menafii umumiyyeye müteallik imtiyazat hakkında kanun”ın kabulü. AUHFD, 2011; 60 (4): 935-962
- Evren ÇC. Kamu-Özel İşbirlikleri. Birinci Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2016
- Fırat Kalkınma Ajansı. Yap işlet devret modelinde uygulanan usul ve esasların kalkınma ajansları açısından analizi, Araştırma Raporu, Malatya, 2014
- Finmin (Ministry of Finance of the Republic of Lithuania). PPP features and forms. <https://finmin.lrv.lt/en/> Erişim tarihi: 10.10.2018).
- Fischhoff B, Watson SR, Hope C. Defining risk. Policy Sciences, Amsterdam, 1984: 17; 123-139

- Garvin M, Bosso D. Assessing the effectiveness of infra-structure public-private partnership programs and projects. *Public Works Management And Policy*, 2008, 13(2); 162-178.
- Genç O, Erdiş E, Oral E. İnşaat firmalarının karşılaştıkları potansiyel risklerin proje başarısına etkisi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi*, 2018; 23(1); 441-450
- Gökyurt F. İdare Hukuku Bakımından Kamu Özel İşbirliği Sözleşmeleri. Birinci Baskı, Ankara, Adalet Yayınevi, 2018
- Green Paper. On public-private partnerships and community law on public contracts and concessions. Commission Of The European Communities , Brussels, 2004;1-29)
- Grimsey D, Lewis MK. Evaluating the risk of public private partnership for infrastructure projects. *International Journal Of Project Management*, Australia, 2002;107-118
- Grimsey, D, Lewis, M. K. Are Public Private Partnerships value for money? Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*, 2005;29(4) :345-378
- Guidelines on private public partnerships for infrastructure development. United Nations Economic Commission For Europe, December 2000;5-6
- Guo S, Li H, Guo Y, Gao K. The experience and reference on ppp development in germany. *International Journal of Economics, Finance and Management Sciences* 2017; 5(6): 327-333
- Gülalsan PA. Türk sağlık örgütlenmesinde kamu özel ortaklığı. *Ankara Barosu Sağlık Hukuku Dİğestası Dergisi*, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2012 ;2(2),59-65.
- Güler E. Sağlık hizmetlerinde kamu-özel ortaklığı modeli (bursa ili örneği). *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. Ankara, 2016
- Gültekin S, Zorlu F., Türkiye’de sağlık sistemindeki dönüşümlerin mekânsal etkileri: Mersin kenti örneği. *Journal of City and Regional Planning*, 2019, 01(01) :35-53
- Güngör G. Tarihi açıdan türkiye’de özelleştirme uygulamalarının değerlendirilmesi. *The Sakarya Journal Of Economics*, 2012: 100-118
- Güngör K. Thatcher’ın temel maliye-ekonomi politikaları ve birleşik krallık’taki etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Aralık 2017;18(2); 1-20
- Gürkan MF. Eğitim kamu hizmetinin görülmesinde kamu özel ortaklığı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi*, 2013: 8-21.
- Gürkan MF. Kamu Özel Ortaklığı. *Adalet Yayınevi, Birinci Baskı, Bursa*, 2014.
- Güzelsarı S. Kamu özel ortaklıkları üzerine eleştirel bir değerlendirme. *Ankara Üniversitesi Yayınları Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2009;43-77
- Haarhoff KJ. Public private partnerships as an alternative: a multiple case study of the healthcare sector in south africa. *Master of Public Administration at the Universty of Stellenbosch, Mini-thesis*, 2008: 33-35

- Halton GA. perspectives defining risk. Financial Analysts Journal, 2004: 60(6); 19-25
- Harris S. Public-private partnerships: delivering better infrastructure services. Inter-American Development Bank, Washington, 2004: 77-98
- Herpen V. Public private partnerships, the advantage and disadvantages examined. Dutch Ministry of Transport- Association For European Transport, 2002: 1-13.
- HM Treasury. Budget 2018 private finance initiative (pfi) and private finance 2 (PF2). 2018: 1
- HM Treasury. Budget 2018. HC 1629, London, October 2018:29
- HM Treasury. Standardisation of PF2 Contracts Draft. London, December 2012: 2
- HM Treasury. Treasury minutes government response to the committee of public accounts on the twentieth to the thirtieth reports from session 2017-19 this publication includes a correction to the eleventh report. Cm 9618, London, May 2018:1-50
- House of Commons. house of commons committee of public accounts private finance initiatives forty-sixth report of session 2017–19, HC 894, June 2018: 3-16
- <http://www.oecd.org/governance/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm> Erişim tarihi: 04.10.2018
- https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/752173/PF2_web.pdf
- <https://koi.sbb.gov.tr/>, 2019. Strateji ve bütçe başkanlığı kamu-özel işbirliği ile yürütölen projeler Erişim tarihi: 27.12.2018
- KÖİ Daire Başkanlığı. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33097/kamu-ozel-isbirligi-daire-baskanligi-gorev-yetki-ve-sorumluluklari.html> , 2018 Erişim tarihi: 02.01.2019
- Iacobacci M. Dispelling the myths a pan-canadian assessment of public-private partnerships for infrastructure investments. The Conference Board of Canada, Canada, 2010: i-61
- Jad SM. Build, operate, and transfer (bot) project development system in saudi arabia. 2005:3-21. http://faculty.kfupm.edu.sa/CEM/assaf/Students_Reports/Build-Operate-and-Transfer-Project.pdf Erişim tarihi: 08.08.2018.
- Jakutyte J. Analysing public-private partnership. Aarhus University Department Of Business Administration Business And Social Sciences, Master Thesis, 2012: 26-40.
- Jose T. What are the different models for public private partnership (ppp) in infrastructure? 2016. <https://www.indianeconomy.net> Erişim tarihi: 10.08.2018
- Kahreman İ. Danıştay’ın imtiyaz sözleşmeleri üzerindeki idari görev ve yetkileri. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014: 3

- Kalkınma Bakanlığı. Dünyada ve türkiye’de kamu özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kasım 2012:6-39
- Kalkınma Bakanlığı. Dünyada ve türkiye’de kamu özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler raporu. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Mayıs 2018:1-58
- Kalkınma Bakanlığı. Kamu özel işbirliği mevzuatı. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Mart 2015: 1-312
- Kalkınma Bakanlığı. Kamu özel işbirliği raporu 2016. Sağlık Bakanlığı Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Şubat 2017:1-53
- Karasu K. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 2011: Cilt 66, No. 3; s. 217-262
- Karataş Z. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi Ocak 2015; 1(1):62-80
- Kaya A, Güngör B, Özçomak. Politik risk yatırımcının dikkate alması gereken bir risk midir? Borsa İstanbul Örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2014: 16(1); 74-87
- Kaya B. Risk yönetimi planı nasıl oluşturulur? 2015. <http://bertankaya.net/2015/01/risk-yonetimi-plani-nasil-olusturulur/> Erişim tarihi: 14.10.2018
- Kaya M. Şehir hastanelerinin kirası nasıl ödenecek? 2013. <https://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari//tr-sehir-hastanelerinin-kirasi-nasil-odenecek-6-681-53705.html> , Erişim tarihi: 27.12.2018
- Keçeligil HT, Kamu-özel işbirliği: esasları ve türkiye uygulaması. Terazi Hukuk Dergisi, 2018: 13(48); 158-175
- Kerman U, Altan Y, Aktel M, Eke E. Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 2012: 17,(3); s.1-23.
- Keskin S. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu – özel ortaklığı modeli(aydın örneği). Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Keşli A. Kamu özel sektör işbirliği (ppp) projelerinin hukuki rejimi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2009.
- Ketenci ST. Özelleştirmelerin finans piyasaları üzerine etkisi: türkiye örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 4
- Khoteeva M, Khoteeva D. Public-private partnerships: a solution for infrastructure development in the uk? case study of the london underground public-private

- partnership project. International Review of Management and Marketing, 2017; 7(1) : 300-308. ISSN: 2146-4405
- Kılıçaslan H. Devletin Değişen Rolü ve Kamu Özel İşbirlikleri. Savaş Yayınevi, Birinci Baskı, Ankara, 2017
- Kılınç K. Kanada'nın devlet yapısı ve hukuk sistemi. 2018. <https://kanberkilinc.com.tr/kanadanin-devlet-yapisi-ve-hukuk-sistemi.htm> Erişim tarihi: 18.08.2018.
- Kim H. Risk allocation in public private partnerships: country case study – republic of korea. ,2017:1-15 <https://ppp-risk.gihub.org/content/uploads/2017/03/Risk-allocation-country-case-study-Korea-final.pdf> Erişim tarihi: 14.10.2018
- Korte Company. Design-Build. 2018. <https://www.korteco.com/design-build/> Erişim tarihi: 15.09.2018
- KÖİÖİK Ön Raporu. 11.Kalkınma Planı (2019-2023) Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu, 2014: 1-52
- Kök R, Kara O. Türkiye ekonomisinde özelleştirme yönlü dışsal ekonomiler analizi. Atatürk Ü. İİBF Dergisi, 10. Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu Özel Sayısı, 2011: 301-320 .
- Köstekçi A. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektör ortaklığının analizi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, Yüksek Lisans Tezi, 2014
- Krishnan R. What is a public private partnership? Public Policy and Management, 2014: 3-11
- Küçük Ü. Kamu özel ortaklıklarının kamu yönetimindeki dönüştürücü etkisi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2017: 18
- Lawther WC. Contracting for the 21st century: a partnership model. The PricewaterhouseCoopers Endowment For The Business of Government, Arlington, January 2002:14
- Lekan A, Opeyemi J, Olayinka OC. Performance of build-operate-transfer projects: risks' cost implications from professionals and concessionaires perspective. European International Journal of Science and Technology, April 2013:2(3);239-250
- Lema NM. An assessment of the build - operate - transfer (bot) model for infrastructure project financing in tanzania. 2000:1-11 <http://www.irbnet.de/daten/iconda/CIB8907.pdf> Erişim tarihi: 09.08.2018
- LGV Sud Europe Atlantique. 2017 https://wikivisually.com/wiki/LGV_Sud_Europe_Atlantique Erişim tarihi: 13.11.2018
- Martinelli V. Political risks in public-private partnerships. December 2014. <https://www.careersingovernment.com/tools/gov-talk/about-gov/political-risks-public-private-partnerships/> Erişim tarihi: 13.10.2018

- Medimagazin. Sağlık Bakanı Koca: Lokasyonu genişleterek 'sağlık vadisi' yapmak istiyoruz,2019 <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-saglik-bakani-koca-lokasyonu-genisleterek-saglik-vadisi-yapmak-istiyoruz-11-681-80813.html>
Erişim tarihi: 14.01.2019
- Miles D. International project marketing. International Labour Office International Construction Management Series, Geneva, First Published, 1995; no.6: 7
- Millennium Challenge Corporation's (MCC). Public-private partnership platform. <https://www.mcc.gov/initiatives/initiative/public-private-partnership-platform>
Erişim tarihi: 04.10.2018
- Ministry of Economic Development of the Russian Federation, 2015. http://economy.gov.ru/en/home/activity/sections/ppp?ref_site=kl Erişim tarihi: 12.11.2018
- Munya A. The advantages and risks of pursuing public private partnerships elements of express lane networks in california, usa: lessons for developing countries. , 46th ISOCARP Congress Nairobi Kenya, 2010:1-12
- Mussio LB. The present & future of public-private partnerships in canada. A National Bank Of Canada Publication, 2011: 4-45
- Nate Matthews, Build operate transfer and private sector led hydropower development: assessing benefits and risk. CGIAR Research Program on Water, Land and Ecosystems (WLE) at World Water Week 2014https://www.slideshare.net/wle_cgiar_media/build-operate-transfer-and-private-sector-led-hydropower-development
- National Audit Office. PFI and PF2. HC 718 Session 2017–2019, London, January 2018: 2-50
- National Audit Office. PFI: construction performance. Report By The Comptroller And Auditor General Hc 371 Session 2002-2003, February 2003: 2-3
- National Opinion Survey on Infrastructure & P3s, 2015; National and community opinions on p3s in canada, 2014 http://www.pppcouncil.ca/web/Knowledge_Centre/Publications/Surveys/web/P3_Knowledge_Centre/Publications/Surveys.aspx?hkey=d41a3366-f56c-473f-a836-4d6fccbf2d5f Erişim tarihi: 20.08.2018
- NTV. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca: 2019'da 25 bin sağlık personelinin ataması yapılacak, 2018 https://www.ntv.com.tr/turkiye/saglik-bakani-fahrettin-koca2019da-25-bin-saglik-personelinin-atamasi-yapilaca_h-Jht2NDkufcd6sPHURFg?_ref=infinite Erişim tarihi: 12.03.2019
- OECD (2017), Health at a glance 2017: oecd indicators. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD. Dedicated publicprivate partnership units a survey of institutional and governance structure. 2010: 3-76
- Özer S. Şehir hastaneleri ne getiriyor? – 1. <https://halagazeteciyiz.net/2018/04/24/sehir-hastaneleri-ne-getiriyor-1/> Erişim tarihi: 04.01.2019

- Özer A. Küreselleşme kısıcında yönetim.
<https://www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale232.pdf> Erişim tarihi:06.10.2018
- Öztürk S, Uçan O. Türkiye’de sağlık harcamalarında artış nedenleri: sağlık harcamalarında artış – büyüme ilişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y. 2017, C.22, S.1, s.139-152
- Palabıyık H. Gönüllülük ve yerel hizmetlere gönüllü katılım üzerine açıklamalar. Journal of Administrative Sciences, Çanakkale, 2011, (9:11); 83-114
- PPIAF. Toolkit for public - privat partnerships in roads & highways ppp modalities. 2009.
<https://ppiaf.org/sites/ppiaf.org/files/documents/toolkits/highwaystoolkit/6/pdf-version/5-36.pdf> Erişim tarihi: 10.08.2018
- PPP Knowledge Lab. <https://pppknowledgelab.org/guide/sections/1-introduction> Erişim tarihi: 04.10.2018
- Provost L. Managing the implications of public private partnerships.2011
<https://oag.govt.nz/2011/public-private-partnerships/docs/public-private-partnerships.pdf> Erişim tarihi: 11.10.2018
- Queiroz C, Astesiano G, Serebrisky T. An overview of the brazilian ppp experience from a stakeholders’ viewpoint. Inter-American Development Bank, 2014: 12-13
- Risk Management Handbook. The University of Adelaide , Australia , 2016: 1-29
- Rodriguez J. Public-private partnership pros and cons-benefits and disadvantages of p3 contracts. <https://www.thebalancesmb.com/public-private-partnership-pros-and-cons-844713> Erişim tarihi: 09.10.2018
- Rouse M. What is boot (build, own, operate, transfer)? 2009.
<https://whatis.techtarget.com/definition/BOOT-build-own-operate-and-transfer> Erişim tarihi: 15.09.2018.
- Sadka E. Public-private partnerships: a public economics perspective. IMF Working Paper , March 2006; 3
- Sağlık Bakanı: Şehir hastaneleri üniversiteler hastanesi olacak. 25 Kasım2018<https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-saglik-bakani-sehir-hastaneleri-universiteler-hastanesi-olacak-11-681-79384.html>
- Sağlık Bakanlığı 2019 yılı bütçe sunumu tbmm plan bütçe komisyonu, 2018
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2018
- Sarısu A. Kamu ve özel sektör işbirliği sihirli bir formül değildir. Maliye Uzmanları Derneği Dergisi, 2015: 3(1); 148-153
- Sarısu A. Kamu ve özel sektör işbirlikleri- türkiye için bir model önerisi -.Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2007:51

- Sarısı A. Sağlık bakanlığı'nca kamu özel işbirliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması hakkında 6428 Sayılı Kanun'un değerlendirilmesi-I . Yaklaşım, Nisan, 2013: Yıl 21 ,Sayı 244 ;238-242
- Schaefer M, Volland T. Germany: public private partnerships in germany - an overview. 2009.
<http://www.mondaq.com/germany/x/87762/Government+Contracts+Procurement+PPP/Public+Private+Partnerships+In+Germany+An+Overview> Erişim tarihi: 30.11.2018
- Schneider M, Davis J. Public-private partnerships in public transportation: policies and principles for the transit industry. american public transportation association task force on public-private partnerships.
https://www.transit.dot.gov/sites/fta.dot.gov/files/docs/apta_ppp_white_paper_final.pdf Erişim tarihi: 03.10.2018
- Schoenberg M, Parke TR. Government privatization history, examples, and issues. 2006;1-28. http://cgfa.ilga.gov/Upload/2006Gov_Privatization_Rprt.pdf Erişim tarihi: 07.10.2018
- Sheshinski E, Lopez-Calva LF. Privatization and its benefits: theory and evidence. CESifo Economic Studies, 2003; 49(3): 429-459
- Siemiatycki M. Is There a Distinctive Canadian PPP Model? Reflections on Twenty Years of Practice. Public-Private Partnership Conference Series CBS-Sauder-Monash, Vancouver, 2013;1-35
- Songur C, Top M. Türkiye'de sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği modeli: paydaş görüşlerine dayalı bir alan araştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2018; 8(1); 159-186
- Songur C. Sağlık sektörü kamu özel işbirliği projelerinde riskler ve risk yönetimi. KSÜSBD, 2018; 15(2); 693-716
- Sotic A, Rajic R. The review of the definition of risk. Online Journal of Applied Knowledge Management, 2015;3(3); 17-26.
- Sözer AN. Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak şehir hastahaneleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2013: Cilt: 15-Özel S; 215-253
- Spackman M. Public-private partnerships: lessons from the British approach. Economic Systems, London, 2002 : 26; 283-301.
- Stiff D, Smetanin P. public infrastructure underinvestment: the risk to canada's economic growth. Risk Analytica, 2010: 6-49
- Storozheva L. The procurement stage of the public private partnership projects in healthcare as the source of project's critical success factors. St. Petersburg University Graduate School of Management, St. Petersburg, Master's Thesis, 2016;11-12
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı Kamu-Özel İşbirliği İle Yürütülen Projeler,2018
<https://koi.sbb.gov.tr/> Erişim tarihi: 27.12.2018

- Su B. Yeni kamu işletmeciliği bağlamında kamu özel işbirliği projelerinin etkinlik ve verimlilik analizi: devlet hava meydanları işletmesi genel müdürlüğü örneği. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017: 28
- Şehir hastaneleri bir başarı hikayesidir. <https://www.saglik.gov.tr/TR,19871/sehir-hastaneleri-bir-basari-hikayesidir.html>,2017 Erişim tarihi: 07.01.2019
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. Kamu özel işbirliği özel ihtisas komisyonu raporu. Ankara 2014: 1-84
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005. 2000;1-266
- T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık yatırımları genel müdürlüğü,2019 <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> Erişim tarihi : 05.01.2019
- Tan T. Osmanlı İmparatorluğunda yabancılara verilmiş kamu hizmeti imtiyazları, SBFD, 1968; c. XXII, sayı:2: 285-326
- Tandırcıoğlu H. Geçiş ekonomilerinde özelleştirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2002; 4(3):198-226
- Tekin AG. Kamu-özel sektör işbirlikleri- kamu-özel ortaklıkları(public private partnerships veya ppp modelleri). İdarecinin Sesi Dergisi, Mayıs-Haziran 2007, C.21 S.122;1
- Tekin PŞ. Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2010;3
- Telang V, Kutumbale V. Public Private partnerships in india (an overview of current scenario). Research Front. 2014: 2(4); 13-26
- The Canadian Council For Public Private Partnership. <https://www.pppcouncil.ca> Erişim tarihi: 03.10.2018
- The Canadian Council for Public-Private Partnerships, <http://www.p3spectrum.ca/project/> Erişim tarihi: 20.08.2018
- Thepoint. Difference Between Public Private Partnership (PPP) and Privatisation. 2017. <https://www.2thepoint.in/difference-public-private-partnership-ppp-privatisation/> Erişim tarihi: 06.10.2018
- Tiong RLK, Wang SQ, Sachs T. Analysis of political risks and opportunities in public private partnerships (ppp) in china and selected asian countries. Chinese Management Studies, 2007;1(2); 126-148
- TRT Haber. Sağlık turizmi için Türkiye'ye gelenler hastaneleri doldurdu. <https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-turizmi-icin-turkiyeye-gelenler-hastaneleri-doldurdu-361809.html> , 2018 Erişim tarihi: 10.01.2019

- Tuiç Akademi. Politik risk. Temmuz 2014. <http://www.tuicakademi.org/politik-risk/>
Erişim tarihi: 13.10.2018
- TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016 Sayı: 24574 Kasım 2017.
- TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017 Sayı: 27621. Kasım 2018.
- Uddin M, Zack JG. Public - Private partnership projects – what, why & how is risk allocated?. Navigant Construction Forum, 2016: 1-28
- Uğur A, Miynat M. Kamu özel sektör ortaklıklarının ekonomi politiği. Yönetim ve Ekonomi, Manisa, 2014;21(2);19-40
- Uğurhan F, Mersin şehir hastanesi'ni halkın kullanımı, görüşleri ve beklentileri araştırması. orda bir hastane var uzakta: mersin şehir hastanesi. Türkiye Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri. İletişim Yayınları, Ankara, 2018: 261-269,
- Uğur LO. İnşaat sektöründe riskler ve risk yönetimi. Türkiye Müteahhitler Birliği Seminer Notları, 2006: 3-35
- Ujang MH. Why There are successes and failures in privatization and public-private partnership (ppp). 2016: 1-36
<https://www.slideshare.net/MohdHasimUjang/privatization-and-ppp> Erişim tarihi: 07.10.2018
- UNECE. The market for public-private partnerships in Germany 2008.
<https://www.unece.org/fileadmin/DAM/.../ppp/.../muller.pdf> 2008 Erişim tarihi: 30.11.2018
- United Nations Economic Commission for Europe. Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships. United Nations Publications, New York and Geneva, 2008:1-88
- Ünal L. Geleceğin finansman modeli kamu -özel işbirliği- (karayolu projelerinde özelleştirme). 1. Yapı İşletmesi Kongresi, İzmir, Ekim 1996: 274-276
- Vaissier FG, Bars OL, Houriez D. France. Public-Private Partnership Law Review. Fourth Edition, United Kingdom, 2018; 82-100
- Van Ham H., Koppenjan J. Building public-private partnerships: assessing and managing risks in port development. Public Management Review, 2001: 3(4);593-616.
- Walker C, Smith AJ. Privatized infrastructure: the build operate transfer approach. Thomas Telford Publication , First Published, London, 1995;1-2
- World Bank. <http://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/overview>, 2018.
Erişim tarihi: 02.02.2019
- World Bank,2018: <https://pppknowledge.org/countries> Erişim tarihi: 11.11.2018
- World Bank. About public-private partnerships. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/about-public-private-partnerships> Erişim tarihi 01.10.2018)

- World Bank. Government objectives: benefits and risks of ppps. 2016. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives> Erişim tarihi: 11.10.2018
- World Bank. <https://ppi.worldbank.org/ppinew/snapshots/country/turkey> ,2017 Erişim tarihi: 24.12.2018
- WorldBank.<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=CA> Erişim tarihi: 18.08.2018
- Yalçın FC. Kamu özel işbirlikleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2014: 3
- Yalçinkaya E. İlköğretim 8. Sınıf öğrencilerine göre çevre sorunları: nitel bir çalışma. Marmara Coğrafya Dergisi, İstanbul, Ocak – 2013 :416-439 – Issn:1303-2429
- Yescombe ER. Public private partnerships- principles of policy and finance. First Edition. Elsevier's Science & Technology, USA, 2007: 2-10
- Yıldırım NE. Kamu özel ortaklıkları ve ulaştırma sektörü(dünya ve türkiye örnekleriyle). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2017:35-36.
- Yıldız H. Kamu hukuku ile özel hukukun kesiştiği yer: kamu hizmeti imtiyaz sözleşmelerinde tahkim yolu. TBB Dergisi, 2014 (111): 279-296
- Yıldız Z. Şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti ölçeğinin geliştirilmesi ve yapısal eşitlik modeli ile analizi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas, Doktora Tezi, 2018
- Yılmaz O. Kamu yönetimi reformu: genel eğilimler ve ülke deneyimleri. Devlet PlanlamaTeşkilatı.2001. ErişimTarihi:06.10.1018 <http://www.sp.gov.tr/upload/xSpKutuphane/files/XiSiu+KamuYnetimiReformuGenelEilimlerVelke.pdf>
- Yücel AR. İdari sözleşmeler ve imtiyaz sözleşmeleri. Türkiye Mühendislik Haberleri Sayı 439-440, 2005: 73-77.
- Yücel G. Türkiye'nin sağlık turizminden hedefi http://ohsad.org/wpcontent/uploads/2017/04/YeniBirlik-turkiyenin_saglik_turizmi_05Nisan2017.jpg Erişim tarihi: 21.12.2018

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yunus CEYLAN

Doğum Yeri: Diyarbakır

Doğum Tarihi: 04.04.1991

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu(Kurum Yıl): Süleyman Demirel Üniversitesi / İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi /Sağlık Yönetimi (Lisans/2011-2012)

Hacettepe Üniversitesi /İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi/ Sağlık İdaresi (Lisans/2012-2015)

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans / 2017- 2020

E-posta: ynsctl_21@hotmail.com