

T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI  
MODELİ  
(BURSA İLİ ÖRNEĞİ)

Yüksek Lisans Tezi

Emrullah GÜLER

Ankara-2016



**T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI  
MODELİ  
(BURSA İLİ ÖRNEĞİ)**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Emrullah GÜLER**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. İsmail BİRCAN**

**Ankara-2016**

ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Emrullah GÜLER tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri (Bursa İli Örneği)”başlıklı bu çalışma, 29/01/2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU  
Başkan

  
Prof. Dr. İsmail BİRCAN  
Danışman

  
Doç. Dr. Oğuz IŞIK  
Üye

## ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.



Emrullah GÜLER

## ÖZ

[GÜLER, Emrullah]. [Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri (Bursa İli Örneği)], [Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016].

Sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün ortaklığına dayalı Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) yöntemi Türk sağlık sektöründe de uygulanmaya başlamıştır. Son yıllarda Türkiye sağlık sektörü büyük bir değişim göstermekte ve giderek artan şekilde KÖO'nı kullanmaktadır. Bu kapsamda çalışma Türkiye sağlık sektörü politikalarında yaşanan bu değişime odaklanmıştır.

Çalışmada Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın evrenini Bursa ili kamu hastanelerinde çalışan personel oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeden hastanelerdeki tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak 814 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışmada veri toplama kaynağı olarak anket yönteminden faydalanılmıştır. Anket formunda yer alan sorular kaynak taraması ve uzmanların görüşleri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanılmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre ise; Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM), özel sektördeki atıl sermayelerin, hastane gibi topluma yararlı yatırımların yaratılması, daha hızlı sonuç getiren, etkili ve kaliteli kamu hizmeti sunumu açısından yarar sağlamasına, kamunun finansman sıkıntısından dolayı yapılamayan yatırımlar açısından fayda sağlayacağı ve sorun çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir.

### **Anahtar Kelimeler**

Kamu-Özel Ortaklığı, Sağlık, Türkiye

## ABSTRACT

[GÜLER, Emrullah]. [Public-Private Partnership Models in Health Care (Example Of Bursa)], [Master's Project, Ankara, 2016].

Public-private partnerships based on public and private partnership in the health sector (PPP) method was introduced in the Turkish healthcare sector. Turkey health sector in recent years show a big change and increasingly uses as PPP. In this context, this study focused on changes in Turkey in the health sector policy.

Policies of the PPP policy as a method of financing health infrastructure investments in Turkey in the study is intended to analyze the mapping method. The universe of study Bursa constitute employees in public hospitals and Health Directorate. Without going to the sample selection it has tried to reach all workers in the hospital. However, 814 people have agreed to participate in the study. Survey questionnaires will be utilized as a data source. Questions in the questionnaire have been tried to be prepared in accordance with the literature and expert opinion.

According to the survey; The Public Private Partnership model, the hospital community as a useful investment for the conversion of idle capital in the private sector; faster, more efficiently and to ensure the quality of public service delivery; It is expected to be of benefit to solve the financing problems of the public.

### **Key Word**

Public-Private Partnerships, Health Care, Turkey

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa beraber başlayıp, bu süreçte çalışmalarımızı birlikte yürüttüğümüz değerli arkadaşlarım İsa KÖKEZ'e, Özhan BİGUBEY'e; tez çalışmam boyunca, bana her konuda sabır gösterip yardımcı olan kıymetli eşim Büşra GÜLER'e ve değerli aileme desteklerinden dolayı şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, yüksek lisans eğitimimde çalışmamın her aşamasında içten, yapıcı, destekleyici tarzıyla projemin oluşturulması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında, yol gösteren, destek olan, deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimimi sağlayan, mesleki yardımlarını aldığım danışman hocam Sayın Prof. Dr. İsmail BİRCAN'a sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KAMUL ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ (KÖOM)'NİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI.....	3
1.1.1. Kamu-özel ortaklığının temel faydaları.....	10
1.1.2. Kamu-özel ortaklığının özellikleri.....	15
1.1.3. Kamu-özel ortaklığının zorlukları.....	19
1.1.4. Proje finansmanı.....	20
1.1.5. Kamu-özel ortaklığının kurulması.....	23
1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI FİNANSMAN MODELLERİ.....	30
1.2.1. Yapı devret.....	30
1.2.2. Yapı işletme devret.....	31
1.2.3. Yapı sahiplenme işletme devret.....	32

**İKİNCİ BÖLÜM**  
**KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ YAPISI VE SAĞLIKTA KAMU ÖZEL**  
**ORTAKLIĞI**

<b>2.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN YAPISI</b> .....	<b>34</b>
2.1.1. Proje kapsamının belirlenmesi.....	34
2.1.2. Stratejinin oluşturulması.....	34
2.1.3. Seçim süreci.....	35
2.1.4. Müzakereler.....	35
2.1.5. Sözleşme yapılması.....	35
2.1.6. Hizmet sunumunun başlaması.....	35
<b>2.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ'NİN AVANTAJLARI VE</b> <b>DEZAVANTAJLARI</b> .....	<b>36</b>
2.2.1. Kamu özel ortaklığının avantajları.....	37
2.2.2. Kamu özel ortaklığının dezavantajları.....	37
<b>2.3. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ</b> .....	<b>37</b>
<b>2.4. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU</b> .....	<b>41</b>
<b>2.5. SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI</b> .....	<b>46</b>
<b>2.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI</b> <b>MODELİ UYGULAMALARI</b> .....	<b>48</b>
<b>2.7. ŞEHİR HASTANELERİ VE SAĞLIK KAMPÜSLERİ</b> .....	<b>50</b>

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ**  
**(BURSA İLİ ÖRNEĞİ)**

<b>3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ</b> <b>(BURSA İLİ ÖRNEĞİ)</b> .....	<b>59</b>
3.1.1. Araştırmanın amacı.....	59
3.1.2. Problem ve alt problemler.....	60
3.1.3. Hipotez.....	60
3.1.4. Sayıtlar.....	61

<b>3.1.5. Sınırlılıklar</b> .....	<b>61</b>
<b>3.2. MODEL, EVREN, ÖRNEKLEM, VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN ANALİZİ</b> .....	<b>61</b>
<b>3.2.1. Model</b> .....	<b>61</b>
<b>3.2.2. Evren ve Örneklem</b> .....	<b>62</b>
<b>3.2.3. Veri toplama araçları</b> .....	<b>62</b>
<b>3.2.4. Verilerin analizi</b> .....	<b>63</b>
<b>3.3. BULGULAR VE YORUMLARI</b> .....	<b>63</b>
<b>3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>72</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>76</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>81</b>
<b>EK-1: Araştırma formu</b> .....	<b>81</b>
<b>EK-2: İzin belgesi</b> .....	<b>85</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>86</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>AKP</b>	: Adalet ve Kalkınma Partisi
<b>BOO</b>	: Build-Own-Operate
<b>DB</b>	: Dünya Bankası
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>EIB</b>	: European Investment Bank
<b>HM</b>	: Hazine Müsteşarlığı
<b>KÖİ</b>	: Kamu Özel Sektör İşbirliği
<b>KÖO</b>	: Kamu-Özel Ortaklığı (PPP- Public-Private Partnerships)
<b>MB</b>	: Maliye Bakanlığı
<b>ÖAA</b>	: Özel Amaçlı Araç
<b>Öİ</b>	: Özelleştirme İdaresi
<b>ÖYK</b>	: Özelleştirme Yüksek Kurulu
<b>PFI</b>	: Private Finance Initiative (Özel Finansman Girişimi)
<b>PFP</b>	: Privately-Financed Projects
<b>PPI</b>	: Private Participation in Infrastructure
<b>PPP</b>	: Purchasing Power Parity
<b>PSP</b>	: Private-Sector Participation
<b>P3</b>	: Public-Private Partnership
<b>SAYED</b>	: Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği
<b>t.y.</b>	: Tarih yok
<b>TYFİ</b>	: Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet
<b>UNRISD</b>	: United Nations Research Institute for Social Development
<b>Yİ</b>	: Yap-İşlet
<b>YİD</b>	: Yap-İşlet-Devret
<b>YSİ</b>	: Yap-Sahip Ol-İşlet

## TABLOLAR DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>TABLO 1:</b> Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	63
<b>TABLO 2:</b> Katılımcıların KÖO Ölçeğine İlişkin Betimsel İstatistikleri.....	64
<b>TABLO 3:</b> KÖO Ölçeğine Verilen Cevapların Sonuçları.....	65
<b>TABLO 4:</b> KÖO Ölçeğine Verilen Cevapların Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	68
<b>TABLO 5:</b> KÖO Verilen Cevapların Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup T Testi Sonuçları.....	68
<b>TABLO 6:</b> KÖO Verilen Cevapların Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	69
<b>TABLO 7:</b> KÖO Verilen Cevapların Görev/Unvan Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	69
<b>TABLO 8:</b> KÖO Verilen Cevapların Mesleki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	70

## ÖNSÖZ

Son 30 yılda değişen dünya düzeni ile birlikte, devletlerin vatandaşlarına sağladığı kamu mal ve hizmet sunumunda da ciddi değişimler yaşanmaktadır. Gerek idareler üzerindeki finansal baskılar gerekse kamu yönetim ve iş yapma anlayışının günün ihtiyaçlarına cevap verememesinden kaynaklansın, birçok ülke kamunun hakim olduğu sektörlerde özel sektörle ortaklıklar kurma yoluna gitmektedir. Son 30 yılda İngiltere’den diğer ülkelere yayılan Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) yöntemi, 90’lı yıllardan itibaren enerji ve ulaştırma sektörleri ile Türkiye’de de kullanılmaya başlanmıştır. Hızlı bir şekilde kullanıldığı sektörler çoğalmış ve neticede sağlık sektörü için de gündeme gelmiştir.

Geçmiş yıllardan beridir Türkiye’de kamu hizmetleri devlet bütçesiyle yürütülmüş ve finansman da devletin kendisi olmuştur. 24 Ocak 1980’ de dönemin Başbakanı Süleyman Demirel tarafından açıklanan Başbakanlık Müsteşarı Turgut Özal’ın da imza attığı IMF(Uluslararası Para Fonu) destekli kararlar ile (24 Ocak Kararları), Turgut Özal’ın da Başbakan olmasıyla liberalleşme ve dışa açılma politikaları başarılı sonuçlar vermiştir. Dolayısı ile kamunun hizmetler ve ekonomi içerisindeki etkisi giderek azalmaya başlamıştır. Kamunun sunmuş olduğu mal ve hizmetlerin, özel sektör eliyle veya kamu-özel sektör işbirliği ile de sunulabildiği bir dönem başlamıştır. Büyük bütçeli projelerin değerlendirildiği günümüz şartlarında, sağlık hizmetlerinde KÖO yöntemi bu çalışmanın konusunu oluşturmuştur.

## GİRİŞ

Günümüzde piyasalarının oluşturduğu rekabetçi ortamlar, hizmet kalitesini arttırıcı etkileri ve yüksek işletme tecrübeleri ile özel sektörün kamu hizmetlerine katılımından elde edilecek getirilerin yüksek olacağı inancındadır. Nitekim Avrupa Birliği uyum programlarında da, ‘kamu kesiminin hizmetler içindeki payının küçülmesi’ ve ‘kamu ile özel sektör işbirliğinin etkin ve etkili bir ortaklık esasına dayalı olarak yapılanması’ prensipleri öngörülmektedir. Türkiye’de yeni finansman modeli olan Kamu-Özel Ortaklığının Sağlık Hizmetlerine yansımaları çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı konusunda Türkiye’de projelerin her gün artması ve sağlık hizmetlerinin sunumunun yapıldığı tesislerin modern projelerle yapılacağına kamuoyuna ardı sıra duyurulmasının uyandırdığı heyecan, bu konunun tercih edilmesinin temel nedeni olmuştur.

Türkiye’de yeni finansman modeli olan Kamu Özel Ortaklığı bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda Türkiye’de sağlık sektöründe bu konuyla ilgili çalışmanın yetersizliği dikkatimizi çekmiştir. Bu nedenle sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulaması konusunda çalışılmıştır.

Netice itibariyle bu çalışmada Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanabilirliği irdelenmiştir. Kamusal mal ve hizmet kapsamında ele alınan sağlık hizmetlerinin etkin kullanımının sağlanması açısından uygulanması önerilen Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda detaylı bir çalışma yapılması hedeflenmiştir. Çalışma bu hedef doğrultusunda hazırlanmıştır.

Üzerinde yoğunlaştığımız çalışmada, Bursa ilindeki çalışmayla konu detaylandırılmıştır. Konu sağlık sektöründe gerektiği kadar iyi bilinmemektedir. Sağlık sektöründeki uygulamada bilgi yetersizliğinden kaynaklanan ciddi sıkıntıların olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle konuya ilişkin bilgilerin kamuoyuyla paylaşılması yararlı olacaktır. Sağlık sektöründe bu modelin uygulanmasına yönelik çalışmada öncelikle sağlık çalışanlarının, bilgilendirilmesi öncelikli hedef olacaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde; kamu-özel ortaklığı tanımına, kamu-özel ortaklığının temel faydalarına, temel özelliklerine, zorluklarına, proje finansmanına, kamu-özel ortaklığının kurulmasına yer verilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne

ilişkin kavramsal ve hukuksal çerçeve çizilmeye çalışılmıştır. Devlet tekeli ve özelleştirme uygulamalarının yanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ilgili bilgiler verilmek istenmiştir. Ardından Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin yapısı araştırılmış ve modelin avantajları ile dezavantajları belirtilmiştir. Aynı zamanda dış kaynak kullanımına ilişkin bilgiler de eklenmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin kavramsal ve hukuksal çerçevesi çizildikten sonra çeşitli ülkelerdeki uygulama örnekleri verilmeye çalışılmıştır. Ayrıca kamu-özel ortaklığı finansmanı bu bölümde ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; kamu-özel ortaklığı modelinin yapısı üzerinde durulmuştur. Ayrıca Türkiye'de genel sağlık hizmetlerinin durumu, sağlıkta kamu-özel ortaklığı, Türkiye'de kamu-özel ortaklığı modeli ve uygulamalarına yer verilmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise; sağlık hizmetlerinde kamu-özel ortaklığı modeli, Bursa ili örneğinde incelenmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ (KÖOM)'NİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

#### 1.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO), kamu hizmetlerinin özel sektör katkısı ile gerçekleştirilebildiği geniş bir finansman alanını kapsamaktadır. Bu anlamda, hastaneden otoyola, altyapıdan enerjiye, savunmadan hava alanına, okuldan ceza evine ve sair alanlarda uygulanması mümkün olan her türlü kamusal mal ve hizmeti kapsamına almaktadır (Klijn ve Teisman, 2003, s.137-145; Bettignies ve Ross, 2004, s.101; Brown, 2005, s.147-149; Davis, 2005, s.56). Kısaca KÖO, kamu hizmetlerinin devletçe klasik yollardan temini ile tüm hizmet temininin özel sektör aracılığı ile yapılmasının arasındaki yelpazede yer alan, devlet ve özel sektörün birlikte katılımını içeren, her iki tarafında güçlü yanları ile katkı sağladığı (Un, 1993, s.18), tüm mal ve hizmet temini modellerini içeren bir üst kavramdır (Holden, 2009, s.320).

Son on yılda kamu hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlikler, devletleri kamu hizmetlerini sağlamada özel sektörden daha çok yararlanmaya itmiştir. Devlet bakım, onarım, yeniden inşa gibi işler için ücretli işçi çalıştırırken bazen de daha büyük çaptaki yapı projelerini ihale eder. Köprü, hastane, okul, hapisane gibi yapıları içeren projeler özel sektöre sözleşme ile devredilir (Bettignies ve Ross, 2004, s.101). Ülkemizde de var olan sağlık altyapı yatırım ihtiyacını karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından KÖO programı başlatılmıştır (Tekin ve Çelik, 2010, s.51).

İngiltere öncülüğünde yaygınlaşan KÖO modeli başta Avrupa Birliği (AB) ülkeleri olmak üzere, gelişmiş bütün ülkelerde en önemli proje finansman yöntemi olarak uygulanmaktadır (Commission of The European Communities, 2004, s.1; Paradisi, 2007, s.1). KÖO modeli ile özel sektörün yatırımcı olarak yer aldığı kamu projelerinin AB ülkelerinde; 2006 sonu itibarıyla; 63.7 milyar euro ile İngiltere, 6.5 milyar euro ile İtalya, 2.5 milyar euro ile İspanya ve 2.0 milyar euro ile Fransa'da

olduğu görülmektedir. 2006'da imzalanan 137 KÖO sözleşmesine ilaveten yaklaşık 55 milyar euro tutarındaki 189 yeni KÖO sözleşmesinin henüz ihale aşamasında olduğu bilinmektedir (International PPP Platform Türkiye, t.y.).

İngiltere'de resmi kurumların genel yaklaşımına göre, KÖO kamu ve özel sektöre karşılıklı fayda sağlayacakları uzun süreli bir ortaklık imkanı sağlar. ABD'nin KÖO için oluşturduğu ulusal kurul ise KÖO'nu yukarıdaki tanıma benzer şekilde yapmaktadır. Buna göre KÖO, kamu sektörü ve kar amacı olan bir özel sektörün kaynaklarını ve risklerini bir kamu mal ya da hizmetini sağlama veya kamu altyapısını geliştirme amacı için paylaşmasını sağlayan sözleşmeye dayalı bir düzenlemedir. Buna göre KÖO'nun amacı hizmet veya altyapının daha etkili şekilde sunulması için özel sektörün ekonomisinden yararlanmaktır. Bu durum bir işletim veya yönetim sözleşmesinin dış kaynaklardan sağlanmasından (outsourcing), tam özelleştirmeye kadar her şeyi kapsamına alan bir yaklaşımdır (National Treasury PPP Unit, 2007, s.5).

Birleşmiş Milletler KÖO'nu özelleştirme değil, özel sektör ile uzun süreli imtiyaz sözleşmeleri, bölgesel tabanlı organizasyonlar ile hükümet yetkilileri arasındaki informal diyalogları içeren bir yapı olarak geniş bir şekilde tanımlamıştır (Akintoye ve diğerleri, 2003, ss. 4-5).

Yararları açıkça görülmesine rağmen KÖO'nu tanımlamak her zaman kolay olmamaktadır. KÖO'nun açık (basit, tek) bir tanımı yoktur. KÖO'nun birçok şekli ve çok sayıda tanımı yapılabilmektedir. Örneğin Linder (1999), KÖO'nu her biri ortaklığın ne olduğu ve amaçlarını kendine göre açıklayan 6 farklı kullanımı ile tanımlamıştır:

- **Yönetim reformu olarak KÖO:** Yönetim fonksiyonunda değişim yaratacak yenilikçi bir araçtır. Öncelikle iş birimlerinden yönetime bilgi akışı ile ilgili ilişkilerde bir çeşit rehberliktir.

- **Problem dönüşümü olarak KÖO:** Kamu hizmeti sunumunda ortaya çıkan, özellikle piyasada rahatsızlık oluşturan ticari problemleri ortadan kaldırmada faydalı bir yöntemdir.

- **Ahlaki yenilenme olarak KÖO:** Piyasa katılımcıları olarak kamu yöneticilerini içine alan ve ortaklığın katılımcıları etkilediği bir yapıdır.

- **Risk paylaşımı olarak KÖO:** Kamu ve özel sektör ortaklarının imzaladıkları sözleşmeler gereği mali sıkıntılardan belirli ölçüde etkilenmeleridir.

- **Kamu hizmetlerinin yeniden yapılanması olarak KÖO:** Ortaklık vasıtasıyla taleplerin karşılanması için yönetsel prosedürlerin yeniden düzenlenmesidir.

- **Gücün paylaşımı olarak KÖO:** Ortaklıkta kontrol ve güç yatay şekilde dağılmaktadır. Geleneksel tedarik yöntemi ile karşılaştırıldığında işbirliği ve güven, bilgi, sorumluluk ve riskin karşılıklı paylaşılması ile fayda sağlama, uzlaşma ve farklılıklar üzerinde görüşme ve anlaşmaya varma gibi konularda KÖO farklı bir yaklaşım sunmaktadır.

KÖO tanımlamalarına ilişkin bir diğer yaklaşımda ise KÖO, kamu ve özel sektör arasındaki karşılıklı iş birliğine dayalı eşitlik ve hesap verilebilirlik konusunda bir davranış yaratarak pazar başarısızlıklarının temel sebepleriyle ilgilenen kurumsal bir yaklaşım olarak görülmektedir (Pongsiri, 2002, ss.487-493).

Nijkamp ve diğerleri (2002) KÖO'nun tanımlamada risk paylaşımı ve kararlılığın önemine vurgu yapmışlardır. Bu yaklaşıma göre KÖO, maliyet ve kazançların dağıtımı daha önceden belirlenerek risk dağılımının yapıldığı, kendine özgü amaçlarını gerçekleştirmeye dayalı ortak bir hedef için birlikte çalışan kamu ve özel aktörlerin işbirliğinin kurumsal bir halidir.

Tanımlamaların ortak noktası, KÖO'nun kamu ve özel sektör aktörleri arasındaki risk, fayda ve maliyetleri çift taraflı paylaştıkları ürün/mal üretimini gerçekleştirmek için yaptıkları işbirliği olmasıdır. Tüm bunlar karşılıklı ilave değer yaratma fikrine dayanmaktadır (Klijn ve Teisman, 2003, ss.137-145). KÖO'nun hem kamu hem de özel sektör için karmaşık sorunları çözerek ilave değer yaratması beklenmektedir. Kısacası KÖO'ndan beklenen şey, KÖO olmadan gerçekleşmeyecek ilave sinerjiyi yaratmasıdır (Klijn ve Teisman, 2003, s.143).

“Kamu-Özel Ortaklığı” terimi ilk kez 1950’li yıllarda Amerika’da eğitim programlarının ve benzer kamu hizmetlerinin finansmanı için kamu ve özel sektörün ortak şekilde finansman sağlaması için kullanılmıştır. Ancak daha yaygın kullanımı 1960’lı yıllarda kentlerin yenilenmesinde kamu ve özel sektörün ortak finansman sağlaması için tercih edilen bir terim aranması ile olmuştur. Amerika’dan dünyaya yayılan bu terim özel sektörün teknoloji ve araştırma çalışmalarının kamu tarafından

desteklenmesi kadar gönüllü kuruluşların sağladığı sosyal hizmetlerin de kamu tarafından finanse edilmesini ifade etmede kullanılmıştır. Bu anlamda KÖO terimi uluslararası alanda AIDS ve sıtma gibi hastalıklarla mücadelede, tarımsal faaliyetler için yeni yöntemler geliştirmede veya ekonomik kalkınma için kamu, özel sektör ve yardım kurumlarının ortaklık kurması şeklinde kullanılmaktadır. Ancak bu kullanım yöntemi çoğunlukla politika veya program tabanlı KÖO olarak tanımlanmaktadır (Smith, 2000; ss.2-3).

KÖO yeni bir terim olsa da kamu tesislerinin özel sektör sermayesi ile yapılması eski bir yöntemdir. 19. yüzyılın ortalarında Londra'nın birçok köprüsü, 19. yüzyılın sonlarında New York'taki Brooklyn Köprüsü özel sektör sermayesi ile inşa edilmiştir. Yine Fransa'da kanalların inşaatı için özel sektör sermayesinin kullanımı 17. yüzyıla dayanmaktadır (Yescombe, 2007, s.74).

Public-Private Partnerships (PPP) terimi dünyada kabul edilmiş bir kavram olmasına rağmen farklı ülkelerde alternatif KÖO isimleri de kullanılmaktadır. Bunlar: Güney Kore PPI Programı ve dünyada birçok kalkınma finansmanı alanında kullanılan ve Dünya Bankası (DB) tarafından türetilen "Private Participation in Infrastructure (PPI)" terimi (Dünya Bankası, Ağustos 2006) kalkınma bankacılığı sektöründe kullanılan Private-Sector Participation (PSP) terimi; Kuzey Amerika'da kullanılan P3 (Public-Private Partnership) kısaltması, Avustralya'da kullanılan Privately-Financed Projects (PFP) terimi; satınalma gücü paritesinin İngilizce kısaltması olan PPP (Purchasing Power Parity) ile karıştırılmaması için kullanılan PP Partnership terimi; ilk ortaya çıkışı Britanya olan ancak son zamanlarda Malezya ve Japonya'da da kullanılan Private Finance Initiative-PFI (Özel Finansman Girişimi) terimleridir (Yescombe, 2007, s.4). Türkiye'de ise PPP karşılığı olarak KÖO, Kamu Özel Sektör İşbirliği (KÖİ) gibi kavramlar kullanılmaktadır (Tekin ve Çelik, 2010).

KÖO düzenlemeleri geleneksel projelerden üç konuda ayrılır. Bunlar: Özel sektörün proje süresince her konuda sorumluluğunun olması, çıktıların kamu tarafından tanımlanması ve riskin özel sektöre devredilmesidir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.72-73; Ramstedt, 2008, s.24). Kamu hizmet sunumunda özel finansman kullanımına ilişkin çok sayıda farklı yaklaşım vardır. Ancak bunlar içinde en uzun geçmişe sahip olan yöntem imtiyaz (concessions) yöntemidir.

İmtiyazların daha gelişmiş türü ise “Franchise”, Fransızca’da kullanılan haliyle “affermage” dır. Zaten var olan, inşa edilmiş bir tesisi kullanma hakkı olan franchise’ın başlangıç aşaması imtiyazdan farklı olsa da bir çeşit imtiyaz olarak kabul edilmektedir. Franchise’da bir altyapı yenileme ya da yeniden yapma söz konusu değildir, sadece işletim aşamasıyla ilgili bir KÖO’dır. Avrupa Birliği terminolojisinde franchise bir “hizmet imtiyazı” iken, imtiyaz yeni bir altyapının inşasını da içeren bir “iş imtiyazı”dır (Yescombe, 2007, ss.1-3).

Kamu hizmet sunumunda özel finansman kullanımına ilişkin bir diğer yaklaşım hizmet satınalma anlaşmalarıdır. Hizmet satınalma anlaşmaları, KÖO için modern sözleşme ve finansman çerçevesini sağlamıştır. 1980’lerde Amerika’da geliştirilen enerji satın alma anlaşmaları (Power Purchase Agreements), bugünkü modern KÖO sözleşmelerinin şablonunu oluşturmuştur. İlk geliştirilen enerji satın alma anlaşmaları özel sektör tarafları arasında gerçekleştirilen Yap-Sahip Ol-İşlet (YSİ) sözleşmeleridir. Bu yöntemde enerji santrallerinin sahibi yatırımcıları olmuştur. Aynı şekilde benzer bir yapı, kamu sektör projeleri için de uygulanmıştır.

İlk kez Türkiye’de geliştirilen bu model “Yap-İşlet-Devret” (YİD)’dir (Yescombe, 2007, ss.1-3). Bu modelin YSİ’den farkı sözleşme sonuna kadar işletilen enerji santralının kamuya devredilmesidir. YİD ile Yap-Devret-İşlet (YDİ) arasında da önemli bir fark vardır. Burada tesis inşa edildikten sonra kamuya devredilir.

Tasarla-Yap-Finanse et-İşlet (TYFİ) modelinde ise kamu resmi olarak tesise sahip olur, özel sektör ise sözleşmede yer alan hakları kapsamında tesisin işletmesini sağlar (Yescombe, 2007, ss.1-3). 1992’de İngiltere Hükümeti, kamu altyapı tedarikinde özel finansman kullanımına imkan sağlamak için “Özel Finansman Girişimini”ni (Private Finance Initiative-PFI) geliştirmiştir.

1994’de yeni yol yapım ve işletim projeleri ile ilk dalgası başlayan bu süreç aslında 1980’lerdeki imtiyazların yeniden keşfedilmesidir. İngiltere’de otoyolların kapsamı sınırlı olduğu için imtiyazların temel prensibi olan “kullanıcı ödemesi” yerine Özel Finansman Girişimini’nde kamu otoritesinin ödeme yapması yaklaşımı benimsenmiştir.

Başlangıçta kamunun yaptığı ödemeler sürücülerin kullanımına bağlı, gölge ücret adı ile sürücü/kilometre başına sabit bir ücret şeklinde ödenmekte iken Özel Finansman Girişimi’nin geliştirildiği daha ileriki aşamalarda, hastane ve okul gibi

kamu yapılarının tedarikinde kullanım riskinin özel sektöre devredilemediği projelerde Özel Finansman Girişimi Sözleşmeleri kullanılmaya başlamıştır. Bu projelerde sözleşme yapıları hizmet sözleşmelerine dayanmaktadır.

Yani bakım, onarım, temizlik ve yemek hizmetleri tedariki için Özel Finansman Girişimi sözleşme süresince tesisin kullanılabilir olmasına göre kamu sektörü tarafından özel sektöre ödeme yapılmasını kapsamaktadır (Yescombe, 2007, s.3). Hükümetlerin ilgisi yanında DB, Birleşmiş Milletler, Avrupa Yatırım Bankası ve çeşitli ülkelerin denetim planlama ofisleri kamu hizmetlerinin sağlanmasında KÖO düzenlemelerini teşvik etmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.72-73).

KÖO modellerinin merkezi hükümet ve yerel yönetimlerin görev alanlarındaki her alanda uygulanması mümkün olmaktadır. Ancak, dünyada yaygın olan KÖO alanlarının bir kısmı aşağıda verilmiştir (Nijkamp ve diğerleri, 2002, s.1865; Akintoye ve diğerleri, 2003, s.3):

**Enerji:** Ülkeler için stratejik önem taşımakta olan enerji sektöründe sürekli artan talepler ve değişen çevresel koşullar nedeniyle devamlı yüksek maliyetli, yenilikçi çözümler geliştirmesi gerekmektedir. KÖO sayesinde yeni santrallerin kurulmasında, enerji hatlarının onarılmasında ve tüketiciye dağıtılmasında KÖO’ndan yararlanılmaktadır.

**Ulaştırma:** Dünya giderek küçülmekte ve mesafeler kısalmaktadır. Bu kapsamda AB üye ülkeleri arasında ulaşımı daha iyi sağlamak için yaklaşık 400 milyar euro değerindeki Avrupa Devletleri Arası Ulaşım Ağı Projesi’nde KÖO yöntemini kullanmıştır. Ülkemizde de özellikle havaalanları ile ilgili projelerde KÖO başarıyla uygulanmaktadır. İster otoyolların isterse havaalanların yapımı, onarımı veya işletilmesi için KÖO yönteminin kullanılması kamu sektörüne bu tür hizmetlerin verilmesinde geniş çapta faydalar sağlamaktadır. Yollar gibi büyük ölçekli altyapı ağlarının yapım ve işletiminde imtiyazların kullanımı özellikle güney Amerika ve Güneydoğu Asya’da giderek artan şekilde kullanılmaktadır (Hall, 1998, s.25; Akintoye ve diğerleri, 2003, s.3).

**Eğitim:** Başta İngiltere ve Almanya olmak üzere birçok AB ülkesi eğitim sektöründe KÖO’na başvurmaktadır. Kısıtlı bütçeleri nedeniyle özellikle yerel yönetimler için KÖO önem arz etmektedir. KÖO sayesinde yerel yönetimler daha

rahat okul inşa edebilmekte veya onarabilmekte ve böylece verilen eğitim hizmeti aksamamaktadır.

**Sağlık:** Dünya nüfusunun giderek artması sağlık hizmetleri ihtiyacını da artırmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla KÖO sayesinde kamu kesimi, vatandaşların talebini daha iyi karşılamak için yeni sağlık tesislerin kurulmasında veya yenilenmesinde özel sektörle ortak hareket etmektedir. İngiltere’de en çok KÖO yatırımı bu sektörde gerçekleşmektedir. Ülkemizde de var olan sağlık altyapı yatırım ihtiyacını karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından KÖO programı başlatılmıştır (Tekin ve Çelik, 2010, s.132).

**Savunma:** Milli güvenlik ve global terör altında artan dış tehditler nedeniyle devletler savunma sektöründe devamlı yatırıma kaynak ayırmak zorundadır. Ancak KÖO sayesinde yeni çözümlerin üretilmesinde devlet kontrolü altında özel sektörün bilgi birikimine başvurulabilmekte, daha etkin ve düşük maliyetli çözümler üretilebilmektedir (Parker ve Hartley, 2003, ss.49-51).

**Yerel Yönetimler:** Yerel yönetimlerin yapması gereken hizmetlerin çok büyük bir kısmı KÖO projelerine konu olabilecek niteliktedir. Yerel yönetimler, hukuken ve siyaseten sunmakla yükümlü oldukları kamu hizmetlerini finanse etmek, yatırım yapmak ve yönetmek gibi faaliyetler ile meşgul olmak yerine bu hizmetleri profesyonellere yaptırarak daha kaliteli hizmeti daha az maliyetle ve çoğu zaman da maliyetsiz olarak elde edebilmektedir (UNRISD, 2006, ss.259-269).

**İnşaat Sektörü:** Bu alanda şehir kalkınması ve altyapı çalışmalarında KÖO yaygın şekilde kullanılmaktadır. Altyapı ülke vatandaşlarının yaşam kalitesi kadar ulusal üretim ve özel sektörün ekonomik çıktılarının dağıtımını için de hayati öneme sahiptir. Bu amaçla kalıcı veya ekonomik değeri yüksek altyapılar, yollar, taşıma sistemleri, haberleşme, su ve kanalizasyon, elektrik, gaz ve limanlardan oluşur.

Okullar, üniversiteler, araştırma tesisleri, askeri lojmanlar, atık su arıtma üniteleri, hastaneler, kütüphaneler, kamu binaları ve parklar geçici ve sosyal öneme sahip altyapılar kapsamında yer alır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.3; Yescombe, 2007, s.3).

İdareler projeleri gerçekleştirirde giderek artan şekilde özel sektöre bağlı hale gelmektedir. Kamunun yatırım yapma gücünün azaldığı durumlarda özel sektör tedarikine ihtiyaç duyulur. Bu durum, piyasa ile idare arasındaki ilişkiyi

değiştirmektedir. Kamu ve özel kurumlar arasındaki sınırlar belirsizleşirken kamu yönetimi de değişime uğrar. Çıktı ve performans günümüzde kamu sektörünün temel değerlendirme ölçütleridir. Bu bağlamda kamu ve özel sektörün güçlerini birleştirmeleri KÖO'na dikkatleri çekmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.1). KÖO'ları idarenin desentralizasyonu, kamu tedarik sorumluluğunu yayma (dağıtma), kamu hizmet çıktılarının performansına dayalı olarak ölçülmesi, kamu hizmetlerinin özel sektöre ihale edilmesi ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi gibi “Yeni Kamu Yönetimi” (New Public Management-NPM) olarak bilinen kamu sektör reformu kapsamında görülmektedir.

Yeni Kamu Yönetimi, KÖO'ları için teorik bir temel sağlamış, ancak çok yaygın kullanımı kamu sektörünün yatırımlar için kaynak ayıramaması ile olmuştur (Yescombe, 2007, s.16). KÖO modelleri kaynak sağlamada büyük güçlükleri olan gelişmekte olan ülkelere altyapı yatırımlarını süratle gerçekleştirmelerinde büyük kolaylık sağlamaktadır. Bu şekilde ülke içerisindeki atıl sermaye üretime yönlendirilmekte veya devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin doğrudan altyapı projelerine yönlendirilmesi mümkün olmaktadır (Goldman ve Mokuvos, 1991, s.5).

### **1.1.1. Kamu-özel ortaklığının temel faydaları**

KÖO yönteminin kullanılması hem kamu hem de özel sektör için birçok fayda getirmektedir. Bu bölümde bu faydalar ele alınmaktadır. Kamunun finansman ihtiyacını özel sektör dinamizmi ile birleştirerek gidermesi, bütçede maddi imkansızlıklar bulunması nedeniyle hizmet bekleyen alanlarda vatandaşın beklediği hizmeti ivedilikle alması, projelerin yatırımcılar ile müzakere edilmesi sonucu, kamunun makul olmayan projelere para yatırmamasının önüne geçilmesi, yönetime kamunun da müdahil olabilmesi ve/veya değişen ihtiyaçlara göre hizmetin şeklinin değiştirilebilmesi gibi sebeplerle dünya üzerinde son yıllarda artan yoğunlukta KÖO uygulamaları yapılmaktadır (McKee ve diğerleri, 2006, ss.890-896).

KÖO kamuya, yapılacak yatırımlar için harcamaları proje süresine yayma fırsatı vermektedir. Böylece kamu sınırlı vergi gelirleri veya yetersiz borçlanma ile gerçekleştiremediği yatırımları için daha esnek bir finansman alternatifi elde

edebilmiştir (McKee ve diğerleri, 2006, ss.890-896). Bu nedenle KÖÖ'lerini tanımlarken İngiltere'de "Özel Finansman Girişimi", Amerika'daki kurumlarda ise "Yenilikçi Finansman" (innovative finance) ismi kullanılmaktadır (Yescombe, 2007, s.16).

KÖÖ yöntemini savunan birçok politikacı bu modellerin kamuya yeni değerler katma (additionality) özelliğine vurgu yapmaktadır. KÖÖ politikasını gündeme getiren ya da uygulayan birçok hükümet, "KÖÖ'leri bize kamu hizmetlerine daha hızlı yatırım yapma olanağı sunuyor." şeklinde açıklamalar yapmaktadır (Yescombe, 2007, s.17).

Bunun dışında kamu otoritelerinin KÖÖ yöntemini kullanmasına neden olan diğer faktörler; ölçek ekonomisi, özel sektöre risk devri, etkililik, yenilik, özel sektörün yetenekleri, bakım onarım maliyetlerinin özel sektöre devri, kamu sektöründe reformu hızlandırması ve esneklik olarak sıralanabilmektedir (McKee ve diğerleri, 2006, ss.890-896; Yescombe, 2007, s.17).

Aslında kamu finansmanı özel sektör finansmanına göre daha az maliyetli görünse de projelendirme, yapım ve işletim aşamasında özel sektörün getirdiği sinerji, hizmetin daha kaliteli ve etkin verilebilmesini sağlamaktadır. Kamu tarafından yürütülen projelerde hemen her zaman yapım süresi ve maliyet aşımalarına şahit olunmaktadır (McKee ve diğerleri, 2006, ss.890-896). Buna karşın KÖÖ uygulamalarında genel olarak hizmetin devreye girmesinden sonra özel sektöre ödeme yapıldığından yapım işleri son derece süratli ve etkin tamamlanmaktadır.

Hizmet karşılığı ödemeler ise ancak hizmetin belirlenen kalite ve miktarda alındığında yapıldığından, hizmet düzeyinin düşmesi önlenmektedir. İngiltere'de hazine tarafından hazırlanan bir rapora göre (International Financial Services London-IFSL, 2003, s.129), İngiltere'de yol ve cezaevi gibi nispeten olgunlaşmış sektörlerdeki tasarruflar daha büyük olmuştur. Toplam tasarrufların ise ortalama %17 olduğu tahmin edilmektedir.

2001 yılında Ulusal Denetim Bürosu tarafından yapılan ve sözleşmeleri 2000 öncesinde kabul edilmiş 121 KÖÖ projesini kapsayan bir araştırmada, yetkililerin % 81'inin ödenen paranın karşılığının yeterli olduğunu düşündüğü, %15'inin az olduğunu ve yalnızca % 4'ünün ise yetersiz bulduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular ışığında paranın algılanan karşılığında sözleşmenin kabul edildiği zamana göre hafif

bir düşüş gösterse de bu durum kamu yetkililerinin yüksek beklentileri bağlamında değerlendirilmiştir (IFSL, 2003, s.71).

KÖO'nun yeniliği ve verimliliği teşvik eden yönlerinin su, atık su, enerji dağıtımı, telekomünikasyon ve ulaştırma gibi temel altyapı sistemlerini kalite ve miktar bakımından güçlendirebileceğine yönelik bakış açısına göre, KÖO ayrıca hastane, okul, iskan, savunma, cezaevi gibi diğer kamu hizmeti alanlarına da yaygın biçimde uygulanabilmektedir (IFSL, 2003, s.71).

Alan yazından elde edilen bilgiler ışığında KÖO'ndan elde edilebilecek potansiyel faydalar şu şekilde sıralanabilmektedir (Akintoye ve diğerleri, 2003, ss. 4-5; IFSL, 2003, s.71):

- Ödenen paraya karşılık kaliteli hizmetlerin sunulması: KÖO, kamu sektörü varlıklarının oluşturulması ve yönetimi konusunda uzun vadeli bir yaklaşımı teşvik eder. Bir hizmetin sağlanmasında ödenen paranın karşılığını vermek, kısa vadeli sermaye harcamasına odaklanmak yerine uzun bir dönem için tüm risk ve maliyetlerin hesaba katılmasını gerektirir (Duffy, 1998, s.101).

Böylece kaliteli hizmetler uzun vadede en düşük ekonomik maliyetle yıllar boyunca devam ettirilebilir (Bös ve De Fraja, 2002, s.11).

- Kamu sektörünün finansmanı için yeni seçenekler: Birçok ülkede yeni altyapı projelerine olan talep, kalite ve miktar bakımından yükselmektedir. Ayrıca var olan altyapının yenilenmesi, bakımı ve işletilmesi için artan bir finansman baskısı bulunmaktadır.

- KÖO, kamu finansmanı üzerindeki kısa vadeli baskıyı azaltmaktır. KÖO kamu sektörünün mali yükümlülükleri ile hizmet sunumu arasında bağlantı sağlar. Ancak, KÖO “bedava” altyapı anlamına gelmediği gibi, kamu finansmanını amacından saptırmayı ya da varlıkların doğru biçimde yönetilmesi sorumluluğundan kurtulmayı beraberinde getirmez. KÖO'nun en uygun olduğu durumlar, hizmetin gereklerinin başlangıçta net olarak tanımlanabildiği ve sözleşme süresi boyunca çok fazla değişme olasılığının bulunmadığı projelerdir.

- KÖO her ortağın kendi uzmanlığına en uygun olan faaliyetlere odaklanmasına olanak sağlar: Kamu sektörü için en önemli uzmanlık, uzun vadeli politika öncelikleri ile tutarlı olarak hizmet tedarik etmek, özel sektör için ise bu hizmetleri en uygun maliyetle sunmaktır.

- KÖO sürecinin doğası, kamunun tedarik yöntemindeki herhangi bir gelişimsel eksikliğe çözüm getirilmesine tedarik verimliliği, geliştirilmiş verimlilik ve risk yönetimi konularında yardımcı olur: Tedarik verimliliği, geleneksel tedarik sözleşmelerinde çoğu zaman aşılın parasal bütçelere ve zaman planlarına uymadığıdır. KÖO sözleşmesi, söz konusu varlık teslim edilinceye ve işletilir duruma gelinceye kadar kamu sektörünün herhangi bir ödeme yapması gerekmediği anlamına gelir. Herhangi bir maliyet veya zaman aşımı, özel sektör tarafından üstlenilmelidir.

Geliştirilmiş sorumluluk, ortaya çıkan ve uzun vadede devam eden sorumlulukları doğru biçimde değerlendirme ve yalnızca nakit hesabına dayanarak kısa vadeli politikalara bağlı karar alma olasılığını önlemedir.

Risk yönetimi ise, risk belirleme, her tür riski hesaba katarak ve tedarik sözleşmesinde fiyatlandırarak projeleri yürütmeye olanak sağlar. Kamu yetkilileri, bu riskleri almak üzere eğitim görmez, buna göre değerlendirilmez ve ödüllendirilmez.

- Yüksek nitelikli kamu hizmetinin etkin ve ucuz temini ile modelin kamu finansmanı açısından yeni bir imkan oluşturması: Devlet bu modelde kamu hizmetinin belirlenen miktar ve nitelikte sunulmaya başlanmasından sonra ödeme yapmaktadır.

- KÖO modeli ile yapılan uygulamalarda, özel sektör sayesinde hizmet teminindeki riskler daha duyarlı şekilde analiz edilmektedir (Brude- Blanc ve Strange, 2007, ss.1-34).

- KÖO modeli ile sunulan kamu hizmetlerinin kalite ve miktar açısından hızlı bir şekilde iyileştirilmesi mümkün olabilmektedir.

- KÖO modelleri ayrıca kaynak temininde daha büyük güçlükleri olan gelişmekte olan ülkelere altyapı yatırımlarını süratle gerçekleştirmelerinde büyük kolaylık sağlamaktadır. Bu şekilde ülke içerisindeki atıl sermaye üretime yönlendirilmekte veya devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin doğrudan altyapı projelerine yönlendirilmesi sağlanmaktadır.

- Bütünleşik bir çözüm üretmede yönetimlerin kapasitesini iyileştirmek: Geleneksel tedarik sürecinde geniş kapsamlı projeler genellikle art arda devam etmesi gereken işler bütçe sınırlaması nedeniyle parça parça yapılır ve bütünlük bozulur. Sonuç olarak bu durumda kamu sektörü ihtiyacı olan bütünleşik çözümler üretme fırsatını kaçırmaz.

KÖO tedariki ile tedarik ölçeği daha geniş bir kapsamda sağlanır ve odak bütünleşik bir çözüm geliştirme yönünde değişebilir.

- Fırsat yaratma ve yenilikçi bir yaklaşım sunma: KÖO tedarik süreci teklif verenlere kapasiteleri ölçüsünde yenilikçi çözümler üretme ve projenin gerekliliklerini yerine getirme konusunda rekabet şansı verir.

Örneğin planlamacı öyle bir tesis planlar ki çeşitli toplumsal amaçları aynı anda gerçekleştirme fırsatı ortaya çıkar.

- Proje uygulamalarında maliyeti azaltma: KÖO tedarik yaklaşımı çoğu zaman maliyetleri düşürür veya hem projenin tasarım-yapım hem de işletim aşamalarında aynı maliyete daha kaliteli çözümler sunar. KÖO'nda maliyetlerden tasarruf konusu halen tartışılmakta olmasına rağmen birçok KÖO katılımcısı maliyet azaltımının projede daha hızlı tedarik, risklerin özel sektöre devri gibi ilave kazançlar sağladığı görüşündedir.

- KÖO tedarikinde maliyetlerin azalması: Maliyet azaltımı sinerji, ölçek ekonomisi ve projenin ömür maliyetine bağlıdır. İhale yönteminin maliyet azaltma başarısının önemli bir diğer sebebi ise rekabettir. İhale (teklif) süreci piyasada rekabet yaratır. İhale yönteminin maliyetleri azaltmadaki başarısının bir diğer sebebi de motivasyonla ilgilidir (European Commission, 2003, s.141). Özel sektör genellikle daha yüksek motivasyon sayesinde, daha büyük bir yapım gücüne sahip, daha yeni ürün, daha çabuk ve daha esnek üretim ve daha düşük maliyetli olarak bilinir (Bettignies ve Ross, 2004, s.29).

- Standartların korunması: KÖO'larında imtiyaz süresi boyunca, varlıklar ve hizmetler için önceden belirlenen standartlar korunmaktadır. Aksi takdirde kamu, yalnızca istenen standarda uygun biçimde sunulduğu zaman hizmet bedelinin tamamını ödeyecektir. Bu yaklaşım, varlıkları, hizmet kalitesini ve sürekliliğini korumanın kamu sektörünün devamlı olarak fon sağlamasına bağlı olduğu geleneksel kamu tedarikinden çok farklıdır.

- Esneklik: KÖO'lar altyapı türlerinin çoğuna başarıyla uygulanabilmelerini sağlayan yapısal esnekliğe sahiptir ve KÖO'nın temelini oluşturan ilkeler birçok duruma uyarlanabilir.

- Belirli risklerin projenin özel sektör ortağına devredilmesi: Kamu tedarikinde KÖO kullanımının amaçlarından birisi de risklerin kamudan özel sektöre devredilmesidir. Bu nedenle uygun bir risk transfer stratejisine ihtiyaç vardır. Özel sektörün en iyi yönetebileceği riskler özel sektöre; kamunun en iyi yönetebileceği riskler kamuya devredilir. KÖO planlarında genel kural, tasarım, yapım ve işletim risklerinin özel sektöre devredilmesi şeklindedir.

- Proje, potansiyel olarak kapasitesi yüksek, daha fazla ilgilenen teklifçileri çekmek: Projenin önemi ve ölçeği potansiyel teklifçi sayısını artırmaktadır. Bununla birlikte rekabet artmakta, bazen de teklifçilerin üstün özelliklere sahip olması yönetimlerin karar vermelerini zorlaştırmaktadır.

- Bilgi, deneyim ve teknolojiye ulaşım: Bir KÖO projesi kamuya yeni bilgi, deneyim ve teknoloji kazandırır. KÖO tedarik süreci dikkatli bir proje analizi, yenilik fırsatlarını irdelemeyi gerektirir. Bu durum kamunun uzmanlığını geliştirir.

- KÖO projeleri beraberinde yeniliği (inovasyonu) getirir: Yenilik çalışma koşullarının sağlık ve güvenlik açısından iyileştirilmesi, müşteri seçimi, sosyal ve çevresel sürdürülebilirlik ve yaşam kalitesi açısından da önemli bir konudur.

- Üretilen hizmeti esas alan tanımlama: Performans, ölçülebilen belirli bir sonuç için ödeme yapılması bakımından hizmetleri tanımlama gereği, sunum kalitesi ve zamanlaması ile birleştirilmiştir. Bu, önceden belirlenen girdi finansmanına dayanan geleneksel kamu tedariki yaklaşımından oldukça farklıdır.

- Sözleşmelerin uzun vadeli olması: KÖO projelerinin zaman profili, başlangıçtaki yatırım maliyetlerini geri kazanmaya, hizmet sunumuna ilişkin alternatif yaklaşımlar geliştirmeye ve proje süresinin tamamı için maliyet hesabına odaklanmaya olanak sağlar.

### **1.1.2. Kamu-özel ortaklığının özellikleri**

Bettignies ve Ross (2004)'a göre KÖO'nun üç temel özelliği vardır. İlki KÖO'nun tamamının fazla sayıda iş içeren bir sözleşme kapsamında oluşmasıdır. Yani sözleşme ilişkisi KÖO'nun temelidir. İkinci ana yapı, sorumluluğun toplanması veya iki veya daha fazla sayıda işin tek bir tarafa yüklenmesiyle gerçekleşir. Bu durum bir köprü inşası, işletmesi ve bakımında aynı ortağın yer alması şeklindedir.

Örneğin, ortaklardan biri hem köprünün tasarımını hem de finansmanını üstlenebilir. Son olarak üçüncü yapı, finansman işinin özel sektöre bırakılmasıdır. Farklı modelleri ile birçok sektörde uygulama alanı bulan KÖO'nun özellikleri alan yazından derlenen bilgiler ışığında şu şekilde sıralanabilmektedir. Bunlar (IFSL, 2003, s.101; Akintoye ve diğerleri, 2003, ss. 4-5; Klijn ve Teisman, 2003, ss.137-138; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.17-29):

- KÖO ile belirli bir hizmet üretimi veya bunun sonuçları özel sektörden satın alınır.
- Kamu sektörü istenen mal/hizmeti proje süresi boyunca gerekli standarda uygun biçimde sunacak bir süreç oluşturur.
- KÖO ile kullanıcı, hizmet sağlayıcı ve finansman sağlayıcıların çıkarları ortak bir paydada birleştirilir.
- KÖO ile kamu ve özel sektör arasında karşılığa değil, ortaklığa dayalı bir ilişki kurulur.
- Kaliteli mal/hizmetin istikrarlı biçimde sunulmasını sağlamak amacıyla personel için uygun eğitim, isteklendirme ve ödül sağlanır.
- KÖO genel olarak yüksek kaynak gerektiren büyük altyapı projeleri için uygulanmakta ise de günümüzde daha küçük boyutlu uygulamaları da yaygınlaşmaktadır.
- KÖO modelinin en belirleyici özelliği finansmanın özel sektör tarafından temin edilmesidir. Projenin sermaye maliyetinin finansmanı ortakların öz sermayeleri ve proje finansman borçlanması ile karşılanmaktadır. KÖO modeli tek başına bir dışarıdan hizmet alma uygulaması (outsourcing), bir finansman modeli, gayrimenkul geliştirme projesi veya imtiyaz sözleşmesi değildir.
- KÖO uygulamaları genelde tasarım, finansman, yapım ve bakımı bütünleştiren uygulamalardır. Tasarım ve/veya işletimin müteahhide bırakılmasının bilinen en yaygın açıklaması tasarım, yapım, finansman ve işletimin tek bir firma içinde (veya konsorsiyum) birleştirilmesine bağlı olarak bütünleşmesinden kaynaklanır. Bu fonksiyonları birleştirmedeki amaç, konsorsiyumun hizmet sağlama ile bağlantısı olan tüm maliyetleri minimize etmesidir (Bettignies ve Ross, 2004, s.49).

- Kamu yatırımlarının KÖO ile gerçekleştirilmesi projelere artı değer katmaktadır. Bu artı değer kimi zaman yenilik iken kimi zaman maliyetlerde azalma şeklinde görülebilmektedir.

- KÖO projelerinde risk devlet ve özel sektörçe paylaşılır.

- KÖO çoğu zaman birden çok özel sektör temsilcisinin yer aldığı bir proje şirketi ile gerçekleştirilir. Proje şirketinin sahibi özel sektör yatırımcıdır.

- KÖO modelinin çekirdeğini devletle yapılan hizmet veya imtiyaz sözleşmesi oluşturur. Tesisin sabit fiyat ve planda istenen özelliklere uygun şekilde yapılabilmesi için bir tasarım-inşaat sözleşmesi; güvenlik, temizlik, yemek gibi sosyal hizmet ihtiyacının karşılanabilmesi için ise sosyal tesisler bakım sözleşmesi yapılmaktadır. Bina bakım onarımı için tasarım ve inşaat yüklenicisi veya bakım-onarım yüklenicisi ile tesis bakım onarım sözleşmesi yapılmaktadır. İlgili Kamu Kurumu ile Proje Anlaşması yapılmaktadır.

- KÖO’nda sunulan mal/hizmetin makul ücretlerle, kesintisiz olarak belirli bir nitelik ve nicelik düzeyinde sunulmasının güvence altına alınması büyük önem taşır.

- KÖO sözleşmeleri genelde uzun vadeli (20-49 yıl) sözleşmelerdir.

- KÖO genel olarak kamu hizmeti olan ve imtiyaz teşkil eden altyapı projelerinde uygulama alanı bulur.

- KÖO’nda projelerin çıktısı olan mal ve hizmetin nitelik ve niceliği devlet tarafından belirlenir.

- Bu modelde devletin ana görevi organizasyonu sağlamak ve denetlemektir, böylece devlet proje ömrü boyunca etkin rol alır.

- KÖO en az biri kamu olan iki ve daha fazla aktörden oluşur. Katılımcıların her biri patrondur ve kendi adına işlem yapabilmektedir.

- Ortaklık devam eden bir etkileşimle aktörler arasındaki sürekli ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır. Ortaklığın sürekliliği, güvenilir, karşılıklı diyalog ve uzlaşmaya dayalı bir sözleşmeye bağlıdır.

- Ortaklık içinde yer alan aktörler ortaklığın maddi ve maddi olmayan kaynaklarına yatırım yapmada istekli olmalıdır.

- KÖO’nda işleri, sorumlulukları, amaç ve finansal yapıyı tanımlamak için ayrı bir kurumsal yapı kurulmalıdır.

- Her aktör ortaklıkta hem maddi hem de maddi olmayan kaynaklarını katabilmelidir.

- KÖO’nda bütün aktörler yaptıkları faaliyetlerin sonuçlarının sorumluluğunu üstlenirler.

- KÖO süresi boyunca kamu veya hizmetten yararlananlar özel sektöre ödeme yapmak zorundadır.

- İşletim maliyetinden (önemli kısmı tesis yönetimine yapılan ödemelerdir) sonraki nakit akışı öncelikle borç ödemesi ve daha sonra yatırımcılara yapılan dağıtım ödemesi şeklindedir.

- KÖO uygulamalarında sözleşme sonunda tesis kamuya bırakılır. KÖO’nu anlamaya çalışırken genel özelliklerinin tanımlanması yanında KÖO’nun temel ilkeleri de ele alınmalıdır. Bu temel ilkeler (Rosenau, 1999, ss.10-30) 4 kategoride incelenebilmektedir:

- Aktörler ( taraflar, paydaşlar)
- Ağ
- Proje
- İlişki

Son zamanlarda bir KÖO projesi planlama ve kurma kamu, özel ve sivil toplum kesimleri için zor bir süreçtir. Bu üç sektörün kendine özgü ekonomik ve sosyal özellikleri vardır. Kamu sektörü kamu menfaatleri, sosyal sorumluluk ve çevresel farkındalığa yönelmişken, özel sektör dinamik ve yaratıcı olarak düşünülür.

Sivil toplum kesimi “üçüncü sektör” ise sorumluluk ve acıma hisleriyle hareket eder. Ancak bu üç sektörün faaliyet ve amaçları kamunun değişen rolleri ve özel sektörle aralarındaki çizginin giderek bulanıklaşması bu sektörleri belirli noktalarda kesiştirmektedir. Bu birbirinden ayrı amaçları ve yapıları olan taraflar ortak amaçlar oluştuğunda bir ağ kurarak işbirliği içinde çalışırlar. KÖO’ları bu ağın önemli bir örneğidir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.200).

### 1.1.3. Kamu-Özel Ortaklığının Zorlukları

KÖO yöntemi faydaları yanında zorluklarla dolu, özellikle sabır ve uzmanlık isteyen uzun bir süreçten oluşmaktadır. Bu bölümde KÖO'larının bu zorlukları ve bu zorluklara karşı uygulanabilecek stratejiler ele alınmıştır. KÖO'larında ticari ilişkiler çok sık karmaşık ve belirsiz koşullarda gerçekleşmektedir. Bununla beraber yöntemin doğası gereği KÖO sözleşmeleri karmaşıktır. Böylesi karmaşık ve zor sözleşme tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerekmektedir.

Karmaşıklığın bu düzeyi öncelikle her potansiyel durum için plan yapmanın imkansız olacağını göstermektedir. Öyle ki ortaya çıkabilecek her durum öngörülebilse bile yasal olarak tedarikçi ve müşteri arasında yapılan sözleşmeye olası plan ve sorunları yazmak muhtemelen zor olacaktır. Bu nedenle bu tür sözleşmelere "eksik sözleşme" denilir (Hart, 2003, s.1). Ancak eksik sözleşmenin bir takım ekonomik ve yönetsel sonuçları vardır. Bu eksikliğin doğasından dolayı, sözleşmelerin sürekli gözden geçirilmesi, devam ettiği sürece yeniden görüşülmesi gerekmektedir. Ancak bu nedenle uzun dönemli sözleşmelerin yapılamaması ve verimsizlik gibi sonuçlarla ortaklıkta kaçınılmaz sorunlar ortaya çıkmaktadır (Bettignies ve Ross, 2004, ss.106-109).

KÖO'nun taşıdığı diğer zorluklar arasında özellikle yeni sektörler için yapılacak KÖO uygulamalarında kamu kesiminin yeterli uzmanlığa sahip olmaması sayılabilir. Bunun dışında diğer zorluklar şöyle sıralanabilmektedir (Yescombe, 2007, s.350):

- KÖO'larında finansman sağlama özel sektör borçlanması olarak gerçekleşmekte ve bu durum kaynak maliyetini artırabilmektedir. Ancak bu olumsuzluğun özel sektörün yüksek etkinliği nedeniyle avantaja dönüştürülebildiğine ilişkin görüşler bulunmaktadır.

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

- Bu modele yabancı sermayenin ilgisi, yabancılaşma ve kapitülasyonları çağırıştırabildiğinden kamuoyu tepkisi oluşabilmektedir.

- KÖO sözleşmelerinin genellikle uzun vadeli olmaları nedeniyle genel bütçe esnekliğini azaltmaktadır.

- Uzun vadeli projeler ayrıca yatırım planlamasını daha karmaşık bir hale getirmektedir.
- KÖO uygulamalarına ilişkin ödemeler, devlet bütçesi içinde gider olarak yansıtılmadığından KÖO projelerinin boyutu bilançolarda görülemeyebilmektedir.
- Özellikle sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esaslı hatalar, uzun vadeli bu modelde ciddi sorunlara yol açabilmektedir.

#### **1.1.4. Proje Finansmanı**

Proje tabanlı KÖO yöntemi uygulamalarında temel konulardan birisi projelerin finansmanıdır. Bu kapsamda proje finansmanı konusunu incelemeye başlamadan önce proje kavramını tanımlamak yararlı olacaktır. Packendorff (1995) projeyi genel olarak şu şekilde tanımlamaktadır: tedarik zamanı önceden belirlenmiş, bir veya daha çok amacı gerçekleştirmek için bir dizi karmaşık ve iç bağımlılık gerektiren faaliyetin, sınırlı zaman diliminde, planlayarak gerçekleştirildiği bir iş olarak tanımlamıştır.

Turner ve Müller (2003) projeyi benzer şekilde; insan, kalite ve miktar olarak tanımlanan amaçları gerçekleştirmek amacıyla, tek bir faaliyet alanındaki işin üstlenildiği, belirli tanımlamaları (şartnamesi) olan, zaman ve maliyet kısıtlaması ile araç gereç ve finansal kaynakların yeni bir yöntemle organize edilme çabası, olarak tanımlamaktadır.

Proje tabanlı KÖO'nda özel sektör tarafı bir ortaklığa katılmadan önce kendi amaçları ile projenin hedeflerini karşılaştırarak projenin karlılığını ve yöntemini değerlendirir. Aynı şey kamu tarafı için de geçerlidir. Kamu tarafı da kendi sosyal amaçlarının gerçekleştirilebilirliği açısından projeyi değerlendirir ve ortaklık bu bakış açısı üzerine kurulur. Bu değerlendirmelerden sonra projede yer alacak aktörlerin seçimi başlar. Her ne kadar özel sektör kamu tarafının istediği kaynaklara sahip olsa da çoğunlukla seçimi kamu tarafı yapar. Birçok yapım projesi özel tedarik kuralları gerektirmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.27).

Proje ortaklığında en önemli sorun proje finansmanının kim tarafından sağlanacağı konusudur. Bu noktada çözüm proje finansmanıdır. Proje finansmanı büyük projeler için uzun dönemli finansal borçlanma sağlayan bir yöntemdir. Son yıllarda KÖO'larının gelişimini sağlayan bu yöntem "projenin finansmanı" ile aynı anlama gelmemektedir. Herhangi bir projenin çok farklı alternatif finansman yoluyla finanse edilmesi mümkündür. Finansal mühendisliğin bir çeşidi olan "Proje Finansmanı" proje tarafından yaratılan nakit akışının borçlanmaya dayanmasıdır. Bu yöntemde projenin yapım, işletim, gelir riskleri ve bu risklerin taraflar arasında ne şekilde dağıtılacağı detaylı şekilde analiz edilir. Bu nedenle KÖO projeleri için çok uygun bir yöntemdir (Yescombe, 2007, s.113).

YİD modeli şeklinde geliştirilen imtiyazlar için modern proje finansman tekniklerinin kullanımı 1987'deki Fransa-Britanya arasındaki Channel Tünel ve Dartford Köprüsü projelerinin başarıyla finanse edilmesiyle başlamıştır. Bu projeler tipik projeler olmasalar da bu projelerden elde edilen deneyimler daha sonraki imtiyazların finansmanında -ki en yaygın olarak otoyol projelerinde- kullanılmıştır (Yescombe, 2007, s.113).

Proje finansmanının en önemli iki kaynağı ticari bankalar ve tahvillerdir. Proje finansmanının gelişim süreci KÖO'ların geçirdiği süreç ile benzer özellik göstermektedir. Bugün proje finansmanını ayakta tutan üç önemli sektör vardır. Bunlar: doğal kaynaklar, inşaat ve enerji sektörü. Proje finansmanının kullanıldığı ve başarılı olduğu bazı projeler aşağıda verilmektedir (Yescombe, 2002, ss.13-17; Yescombe, 2007, s.113):

- Doğal kaynaklara ilişkin projeler; ilk modern Proje finansmanı 1930'larda Texas petrol alanlarında, 1970'lerde Avrupa'da ilk kez Kuzey Deniz petrol alanlarında uygulanmıştır.

- Bağımsız enerji projeleri; 1980'lerde YİS/YİD modelleri ile uygulanan elektrik sektöründe uygulanmıştır. Bununla bağlantılı olarak enerji temini için gaz kullanımı ve doğal gaz boru hattı ve tesisi yapımı projelerinde proje finansmanı kullanılmaktadır.

- Kamu altyapı finansmanı; ilk olarak Channel Tunnel ile başlayıp 1990'ların başlarında İngiltere KÖO programı ile yaygınlaşmıştır.

- Mobil telefon ağlarının finansmanı için, 1990'ların ortalarında başlayıp 2000'lerin başına kadar devam eden bu ağların yapım projelerinde proje finansmanı kullanılmıştır.

Proje finansman yapısı sektörden sektöre, sözleşmeden sözleşmeye farklılık göstermektedir. Her bir sözleşme için tek bir özelliğe sahip standart bir proje finansmanından söz etmek mümkün değildir. Fakat bazı tipik özelliklere sahiptir. Bunlar (Yescombe, 2002, ss.7-9):

- Özel Amaçlı Araç (ÖAA) aracılığıyla gerçekleştirilen projeler için sağlanır.
- Franchise ile satın almalar hariç yeni bir iş kurmaktan çok yeni bir proje için kullanılır.
- Proje Finansmanı yeniden finanse edilebilir.
- Öz sermayeye oranı oldukça yüksektir. Proje sermaye maliyetinin kabaca %70-95'i proje finansmanı ile sağlanabilir.
- Proje borçlanma finansmanı için proje şirketinde yer alan yatırımcıların garantisi ya hiç yoktur, ya da sınırlı garanti sağlanır.
- Borç verenler geri ödeme ve faizlerin ödenmesi konusunda varlığın değerinden veya geçmiş finansman yapısının analizinden çok projenin gelecekteki nakit akışına güvenerek borç verirler.
- Bu nedenle borç verenler için proje sözleşmesi temel güvencedir.
- Bu nedenle borç verenler proje sözleşmesinin performans hatalarından dolayı zarar görmediğinden emin olmak için proje şirketinin faaliyetlerini sürekli ve yakından takip ederler.
- Proje lisans veya sözleşmenin uzunluğu gibi etkenlere dayanan uzun bir ömre sahiptir.

Tüm dünyada özellikle altyapı ve doğal kaynaklar sektöründe giderek daha fazla kullanılan proje finansmanı 2000 yılında 131,696 milyon dolar iken her geçen yıl artarak 2005 yılında toplam 165,617 milyon doları bulmuştur. Bu artış eğilimine göre proje finansman pazarının giderek büyüdüğü söylenebilmektedir (Yescombe, 2007, s.113).

KÖO'nda olduğu gibi proje finansmanı da zor ve karmaşıktır. Özellikle yavaş ilerler ve maliyeti yüksektir. Tüm bu olumsuzluklarına rağmen hem kamu hem de özel sektör böyle projelerden önemli faydalar elde ettiği için proje finansmanını

giderek daha fazla kullanılmaktadır (Yescombe, 2007, s.120). Proje finansmanının özel sektöre katkıları: yüksek borçlanma imkanı, risk dağılımı ve riskin sınırlı oluşu, yetenekleri birleştirme, uzun dönemli finansman, borçlanma kapasitesi, bilanço dışı finansman olarak sayılabilirken; kamu sektörü için faydaları: daha düşük maliyet, artan rekabet, borç verenlerin rolü, şeffaflık olarak sıralanabilmektedir (Yescombe, 2002, ss.13-17).

### **1.1.5. Kamu-özel ortaklığının kurulması**

İmtiyaz anlaşmaları, yaşam döngüsü ve tedarik zinciri yaklaşımına dayanmaktadır. Sözleşme tasarımının detaylandırılmasından işletim ve bakıma kadar projenin birçok aşamasını kapsar. Bu kapsamda bir KÖO'nun yaşam döngüsü 3 aşamada gerçekleşmektedir. Bunlar (Akintoye ve diğerleri, 2003, ss.33-36; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.21): Gelişme, yapım ve işletim/bakımdır.

Geliştirme aşaması; başlama, tanımlama, ön yeterlik, danışma, ihale, görüşme, finansal anlaşma gibi alt basamakları içermektedir. Yapım, işletim ve bakımdan sonra kamu sektörüne devir ile süreç tamamlanmış olur.

Ortaklığı oluşturma, KÖO sürecinin başlamasıdır ve süreç içindeki en önemli faaliyettir. Projeyi geliştirme, tasarım, inşaat, bakım, onarım, işletim için doğru ortağı (özel sektör ortağını) seçme süreci “tedarik” olarak bilinir. KÖO, tıpkı diğer ortaklıklar gibi iş yaptıkları ülkenin tedarik sisteminin kurallarını ve özel bir takım kısıtları bilmek zorundadır.

KÖO'nun kurulmasında ve rekabete dayalı ihale sürecinde kullanılan beş temel yöntem vardır (Zhang, 2004, ss.670-679):

1. Rekabete dayalı ihalenin açılması
2. İhaleye davet
3. Kayıt listelerinin oluşturulması
4. Projeye özel ön koşullar/kısa liste hazırlanması
5. Pazarlık usulü ihale

Belirsizliği fazla projeler yüksek uzmanlık ve deneyim gerektirir. Bu nedenle rekabet usulü ihaleler yapım hizmetlerinde tedarikçi seçimi için sıkça kullanılan yöntemdir (Bing ve diğerleri, 2005, ss.125-148). Ayrıca Avrupa Birliği tüzüğüne

göre ilave vergi değeri dışında değeri 5.923 €'u aşan bütün projeler için rekabetçi ihale prosedürlerini uygulanmak zorundadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53). Bu yöntemde hazırlanan formda hem seçim süreci hem de seçim ölçütleri açık şekilde tanımlanmalıdır. Rekabete dayalı ihalelerde muhtemel tedarikçi seçimi, hizmetlerin arzı için fiyat hesaplaması yapıldıktan ve uzman ihale dokümanları ile gelen tekliflerin uygunluğu gözden geçirildikten sonra yapılır. İhale dokümanları sunulacak yapım hizmetlerinin detaylı şekilde tanımlanmasını gerektirir. Rekabete dayalı ihaleler herkese veya yalnızca daha önceden hazırlanmış ilgili kişilerden oluşan ihale listesine açık olabilir. Açık rekabet durumunda, ihaleye davet edilen özel sektör kurumları daha önce belirlenen ölçütler ışığında yeteneklerine göre seçilir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.49).

Rekabetçi ihale sürecinde aşamalar, ihalenin gerçekleştirildiği aşamayla sınırlanabilir. Bir ihale farklı aşamalardan meydana gelir. Bunlar (Savaş, 2000, s.25; Zhang, 2004, s.19; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.54):

1. Pazar danışmanı ve bilgi isteme,
2. Önyeterlilik ve önyeterlilik isteme,
3. İhaleye davet ve teklif isteme,
4. İhale değerlendirilmesi ve son elemeye kalan adayların listelenmesi,
5. Son elemeye kalan adaylarla müzakere,
6. Teklifler arasında seçim, imtiyaz kararı ve finansal kapanış.

Altyapı projelerinde imtiyaz anlaşmalarında ihale maliyetleri yüksek olduğu için önyeterlilik süreci uzman bir konsorsiyum oluşturacakların son elemeye kalanlarını (5-8 ) seçmeyi amaçlar. Ki bunlardan en çok 3'ü veya 5'i değerlendirme ve müzakerelerden sonra teklif için davet edilir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.54).

Zhang (2004) rekabetçi ihale değerlendirmesi için birkaç yöntem ortaya koymuştur. Bunlar:

- Net şimdiki değer yöntemi
- Çoklu özellik analizi (multi-attribute analysis)
- Kepner-Tregoe karar verme analiz tekniği
- İkili zarf yöntemi
- Net şimdiki değer artı skorlama yöntemi

- İkili metot artı net şimdiki değer yöntemi
- Basit skorlama yöntemi

İhale tekliflerinin başlangıç değerlendirmesi yapıldıktan sonra ihaleden sorumlu kişiler daha iyi bir sonuç elde etmek için uzlaşma görüşmeleri yapabilirler. Teklif verenlerden en iyi ve son teklifi yapmaları ve tekliflerini bu yönde revize etmeleri istenebilir.

Görüşme aşamalarının sonunda kesin finansal düzenleme olan finansal kapanış aşamasına ulaşılır. Konsorsiyum ve müteahhidin seçiminden sonra finans danışmanları projeyi yasal, vergi yasaları ve teknik uygunluk açısından değerlendirirler. Finansör kuruluşun değerlendirme ve istekleri kamu sektörü ve konsorsiyum arasındaki ticari anlaşmayı etkileyecektir. Finansal süreçten sonra, konsorsiyum inşaatı başlatmak için tasarımlarını detaylandırmaya başlayabilir.

Bu süreçte kamu için de özel sektör için de finans danışmanının rolü çok önemlidir. Bazı büyük uluslararası bankalar borç verirken finansal danışmanlık hizmetini de sunabilirler. Ancak çoğunlukla her iki taraf da çeşitli düzeylerde finans danışmanlığı almalıdır. Proje finansmanında yatırımcılar özellikle KÖO'ları projelerinde yeteri kadar deneyimli değilse KÖO sözleşme aşamasında çok ciddi sorunlarla karşılaşabilirler. Bu nedenle bu aşamada projenin finanse edilmesini sağlayabilmek finans danışmanının başarısına kalmıştır (Yescombe, 2007, s.126).

Özel konsorsiyumun seçimi, en iyi değer yöntemine dayanmalıdır. En iyi ve en son teklifi veren imtiyaz sahibi çoklu değerlendirme kriterlerine dayalı olarak seçilir. Seçim yalnızca ekonomik açıdan en karlı çözüme dayalı yapılsa da fiyat ilişkili kriterler ile de açıklanır. En düşük teklif fiyatı genellikle en önemli veya müteahhit seçiminde tek bir kriter bile olabilir (Zhang, 2004, s.25; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.56).

KÖO doğası gereği kamu sektöründe bir takım değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Bürokratik yapıyla özdeşleşen kamu sektörü kendi hizmet sağlayan konumdayken KÖO ile hizmeti başkasından temin eden konumuna geçmektedir. Bu durum kamu sektöründe yeni işlerin (görevlerin) ve bu işler için yeni rollerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu işlerin önemlilerinden bazıları hizmet sağlayıcının performansını izlemek, sağlık, güvenlik ve yasal konulardaki sorumlulukları gerçekleştirmektir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.47).

İngiltere’de KÖO’ndan önce hastane birlikleri tarafından yapılan resmi bir hizmet izlemesi bulunmamaktadır ve birlik yöneticileri bütçe dahilinde hizmetlerin sunulmasından sorumludur. Bu koşullarda kullanıcılardan gelen bir sorun ya da şikayet olduğunda ilgili yönetici tarafından doğrudan müdahaleyle sorun çözülebilirken, KÖO ile bu tür durumlarda problemin çözümü daha uzun bir zincir gerektirmektedir. KÖO’nda sorunla ilgili yönetici ile irtibata geçilmesini sorumlu hizmet sağlayıcıdan isteme zorunluluğu ortaya çıkmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.36).

Sözleşmeye dayalı düzenlemelerde ödemeler performansa göre yapılmaktadır. Performans değerlendirme için sözleşme metninde bir seri gösterge belirlenir ve bunlar işletme esnasında izlenerek yerine getirilen hizmetler için belirlenen ödemeler şeklinde gerçekleştirilir. Göstergeler önem durumlarına göre derecelendirilmektedir. Bu göstergeler işletme aşamasında ÖAA tarafından sunulan bilgi ve belgelere dayalı olarak ölçülmektedir. Ancak bunu gerçekleştirmek pratikte çok da kolay olmamaktadır. Çünkü bazı hizmetlerde ölçümün nasıl yapılacağı bilinmemektedir. İdarenin sözleşmede çıktı özelliklerini belirlemesi uygulamada düşünüldüğü kadar kolay olmamaktadır. Örneğin temizlik için yapılan bir izlemde izlem yapan kişi hasta odasına girdiğinde yerlerin silindiğini, ancak camların silinmediğini gördüğünde ne yapmalıdır? Temizlik performansı için izlem çizelgesinde onay vermeli mi, yoksa iş yapılmamıştır mı, demelidir? İşte pratikte bu tür durumlar sorun yaratmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.72). Tipik KÖO tedarikçileri üç yasal yapıdan oluşur (Zhang, 2004, ss.235-237):

ÖAA olarak anılan en üst şirket, sermaye ve altyapı tedarikini sağlayan sermaye şirketleri ve hizmet/işletim şirketleridir. Bir KÖO’nda kamu ve özel ortakların ilişkilerini anlamada tarafların özelliklerini ortaya koymak önemli bir konudur. Kamu ve özel sektör aktörleri farklı amaç, menfaat ve kurumsal yapılarla sahiptir.

Başarılı bir ortaklık kurmada taraflar arası ilişkiler açısından bu farklılıkları anlamak önemlidir. Hem kamu hem de özel sektör farklı şekillerde de olsa kar etmeyi amaçlar. Kamu aktörleri sosyal gelir ve refahta bir artışı amaçlarken, özel sektör aktörleri ekonomik anlamda bir gelir elde etmeyi amaç edinirler. Genel olarak

kamu aktörleri için aşağıda sıralanan unsurlar daha önemli olmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.103-134):

- Mevzuat, düzenleme ve makamlar
- Politik fikir ve etkiler
- Demokratik karar alma süreci
- Riskin minimizasyonu
- Sosyal bir amacın gerçekleştirilmesi

Klasik mikro ekonomik yaklaşıma göre özel sektörün amacı kısa vadede maliyetleri kısarak karı maksimize etmektir. Bu bağlamda özel sektörün elde etmek istediği amaçlar firmanın devamlılığı ve yatırımın en yüksek oranda geri dönüşüdür.

Bu amaçları gerçekleştirmede özel sektörün önemli gördüğü unsurlar ise şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Yatırılan kaynakların geri dönüşümünde başarı sağlamak,
- İş risklerini üstlenmek,
- Rekabeti geliştirmek ve pazar hakkında öngörülerde bulunmak,
- Şirket amaçlarını gerçekleştirmek

KÖO'larında kamu ve özel sektör içinde de farklı aktörler yer almaktadır. Kamu sektörü içinde politikacılar, bürokratlar ve diğer çalışanlar varken, özel sektörde yaptıkları işe göre farklı aktörler yer alır. Bunlar: tasarımcılar, müteahhitler, finansörler ve yatırımcılardır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.25).

KÖO'larında kamu ve özel sektör arasında bir ağ kurulur. Bu ağ yapısı sadece inşaat projelerinde değil diğer proje alanlarında da bulunur. Kamu sektörüne yönelik literatürde ağ perspektifi geleneksel proje modeline bir alternatif olarak görülmektedir. Ağda karşılıklı gelir ve çıkarlar için birbirine bağımlı şekilde çaba gösteren birçok aktör bulunur.

Ağdaki aktörler hiyerarşik bir düzende olmayan, uzun süreli ilişkilere sahiptir. Böylece ağ bir sistem veya yapı olarak kurum içi ve organizasyonel bağlılık içeren bir yapı halini alır. Bu ilişkiler özel problemleri çözmek için faaliyet göstermektedir. Her türlü problem ağda aynı ilişkileri gerektirmez. Her bir problem için ağın farklı bir kısmı faaliyet gösterir. Bu nedenle ağ dinamik bir yapıdır. İhtiyaca göre ağa farklı kişiler katılır veya ayrılır (Bult- Spiering ve Dewulf, 2006, ss.96-103).

Özel bir KÖO projesinde imtiyaz sahibi, özellikle multidisipliner bir şirketler birliği olarak şekillendirilir. Bu konsorsiyum her biri tasarım, yapım, bakım, onarım, finansman ve yönetim konularında faaliyet gösteren kurumların bir araya gelmesinden oluşur (Yescombe, 2002, s.44). Bu konsorsiyum imtiyaz KÖO'nda özel sektör tarafını oluşturur. Bu konsorsiyum temelde projede yürütücü (iş gerçekleştirilen taraf) role sahiptir. Özel konsorsiyum rekabete dayalı ihale yöntemi ile seçilir. Konsorsiyuma katılan özel sektör katılımcıları genellikle özel amaçlı bir şirket altında toplanmaktadır. Bu şirket aracılığıyla ortaklar riskleri sınırlandırabilir ve kendilerinin iyi yanlarını projeye katabilirler.

İmtiyaz KÖO ile yapılan projeler genellikle yerel, bölgesel ve ulusal değerdedir. Bunun sebebi hükümetin farklı düzeylerinin (yerel, bölgesel ve ulusal) kendi otoriteleri, yargıları ve sorumlulukları olan kamu temsilcileridir. Bu farklılıklar özel sektörde olduğu gibi özel amaçlı bir şirket içinde bütünleştirilemez. Bu durum kamunun farklı düzeyleri arasındaki hiyerarşik ilişkiden dolayı dikey bir organizasyonel karmaşıklığa sebep olabilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53).

Projenin ilk aşamalarında sık sık özel konsorsiyumdan danışmanlık alınır fakat imtiyaz sahibinin seçimi geliştirme aşamasından sonra gerçekleştirilir. Bugün birçok ülkede çalışmalar özel sektörün sürecin daha ilk aşamalarına nasıl katılabileceğini araştırmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53).

KÖO kurulmasında özel sektör ortağının seçilmesinden sonra bir diğer aşama sözleşme yapılmasıdır. Farklı KÖO projeleri farklı anlaşmaları gerektirir. Bu anlaşmaların her biri projeye veya işe özel olmak zorundadır. Çünkü her proje kendine özeldir. KÖO projelerinin başarısı için uygun anlaşmaları ve ödeme mekanizmalarını içeren, net olarak tanımlanmış bir sözleşme yapısı esastır (IFSL, 2003, s.1). Kamu sektör otoritesi ÖAA olarak bilinen bir özel sektör konsorsiyumu ile sözleşme imzalar. Bu konsorsiyum özel olarak ilgili proje için oluşmuş bir yapıdır.

Konsorsiyum, bir inşaat şirketi, hizmet sağlayıcılar ve bir bankadan oluşan çok sayıda özel sektör yatırımcısının katılımı ile oluşmaktadır (United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD, 2006, s.270). İlgili kamu kuruluşu özel sektörden beklediği hizmet ve standartlarını bir çıktı özellikleri dokümanı olarak

oluşturur. Özel sektör bu standartları dokümanda belirtildiği şekilde sağlamadığı sürece ödeme alamaz.

KÖO sözleşmeleri 30-60 yıllık sürelerle yayılan uzun dönemli projelerdir. Bu süre boyunca özel sektör sözleşmede belirlenen hizmetleri yerine getirmekle yükümlüdür. Eğer imzalanan şartlar özel sektör tarafından yerine getirilmezse anlaşma kamu sektörü tarafından feshedilebilir. Kamu menfaatlerinin korunması ihale dokümanlarının ne kadar iyi hazırlandığı ile yakından ilgilidir. Yıllarca sürececek bir projede kamunun korunması için her bir adım titizlikle gözden geçirilmelidir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.52).

Ana sözleşme kamu kurumu ve ÖAA arasında imzalanır. Alt sözleşmeler ÖAA ile sermaye şirketi ve hizmet/işletim şirketi arasında yapılır. Daha farklı ihtiyaçlar olduğunda ise alt yükleniciler ile çapraz sözleşmeler yapılabilir. Alt yükleniciler çoğunlukla üst şirket olan ÖAA ile aynı ortaklardan oluşur (wikipedia, t.y.).

KÖO kapsamında yapılan başlıca sözleşmeler aşağıda yer almaktadır. Bunlar (IFSL, 2003):

- **İmtiyaz anlaşması:** Yeni işletme tarafından kamu sektörü kullanıcılarına hizmet sağlanmasını düzenler ve hizmet düzeyi anlaşmaları ile ödeme mekanizmalarını içerir.

- **Yapım anlaşması:** Genellikle belirli bir süre için geçerli olan, üstlenicinin tüm yapım risklerini üzerine aldığı, sabit fiyatlı, anahtar teslimi bir sözleşme olacaktır.

- **Tesis yönetimi sözleşmeleri:** İşletme ve bakım hizmetleri için yapılacak ve bunlar genellikle yeni işletme tarafından alt sözleşme ile çoğu durumda ana hissedarların yan şirketlerinden sağlanacaktır. Özel sektör, bu destek hizmetlerini sağlayarak riskin çoğunu üstlenmektedir.

- **Özsermaye, kredi ve sigorta anlaşmaları:** Özsermaye ve banka kredileri ya da kurumsal tahvillerle alınan borç yoluyla sağlanan finansmanla ilgilidir; sigorta edilebilir risklerle ilgili teminat ise sigorta pazarı tarafından üstlenilmektedir.

- **Doğrudan anlaşma:** Kamu sektörü ile borç verenler arasındaki ilişkileri düzenler; zira kredi anlaşması, hizmet sunumundan gelen nakit akışı ile finanse edilmektedir.

2008-2009 küresel finans krizinden önce büyük KÖO projeleri şirket hisse senedi ile fonlanırken krizden sonra öncelikli borç fonlama daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Küçük projeler -görece sayıları daha fazla- doğrudan öncelikli borç şeklinde doğrudan bankalar tarafından fonlanmaktadır. Öncelikli borç, genellikle hisse satışından daha pahalı bir fonlamadır. Krizden sonra İngiltere KÖO projeleri European Investment Bank (EIB) tarafından bu yolla fonlanmaktadır (wikipedia, t.y.; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.50; IFSL, 2003, s.5).

KÖO sözleşmelerinin yeniden finansmanı oldukça yaygındır. İnşaat tamamlandıktan sonra projenin riskleri daha da azalır, bu fırsatla daha ucuz borçlanma gerçekleştirilebilir. Yeniden finansmanlar gelecekte tahviller yoluyla yapılabilir. İnşaat aşamasında banka borçlanması yapılır, daha sonraki uzun yıllara yayılan işletim aşamasında yine tahvillerden yararlanılabilmektedir (wikipedia, t.y.; (Yescombe, 2007, s.124.). KÖO projesini finanse eden bankalara geri ödeme, sözleşme süresince kamudan alacağı para ile özel sektör tarafından yapılır. Bu açıdan bakıldığında kamu sektörünün iflası mümkün olmayacağı için bu tür borç vermenin riski düşüktür. Geri ödemeler sözleşmede belirlenen çıktılarının özelliklerine göre belirlenmektedir.

## **1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI FİNANSMAN MODELLER**

### **1.2.1. Yap devret**

Yap-İşlet (Yİ), mülkiyeti özel kişiye ait olmak üzere tesisin kurulmasını, işletilmesini ve işletme süresince üretilen hizmetin belirlenen esas ve usuller çerçevesinde devlet tarafından alınmasını düzenleyen bir modeldir. 4283 sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun ile elektrik üretimi, Yİ modelinin uygulandığı alanlardan biri olmuştur (Resmi Gazete, 19.07.1997, S:23054).

Bu kanunun uygulanmasını göstermek üzere bir de yönetmelik çıkartılmıştır (Resmi Gazete, 29.08.1997, S:23095). Bu kanun sadece termik santrallerin kurulup, işletilmesini konu almıştır (m.1). Yİ yönteminde, inşa edilip işletilen tesisin, belli bir sürenin sonunda kamu idaresine devri söz konusu olmamaktadır. Bu özelliği ile Yİ, Yap-İşlet-Devret modelinden ayrılır. Ancak Yİ modelinde de, bir işletme süresi

öngörülür. Bu süre sonunda, sözleşme yeniden uzatılır ya da yatırımcı tesisi tahliye eder (Yerlikaya, 2002, s.38).

### 1.2.2. Yap işlet devret

Bu model, küreselleşme ve kamu ile özel sektörün işbirliğinin artırılması, kamu projelerinin özel sektör tarafından finanse edilmesi ve özelleştirme akımı neticesinde doğmuş olup, kamu hizmetlerinin devlet eliyle gördürülmesi anlayışının yavaş yavaş terk edilmesi ve bu hizmetlerin özel sektör eliyle gördürülmesi düşüncesinin benimsenmesiyle 269 uygulanmaya başlamıştır (Giritli ve Akgüner, 2001, s.851). Bu anlamda, YİD modeli geniş anlamda özelleştirme yöntemidir (Baytan, 1999, s.350). PPP uygulamalarının önemli yöntemlerinden biridir.

Ülkemizde YİD modelini içeren ilk kanun, 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun'dur (Resmi Gazete, 19.12.1984, S: 18610). Bu kanunda Türkiye Elektrik Kurumu dışında yerli ve yabancı sermaye şirketlerine elektrik üretim, iletim ve dağıtım yetkisinin verilebileceği düzenlenmiştir. Ancak bu kanuna dayanılarak yapılan sözleşmeler imtiyaz sözleşmesi olarak görülmüş ve Danıştay incelemesinden geçmediği için iptal edilmiş ve kanundaki usuller uygulanamamıştır (Gözler, 2002, s.462).

İkinci kanun ise, 3465 sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun'dur (Resmi Gazete, 02.06.1988, S:19830). Görüldüğü üzere, elektrik üretimi, iletimi, dağıtımı ve otoyol yapımı, bakımı gibi teknik ve yüksek maliyetli konular ile YİD yönteminin yolunun açılması amaçlanmıştır.

YİD, bir kamu hizmeti finansmanı yöntemidir. Hizmet özel şirket tarafından kurulur ve belli bir süre işletilir. Sürenin bitimi halinde, özel şirketin kurup, işlettiği tesisler borçtan ari ve çalışır halde ilgili kamu kurumuna devredilir. Bu süre içinde elde edilen mal ve hizmetler, karşılıklı saptanan bir bedel üzerinden satılır (m.4).

PPP projelerinin genel işleyişi kamu projelerine yapılacak büyük yatırımların özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi ve özel sektörün sunulan hizmetten elde edeceği gelir ile yaptığı yatırımların karşılığını almasıdır. Sunulan hizmetlerin bedelinin alınması hizmetten yararlanan özel kullanıcılar tarafından yapılan ödemeler ile gerçekleştirilebileceği gibi bunun mümkün olmadığı durumlarda bazı ölçütler kullanılarak kamu tarafından yapılan ödemeler söz konusu olacaktır. Kamu tarafından yapılacak ödemelerde, yapılan projenin konusu yapı veya hizmetin kullanımı, kullanıma hazır bulundurulması yahut performansı esas alınabilir (Resmi Gazete, 21.05,2008, S:26882). Yapılacak ödemeler ve ödemelerde esas alınacak ölçütler sözleşmede açıkça ve kesin olarak belirtilmelidir.

3996 sayılı kanuna göre YİD modeli ile gerçekleştirilecek yatırım sonucu üretilecek mal ve/veya hizmetlerin karşılığı olarak ödenecek bedelin saptanmasına uygulanacak kriterler Maliye, Bayındırlık ve İskan, Ulaştırma, Enerji ve Tabii Kaynaklar bakanlıkları, Devlet Planlama Teşkilatı müsteşarlığı, Hazine müsteşarlığı ve Dış Ticaret müsteşarlığınca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe girer.

### **1.2.3. Yap sahiplen işlet devret**

Özel kişi tarafından yapılacak tesisin mülkiyetinin de özel kişiye verildiği modeldir. Bu modelde tesisin belirli bir işletme süresi sonunda ilgili kamu kurumuna devredilip devredilmeyeceği yapılacak sözleşme ile belirlenir. Bu şekilde imtiyaz, yatırımcı üzerinde kalır. Yatırımcı projeyi süresiz olarak işletebilir ve bu olasılık da ilgili projeye olan katılımı arttırır. Ancak bu model, bu açıdan ilgili tarafından hoş karşılanmayabilir. Bu nedenle alternatif model olan YİD modeli tercih edilmek istenebilir.

YİD modeli ise, dünyada büyük bir hızla yaygınlaşmakta olan küreselleşme ve PPP uygulamalarının de etkileriyle son yıllarda değişime uğrayarak Yap-Sahip Ol-İşlet (YSİ) modeline dönüşmüştür Build-Own-Operate (BOO). Bunun nedeni, belirli bir işletme dönemi sonrasında kamuya devredilen ve kullanılma ömrünün belli bir kısmını yitiren bu yatırımların kamuya uzun vadeli bir katkısının olamayacağı

düşüncesidir (Berber, 2002, s.138). Bu model aynı zamanda PPP uygulamalarının önemli bir türünü de oluşturmaktadır.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ YAPISI VE SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI**

#### **2.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN YAPISI**

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin yapısı 6 aşamada incelenebilmektedir. Bu aşamalar sırasıyla; proje kapsamının belirlenmesi, stratejinin oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, sözleşme yapılması, hizmet sunumunun başlaması olacaktır. Bu bölümde hepsi sırayla tek tek ele alıp incelenecektir.

##### **2.1.1. Proje kapsamının belirlenmesi**

Proje konusunun belirlenmesi amacıyla projeye neden olan ihtiyaçlar tespit edilir. İhtiyaçların giderilmesine yönelik seçenekler belirlenir. Projenin hangi ihtiyaçtan doğduğu ve gerçekleşmesi durumunda ne gibi faydaların sağlanacağını tespiti bu aşamada söz konusudur. Neticede modelin yapısındaki ilk aşama olan proje kapsamının belirlenmesi önem taşımaktadır.

##### **2.1.2. Stratejinin oluşturulması**

Proje kapsamının tespitinden sonraki aşama ise stratejinin oluşturulması aşamasıdır. Bu aşamada ihale stratejisinin belirlenmesi amaç edinilmiştir. Bu amaçla ihale grubu oluşturulur. İhale grubu, çıktı şartnamesini düzenler. Bu aşamada, risklerin de belirlenmesi önemlidir. Bundan sonraki aşamalarda belirlenen stratejiye bağlı kalınır. Belirlenen strateji ne kadar güçlü olursa projede başarı o derece büyük olacaktır.

### **2.1.3. Seçim süreci**

Seçim süreci aşamasında, proje ile ilgilenen firmaların teklifleri gündeme gelir. Proje ile ilgilenen firmalar kendi Şartlarına uygun teklifi verirler. Teklif veren firmaların ön koşulları sağlayıp sağlamadıkları önem arz etmektedir. Ön elemeyi geçen firmalar tespit edilir.

### **2.1.4. Müzakereler**

Bu aşamada, proje kapsamında söz konusu hizmet için ön elemeyi geçen firmalarla müzakereler yapılır. Müzakerelerde, sözleşme şartları çerçevesinde değerlendirmeler yapılır. İhaleyi kazanan firmayla anlaşma yoluna gidilir. Anlaşma koşulları bir sonraki aşamada daha da netleşecektir.

### **2.1.5. Sözleşme yapılması**

Taraflar ihale sürecine girerler. İhale sürecinin sonunda sözleşmenin yapılması gerekmektedir. Dolayısıyla tarafların da yapılan bu sözleşmeye bağlı kalmaları öncelikli koşuldur. İhaleyi kazanan firma ile yapılacak sözleşmede önemli risklerin transferine, paranın iyi bir şekilde değerlendirilmesine ve ödenebilirlik kriterlerine dikkat edilmelidir.

### **2.1.6. Hizmet sunumunun başlaması**

Son aşamada, Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusu içine giren hizmet, yerine getirilir. Dolayısıyla bu aşamada hizmet, piyasaya sunulur. Böylece Kamu Özel Ortaklığı süreci hizmet sunumunun gerçekleşmesiyle son bulmaktadır.

## 2.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ'NİN AVANTAJLARI ve DEZAVANTAJLARI

Bir modelin her yönüyle değerlendirilmesi uygulamadan daha fazla faydanın elde edilmesini sağlayacaktır. Ancak uygulamada öngörülen avantajlar çekince ve tehditlerden daha fazlaysa bu durumda uygulamanın tercih edilebilirliği artacaktır. Akabinde mevcut koşullar çerçevesinde, avantaj fazlasıyla, düşünülen modelin uygulanmaması için herhangi bir sebep söz konusu olmayacaktır.

Kamu Özel İşbirliği üzerine oluşan literatürde bazı çalışmalar özelleştirmenin olumsuz yönlerine ve toplumsal muhalefete karşı çıkabilmek için Kamu Özel İşbirliği'nin geliştirildiğini ve bunun kullanılmasının daha iyi sonuçlar vereceğini ileri sürmektedir. Böyle bir yaklaşım devlete araçsal yaklaşımın en belirgin izlerini taşımaktadır. Zira böyle bir kabul, devletin sadece sermayenin taleplerini uyguladığını ve KÖİ uygulamalarının tek yönlü bir süreç olduğu çıkarımına neden olacaktır. Oysa daha fazla sermaye yatırımı çekebilmek ve diğer yatırım alanları (ülkeler, bölgeler) ile rekabet edebilmek için en önemli gelir kaynağı olan dolaysız vergileri düşüren devletin, kendi varlığını sürdürebilmesi ve temel işlevlerini yerine getirebilmesi için KÖİ modeli bir çıkış yolu olmuştur. KÖİ uygulamaları ile gerçekleştirilen projeler; finansman olanaklarının çeşitlenmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve riskin paylaşılması gibi sayılabilirken, özel sektör açısından ise sermayeye yeni değerlendirme alanı yaratılması nedeniyle desteklenmektedir (TTB, 2011, s.1).

Kamu Özel Sektör İşbirliği uygulamalarının sihirli bir çözüm olmadığı açık bir gerçek olmakla birlikte proje, ihale süreci kamu yararı önceliğinde takip edilen uygulamalarında kamu hizmetlerinin sunumuna hız, kalite getirebileceği unutulmamalıdır (European Commission, 2003, s.5). Genel olarak KÖİ uygulamalarında kamu kesimi açısından aşağıdaki avantajlar ve dezavantajlar bulunmaktadır.

### 2.2.1. Kamu özel ortaklığının avantajları

- Altyapı yatırımlarının hızlanması,
- Yatırım bütçesi ve zamanlamasına uyum,
- Risk transferi,
- Kamu İdarelerinin gözetim ve denetim kapasitesinin artması,
- Altyapı hizmetlerinin sunumunda siyasi müdahalelerin azaltılması,
- Özel sektörün teknoloji ve insan kaynağından yararlanma.

### 2.2.2. Kamu özel ortaklığının dezavantajları

- Karmaşık sözleşmeler,
- Sözleşme içeriğinin değiştirilememesi,
- Bütçe dışılık,
- İhale ve sözleşme sürecinin uzun ve zor olması.

## 2.3. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

Türkiye’ de son yıllarda büyük yatırım projeleri açıklanmış ve bu projeler ciddi anlamda yoğun sermaye isteyen projeler olmuştur. Bu anlamda devletin öncelikli hizmet kollarından biri olan sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu noktasında kamuoyunu tatmin edecek düzeyde sağlık tesisleri yapmak zorunlu hale gelmiştir. Örneğin: Kamu Özel Ortaklığı kapsamında “Entegre Sağlık Tesisleri (Şehir Hastaneleri)”.

Türkiye’de 1980 yılından bu yana Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde uygulamalar görmek mümkündür. Ancak bu uygulamalarda tartışılan özelleştirme uygulamalarıyla bir tutulmasıdır. Bu konuda çeşitli akademik çevrelerde tartışmaların olduğu bilinmektedir.

Türkiye, sağlık sektörünün dünyadaki gelişmelerini sektördeki amaçlar doğrultusunda yakından takip etmektedir. Zira sağlık sektöründeki gelişmeler, sağlık politikalarının nihai amacı olan halkın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda stratejik amaçlardan birisi olan sağlığa yönelik

risklerin olabildiğince azaltılması ve bu risklerden toplumu korumanın yollarının bulunması üzerine kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014).

Hemen hemen bütün dünyada faaliyet gösteren danışmanlık, sigorta ve vergi denetim hizmetleri veren PWC(PricewaterhouseCoopers) şirketi, 2010 yılının Aralık ayında yayımladığı bir raporda, Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin “devrim” olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir. Söz konusu model, özel teşebbüs tarafından tesisleri işletmek için devlet güvencesi kapsamında maksimum 49 yıla kadar çok büyük potansiyeli olan karlı bir yatırım fırsatı olarak tanımlanmaktadır (PWC, 2010, ss.1-5). Dünyada ilk olarak İngiltere’de uygulanan Kamu-Özel Ortaklığı Modeli’ nin, Türkiye’de sağlık alanında “Entegre Sağlık Kampüsleri” veya “Şehir Hastaneleri” projeleri olarak uygulanması planlanmıştır. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli’ nde özellikle gelişmiş ülkelerde başarılı olan ve uygulanan modeller ülkemiz tarafından örnek alınarak uygulanmak için projelendirilmiştir. Özellikle İngiltere’de bazı kaynaklardan edindiğimiz bilgilere göre; %30 (Çekirge, 2006, s.10) maliyet avantajı sağlandığı yapılan araştırmalar sonucu iddia edilirken bazı kaynaklara göre ise bu kazanç, 17 dolaylarındadır (Tekin, 2007, s.4). Tabi İngiltere’deki KÖO uygulamasında sektörlere göre dağılım yüzdesi belirlenirken, %51 özel sektör ve %49 kamu sektörü ele alınmıştır (Acartürk, Keskin, 2012, s.y).

Türkiye’ de sağlık güvencesi olmayan nüfusun bir hayli fazla olması, mevcut sağlık sisteminden duyulan tatminsizliğin çok ileri boyutta olması, kaynakların verimsiz kullanılması, ekonomide dönüşümün hızlanması ve uluslararası ilişkilerin politik ve ekonomik düzeyde artması sağlıkta reform niteliğinde değişimleri zorunlu kılmıştır. Bu bağlamda, Türkiye’ de 2003 yılından sonra başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık sektörü için bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. Sosyal devlet olgusunun gereği olarak bu dönüşüm programı; kaliteli, kolay ulaşılabilir, nitelikli personele sahip, güler yüzlü, çözüm odaklı ve halkın taleplerini karşılar düzeyde bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır.

Ülkeler geliştikçe sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini arttırmak için daha çok harcama yapma eğiliminde olurlar. Gelişmişlik düzeyi arttıkça bireylerin bilinç düzeyi de artmakta ve talepler daha nitelikli olmaktadır. Dünyanın her yerinde sağlık hizmetlerinin maliyeti arttığı için sağlık hizmetinin sunumunda finansman noktasında farklı arayışlar içine girilmektedir. Bu soruna alternatif olarak da Kamu-Özel Ortaklıkları gündeme gelmiş ve bu ortaklık sonucu kamu finansal yükten kurtulduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunu da minimum maliyetle gerçekleştirme fırsatı doğmuştur.

Konuya ilişkin tartışmalar bir tarafa bırakılırsa Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'ndaki daire başkanının tespitiyle, yapılmış yatırımlara ilişkin uygulamalar, özelleştirme kapsamında değerlendirilirken Kamu Özel Ortaklığı Modeli, gelecekte yapılacak kamu yatırımlarının bugünden özelleştirilmesidir sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla konuya ilişkin böyle bir görüş hakimdir (Tekin, 2008, s.14). Netice itibariyle özelleştirmenin Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarından daha kapsamlı olduğunu değerlendirmek mümkün gözükmemektedir. Konuya bu çerçeveden bakmak gerekecektir.

Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli, enerji, ulaştırma, tarım, içme suyu-kanalizasyon, sağlık, turizm, genel idare ve madencilik sektörlerinde uygulandığı bilinmektedir (Pehlivan, 2009, s.5). Sektörlere göre dağılımı verilen uygulamaların hukuki boyutundan söz etmek de mümkündür.

Kamu Özel Sektör Ortaklığı için Hazine garantisi de 3996 ve 4283 sayılı kanunlarda olduğu bilinmektedir (Pehlivan, 2009, s.13). Ancak konuya ilişkin kronolojik sıralamaya yer vermek gerekmektedir. Yürürlükte olan ilgili kanunların kronolojik sıralaması (Yılmaz, <http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye&am p;apos;de%20Kamu%20%C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortakl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf>, Erişim: 4.5.2015);

- 576 sayılı ve 10.06.1910 tarihli Menafi-i Umumiye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki Kanun,

- 3096 Sayılı ve 04.12.1984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun,

- 3465 sayılı ve 28.05.1988 tarihli Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun,
- 3996 sayılı 08.06.1994 tarihli Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun,
- 4046 sayılı ve 24.11.1994 tarihli Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun,
- 6.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve Yap İşlet Modeli ile Enerji Satışına ilişkin Kanun.

Genel itibariyle Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarının yine Kamu Özel Ortaklığı Model’inin yöntemlerinden olan Yap İşlet Devret ve İşletme Hakkı Devri Modelleri’nde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bunun dışında da bazı Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarının, 1994 tarihli Özelleştirme Uygulamaları Kanunu’nda düzenlendiği bilinmektedir. Ancak tüm bu verilere karşın Yılmaz’a göre konu kapsamında mevzuat bütünlüğü bulunmamaktadır (Yılmaz, <http://www.fazlioglu hukuk.com/T%C3%BCrkiye&apos;de%20Kamu%20%C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortakl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf>, Erişim: 4.5.2015).

Dolayısıyla konu bütünlüğü açısından öncelikle uygulamanın hukuki boyutunun temelleri sağlamlaştırılmalıdır. Akabinde uygulanacak politikaların halkın faydasına göre Şekillendirilmesi gerekecektir.

Hukuki boyutunun dışında da ÖİB tarafından yapılan ve tamamlanmış olan Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarından da söz etmekte fayda vardır. Bu çerçevede ADÜAİ Ankara Doğal Elektrik Üretim A.İ., Maden Ruhsatları, Marinalar, Tuzlalar, Araç Muayene İstasyonları, İzmir Toptan Balık Hali ve Atik Ali Paşa Yalısı’nın konuyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Yine tamamlandığı bilinen Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları içinde limanlar da vardır. Ancak limanlardan söz ederken iki ana ayırmadan bahsetmek gerekmektedir. Buna göre gelir paylaşımlı ve gelir paylaşısız uygulamalar söz konusudur. Tekirdağ, Hopa, Giresun, Ordu ve Rize limanlarının gelir paylaşımlı olduğu bilinmektedir. Antalya, Alanya, Çeşme, Kuşadası, Trabzon, Dikili, Mersin limanlarında ise paylaşısız uygulamanın olduğu belirtilmiştir. Ancak tamamlandığı bilinen Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları içinde İzmir ve Derince limanlarına ait konuya ilişkin net bir bilgi elde edilmemiştir.

Yine Özelleştirme İdaresi Başkanlığı Daire Başkanı Ali Güner Tekin'in Mayıs 2008'de verdiği bilgilere göre Elektrik Üretim Tesislerinde, Elektrik Dağıtım Şirketlerinde, 6 Otoyol ve 2 Boğaz Köprüsü, Galataport, Bandırma ve Samsun Limanlarında halen PPP uygulamasının devam ettiği bilinmektedir. Bandırma ve Samsun Limanlarına ilişkin uygulama için ÖYK (Özelleştirme Yüksek Kurulu) Kararı beklenmektedir.

Ulaşım sektörüyle alakalı bir proje örneği vermek gerekirse Atatürk Havaalanıdır. Zira Atatürk Havaalanı işletmesi 2005 yılında yapılan ihale ile TAV grubuna 15,5 yıl için toplam 3 milyar Amerikan doları kira bedeli karşılığında verildiği bilinmektedir. Ödemeler için TAV firması Garanti Bankası tarafından aranje edilen 12 yıl vadeli kredi almıştır. Zira kredinin faizi libor %2,5 seviyesindedir (Çekirge, 2006, s.28).

Bunların dışında Kamu Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde İzmit İçme Suyu projelendirilmiştir. İzmit Şehrine ve İstanbul'a su temini amacıyla Britanya firması önderliğinde Gama ve Guriş firmaları ortaklığındaki konsorsiyum hisselerinin %70'ine, İzmit belediyesi %15'ine ve iki Japon firması geri kalan %15'lik hisseye sahip olarak 15 yıllık bir projeyi üstlenmişlerdir. Toplam yatırım tutarı da 933 milyon Amerikan doları olduğu bilinmektedir (Çekirge, 2006, s.29).

Türkiye için bu uygulamalarla yeni hukuki düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu söylenmektedir. Başta da belirtildiği gibi Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları konusunda ciddi tereddütlerin varlığından söz etmek mümkündür. Konuya ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Ancak finansman açıklarının da bulunduğu bir gerçektir. Konu detaylıca akademik çevrelerce incelenmeli ve bir çözüme gidilmelidir.

#### **2.4. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU**

Türkiye, gelişmekte olan ülkelerden birisi olarak, özellikle Avrupa Birliği'ne girmek üzere yaptığı çalışmalarla, birçok sektörde dev atılımlara imza atmaktadır. Bu sektörlerin başında da sağlık sektörü yer almaktadır. Özellikle son yıllarda sektörde özel kuruluşların hızlı yükselişi, devlete bağlı olan kurumlarda önemli etkiler göstermiş ve ülkemizde bu sektöre yapılan yatırımların artmasına ve sektörde

Avrupa Birliği standartlarına uygun yeni hastanelerin açılması, daha çok müşteri odaklı hizmetlerin verilmesi gibi bir takım gelişmeler görülmesine neden olmuştur (Şen, 2010, s.5).

Bir ülkedeki sağlık sektörünü tanımlamak için incelenmesi gereken birçok konu ve konuya ilişkin birçok boyut vardır. Bunlardan, bilimsel/teknolojik (tıbbi) boyut, yönetsel boyut ve politik boyut hem en önemlileri hem de en sık kullanılanlarıdır. Tıbbi boyut ülkeden ülkeye ya da uygulamadan uygulamaya göre farklılık göstermez, değişmez niteliktedir. Zira tıp bilimi ve uygulamaları evrenseldir (Akdur, 1998, ss.23-24). Burada önemli olan hizmetin sunumundaki kalitedir. Buradaki kalitenin değeri de hizmet sunumu yapan personelin bilgi, beceri ve teknoloji kullanım yetenekleri çerçevesinde farklılık göstermektedir. Ancak konunun özünde sağlık bilinci etkin rol oynamaktadır. Sağlık bilincinin temelinde insan ve insana verilen kıymet açığa çıkar. Zira bu noktada hem sağlık hizmeti talep edenlerin sağlıklarına önem vermeleri gerekir hem de sağlık hizmeti sunan kişilerin de sağlıkla ilgili dikkatli karar vermeleri ve bu doğrultuda uygulama yapmaları gerekmektedir. Toplamda bunlar da sağlık hizmetlerinin talep ve arzında kalite seviyesini arttıracaktır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin kalite standartları, özünde sağlık bilincine dayanmaktadır.

Küresel ve aynı zamanda yarı kamusal mal niteliğine sahip olan sağlık hizmetinin etkin düzeyde üretiminin sağlanması için yeni kurumsal düzenlemelerin yapılması ve finansman arayışlarının geliştirilmesi oldukça önemlidir (Ener ve Demircan, 2008, s.66).

Sağlık sektörünün tanımlanmasında sıkça kullanılan bir diğer boyut ise, yönetsel boyutun ülkeden ülkeye ve hizmet sunum biçiminden biçimine çok çeşitli görüntüleri var ise de aslında değişmemesi gerekliliğidir. Çünkü tıp bilimi gibi, yönetim biliminin de kuralları evrenseldir. Burada değişen, yalnızca bu kuralların bilinip bilinmemesi, bununda ötesinde bu kurallara uyulup uyulmaması konusudur. Bu kurallara uyulması halinde verimlilik artacak, aksi takdirde mevcut verimlilik de düşecektir. Bu durum özel veya kamu hizmet sunum biçimi için geçerli olduğu gibi her ülke ve her bölge için de geçerlidir (Akdur, 1998, ss.23-24).

Her ülkede ve hatta her bölge için yönetim farklılıkları gösterse de yönetim içinde mevcut kurallar politikayı belirler. Herhangi bir uygulama için mevcut kuralların belirlenmesi ve bu kurallara uyulması politikanın ya da uygulamanın devamı açısından önemlidir. Bu nedenle kurallara uyum sağlanması ve bu uyumun denetlenmesi gerekmektedir. Bu, tamamen uygulamanın gidişatını olumlu yönde etkileyecektir. Etkinlik ve kalitenin artışına katkıda bulunacaktır.

Özetle; ülkeden ülkeye ya da birimden birime değişen, yönetim biliminin kuralları değil yalnızca bu kurallara uyulup uyulmaması sonucunda verimlilik olgusu önem taşımaktadır. Sağlık sektörü uygulamalarında kullanılan politik boyut ise değişkendir. Ülkeden ülkeye, ülkenin bölgelerine ve hatta hizmet birimlerine göre değişiklik gösterir. Üstelik uygulanan politik boyut, diğer tüm değişkenlerden daha kuvvetli ölçüde etkileme alanına sahiptir. Bu nedenle de herhangi bir ülkedeki sağlık sektörünün yapılanmasını ve tanımlanmasını esas belirleyen boyut, sağlık politikasıdır (Akdur, 1998, ss.23-24). Sağlık politikası tüm uygulamalar ve yöntemler değerlendirilerek uygulamaya alınmalıdır. Sağlık politikası temeldir. Sağlık sektörünü olumlu ya da olumsuz değiştiren, geliştiren yine sağlık sektöründe uygulanan ya da uygulanması planlanan politikalar, sağlık politikalarıdır.

Sağlık politikası ve hizmet anlayışlarının, çeşitli ve çok olduğu kanısı yaygındır. Ancak genel olarak, iki temel anlayış hakimdir. Bunlardan birisi; sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı, doğuştan kazanılmış ve temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika sosyal devlet anlayışı gereği tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının da gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak önemser ve özümser. İkinci anlayış ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak görmektedir. Dolayısıyla sağlık hakkı toplumsal kural olarak ele alınmamalıdır. Bu anlayışa göre sağlık hakkı, piyasadaki sağlık hizmeti arz ve talebi neticesinde insanların kendi fırsatlarını değerlendirerek kullanmaları anlamına gelmektedir. Sağlık politikalarının oturduğu bu iki temel anlayış, sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi diğer tüm alt politika ve uygulamalarını da belirlemektedir (Akdur, 1998, ss.23-24). Tüm alt unsurlarla birlikte değerlendirilerek politikalar netleştirilmelidir.

Türkiye’de de sağlık sektörü ve sağlık politikaları incelenmeli, anlaşılmalı ve çözümlenmemiş konularda çalışılmalıdır. Bunun için ciddi zaman harcanmalıdır. Daha sağlıklı politikaların uygulanması için temel kurallar oluşturulmalı ve bu kurallar dahilinde denetimler yapılmalıdır. Sağlık sektörü bu uygulama kapsamlarıyla geliştirilmelidir.

Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin temel esaslarını bilmek önem kazanmaktadır. Kaldı ki bu esaslara göre sağlık politikalarının belirlenmesi faydalı olacaktır. Sağlık Bakanlığı’nın 15.05.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na göre sağlık hizmetlerinin temel esasları belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin temel esasları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Sağlık kurum ve kuruluşları eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık Bakanlığı’nca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşleri alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık Bakanlığı ilgili bakanlığın uygun görmesi halinde, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir. Ardından bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

- Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke içinde dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık Bakanlığı’nca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık Bakanlığı’nca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık Bakanlığı’nca tespit ve ilan edilir.

İlgili düzenleme gereğinin aksi bir uygulamasını hayata geçirilmesi halinde talep edilen sağlık hizmetinde eksiklikler gündeme gelecektir. Bu bahsedilen sebeple kalite standartlarını düşürecektir. Bu anlamda sağlık kurum ve kuruluşlarının yanında sağlık personelinin de ihtiyaca istinaden dengeli bir şekilde dağılımın gerçekleştirilmesi önemle ve titizlikle üzerinde durulması gereken bir uygulamadır.

- Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç tutulmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar. Burada sosyal güvenlik kuruluşlarının önemi ortaya çıkmaktadır. Ancak kişilerin mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarını seçme hakları bakidir. Son dönem uygulamalarda ise tüm sağlık güvenlik kuruluşları tek bir çatı altına alınmıştır. Zira bu yeni uygulamayla hastaların güvenlik kuruluşlarına göre ayrılması önlenmiş olacaktır.

- Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır. Böylece muhtemel hatalar da minimize edilecektir.

- Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sayede hastaların veri tabanları hazırlanmış olacaktır. Kişilerin sağlık sistemleri kayıt altında alınır, dolayısıyla bu sistem de tedavi sürecini etkileyecektir. Sağlık bilgilerinin kayıt altında olması, hastanın kendi sağlığını kontrol etmesinde ve bu süreçte olası insan kusuru minimize edilmiş olacaktır.

- Sağlık Bakanlığı; sağlık personelinin ve yardımcı sağlık personelinin yurt içinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet önce verilir ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim verilir. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkanlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık Bakanlığı'nca çıkartılacak yönetmelikle tespit edilir.

- Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

- Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

- Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamulleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolüne, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

## 2.5. SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Tüm dünyada hükümetler sağlık sektöründe büyük yatırımlar yapma gereği ile karşı karşıyadır. Mevcut birçok hastane ve diğer sağlık tesisleri modern sağlık bakım hizmeti vermek için uygun değildir. Artan finansal ihtiyaçlarla başa çıkabilmek tüm dünya yönetimlerini sağlık sektörü için imtiyaz uygulamaları ile ilgilenmek zorunda bırakmıştır. İmtiyazlar İngiltere yönetim politikasında, Ulusal Sağlık Hizmetleri için sermaye programında merkez rol oynayan bir seçenek olmuştur (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.101).

KÖO çerçevesinde özel bir firmanın bir kamu hastanesi inşa etmesi, sahip olması ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hastanesinin özel yönetimi, bir özel firmanın yeni bir kamu hastanesi kurması ve sonra tekrar hükümete kiralaması gibi uygulamalara da yer verilmektedir. Avustralya'da özel firmalar tarafından işletilen kamu hastanelerinde sermaye maliyetlerinin kamu sektöründeki

hastaneler ile kıyaslandığında %20 daha düştüğü ve hükümet tarafından işletilen hastanelere göre klinik hizmetlerini daha ucuza sunduğu görülmüştür (Yescombe, 2007, s.64).

Brezilya’da hükümet tarafından kurulan ve finanse edilen 12 yeni hastane özel firmalarla yapılan sözleşmelerle özel firmalara devredilmiştir. Hükümet bu uygulama ile hastanelerin verimliliğini ve kalitesini yükseltmeyi amaçlamıştır. Avrupa ülkelerinden ise kamu-özel ortaklığına örnekler İsveç ve İngiltere’den gelmektedir. İsveç’te bir özel hizmet sunucusuna 240 yataklı bir kamu hastanesi kiraya verilmiş ve işletme maliyetlerinde %30 tasarruf sağlanmıştır. İngiltere’de son 20 yılda birçok kamu hastanesinin finansmanı, inşası ve yönetiminde kamu-özel ortaklığı kullanılmıştır. Bu program altında çamaşırhane, güvenlik, temizlik, park ve yemek gibi tıbbi olmayan hizmetlerin sağlanması için özel firmalarla sözleşmeler yapılmıştır. İngiltere’de hükümeti 2007’ye kadar 155 adet hastane projesi için 8.5 milyar pound harcamıştır. Bu projelerin devamı olarak 15.5. milyar pound harcanması planlanan KÖO hastane programı bulunmaktadır. Bu program için harcanan paranın 2014’e kadar 90 milyar poundu bulması beklenmektedir (Shaoul ve diğerleri, 2008, s.451).

KÖO hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin kontrol edilmesi için güçlü bir araç olmasına karşın, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ulaşım, finansman, dikey ve yatay hastane birleşmeleri ile hastaneler arasındaki rekabet olgusuna dikkat etmesi gerekmektedir. KÖO kamu hastanelerinin klinik olmayan hizmetleri, klinik destek hizmetleri, spesifik klinik hizmetleri dışardan (özel firmalardan) satın alması şeklinde olabilir. Ayrıca KÖO kamu hastanesinin özel yönetimi; yeni bir kamu hastanesinin özel firma tarafından finansmanı, inşaa edilmesi ve tekrar kamuya kiralanması; kamu hastanesinin özel firmaya satımı (özel firma, tesisi yine hastane olarak işletmelidir) ve alternatif kullanım için kamu hastanesinin özel firmaya satımı şeklinde uygulamalara yer verilebilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.1-2; Yescombe, 2007, s.43). Londra’da West Middlesex Hastanesi vakası kamu sektörü için ödenen paranın karşılığının alındığı imtiyaz projelerine iyi bir örnektir (Bult- Spiering ve Dewulf, 2006, s.25).

## 2.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ UYGULAMALARI

Türkiye’de sağlık sistemi üzerine giderek artan gelişmeler söz konusudur. Yeni getirilen düzenlemeler konusunda çeşitli tartışmalar yaşanmaktadır. Ancak bilindiği gibi Türkiye sosyal devlet olma ilkesini benimsemiştir. Bu çerçevede toplumun temel ihtiyaçlarını karşılamak birincil görevidir. Bu ihtiyaçların başında sağlık hizmeti talebi gelmektedir.

Konuya ilişkin değerlendirmeler yapılırken halkın hizmet talebini ve bu talep çerçevesinde eğitim seviyelerini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Eğitim, kişilerin bu konu da dahil olmak üzere birçok konudaki görüş ve beklentilerini geliştirmektedir. Dolayısıyla eğitim sağlık hizmeti taleplerinde de rasyonelliği getirecektir. Bunun yanında Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olarak bilinmektedir. Yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla bireyler sağlık konusunun üzerinde önemle durmaktadır.

1980 yıllarında özelleştirmeye birçok uygulama denenmiştir. Ancak son dönemde sağlık sektörü, finansman sorunları nedeniyle Kamu Özel Ortaklığı uygulaması üzerinde durmaktadır. Konuya ilişkin çeşitli görüşler mevcuttur. Ancak konu bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

1980 yıllarında Türkiye ekonomik açıdan çok büyük sıkıntılar yaşamıştır. Dönemin hükümetleri tarafından bazı temel hizmetleri sunabilmek için farklı yöntemler denenmiş ancak bu yöntemler genelde özelleştirme temelli olmuştur. Ancak son dönemlerde gelişen piyasa koşulları ve ekonomide canlılık, gelişen piyasalara paralel gelişen bir Türkiye’ nin var olduğu düşünülürse, Türkiye’ nin büyük projeler üretmesi gerekecektir. Ülkenin finansman kaynaklarını değerlendirmek ve bu kaynakları başka yatırımlarda değerlendirmek adına sağlık hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı uygulaması üzerinde sıklıkla durulmaktadır.

1980’li yıllarda özelleştirmeye beraber birçok uygulama denenmiştir. Son dönemde sağlık sektöründe büyük bütçeli projelerin, finansman sorunları nedeniyle Kamu Özel Ortaklığı uygulaması ile hayata geçirilmesi üzerinde durulmaktadır.

Türkiye’de 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık hizmetlerin kalitesi, niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde atılan ilk ciddi adım olarak görülebilir. Daha sonra 1988 yılında Numune Hastanesi ile başlayan sağlık sektöründe dış finansman kaynaklarından faydalanma uygulamaları, 1999 Anayasa değişikliği sonrasında uygulama alanı bulmaya başlamıştır (Büber, 2010, ss.238- 239; Karasu, 2011, ss.173-174). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ nin yöntemlerinden biri olan Yap-İşlet-Devret Modeli 2005 yılında yapılan değişikliklerle birlikte sağlık sistemi projelerinde de uygulanmaya başlamıştır (Yılmaz, <http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye%20Kamu%20C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortakl%C4%B1C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf>, Erişim: 4.5.2015). 2003 yılı ve sonrasında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde hayata geçirilen sağlıkta reform niteliğinde düzenlemelerle birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet ihaleleri yoluyla özel sektörden temin edilmesi yöntemi uygulamaya konulmaya başlanmıştır (Akdağ, 2010, s.5).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Model’inin yöntemlerinden olan Yap İşlet Devret Modeli 2005 yılındaki değişikliklerle beraber Sağlık Sistemi içine girmiş ve uygulanmaya başlamıştır (Yılmaz, <http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye%20Kamu%20C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortakl%C4%B1C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf>, Erişim: 4.5.2015).

Kamu-Özel Ortaklığı Modeli uygulamasına ilişkin uygulanması beklenen işleri şöyle sıralayabiliriz (Karasu, 2011, s.185):

1. Özel sektöre kira bedelinin ödenmesi karşılığında yeni sağlık tesisi yapımına başlanması,
2. Sağlık tesislerinin ve tesislere bağlı hizmet binalarının bakımı, onarımı ve restorasyonu ile ilgili işler ve işlemler,
3. Tıbbi destek hizmetlerinin özel sektör tarafından belirli bir bedel karşılığı sunulması,
4. Tıbbi hizmetler dışında kalan diğer kamu hizmet sunumlarının da gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik, yemekhane... v.b.),

5. Sağlık tesislerindeki gerek duyulan tüm tıbbi ekipmanların hazırlanmasıdır. Türkiye’de tıbbi hizmet uygulamaları Kamu Özel Ortaklığı projeleri dışında bırakılmıştır. Tıbbi hizmetler bizzat devlet eliyle yürütülmek zorundadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayımlanan araştırma raporu sonucuna göre Türkiye’ de tıbbi hizmetlerin % 5’inin hizmet satın alımı yolu ile piyasadan sağlandığı belirtilmiştir (Akdağ, 2010, s.30). Sağlık Bakanlığı sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile uygulamalara başlayacaktır.

Bakanlık 22 farklı ilde hayata geçireceği 29 büyük proje ile devlet hastaneleri ile ilgili geçmişten bugüne vatandaşlarda oluşmuş tüm ön yargıları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Türkiye’de ilk kez uygulanacak olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hazinenin kasasından tek kuruş bile alınmadan yapılması planlanan büyük projeleri içeren son derece modern sağlık tesislerinin inşa edilmesi planlanmaktadır (<http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler>,Erişim, 25 Ocak 2014).

Son yıllarda uygulanan Sağlıkta Dönüşüm projesinde ve uluslararası kuruluşların Türk Sağlık Sistemi’ ne ilişkin yayımladıkları raporlarda Sağlık Bakanlığı’na bir rol biçmişlerdir. Bu rol; sağlıkta uygulanan politikaları ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleyen ve denetimlerini sağlayan bir çeşit planlama- düzenleme ve denetleme görevidir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s.26; TÜSİAD, 2005, s.40). Böylece devlet hem kendi mekanizmasında hem de özel sektör üzerindeki otoritesini arttırarak imtiyazı kendi elinde tutacaktır.

## **2.7. ŞEHİR HASTANELERİ VE ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ**

Entegre Sağlık Kampüsleri veya Şehir Hastaneleri Türkiye’ de geçmişte yaşanmış sağlık problemlerinin çözüme kavuşturulması amacıyla Kamu-Özel Ortaklığı Modeliyle oluşturulmuş çok büyük finansman kaynağı gerektiren projelerdir. Daha konforlu sağlık tesisleri ile hastalara daha kaliteli ve nitelikli hizmet sunmak bu modelin tercih edilmesinde temel amaçtır. Yatak sayılarının maksimum düzeye çıkarılması (45 bin civarında nitelikli yatak) ve hasta yakınlarının/refakatçilerin rahat edebileceği 5 yıldızlı otel konforunda odalarda rahatlığın sağlanması amaçlanmıştır. Dal hastanelerinin uzmanlaşmayı arttıracığı

göz önüne alınırsa ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri' nin de planlanması sağlık hizmetlerinin sunumu açısından çok büyük kazanım olacaktır.

Ayrıca Entegre Sağlık Kampüsleri bünyesinde bulunan öğelere bakacak olursak: Mesela ileri teknolojiye sahip laboratuvarlar, üst düzey araştırma merkezleri, sağlıkla ilgili teknoparklar teknolojik açıdan sektörü çok rahatlatacaktır. Çok amaçlı sosyal tesisler, konaklama imkanları (otel ve medikal oteller), alışveriş merkezi gibi yapılar, hasta ve yakınlarının faydalanabileceği çok gerekli yatırımlardır.

Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczane ve depolar, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark ve peyzaj alanları gibi öğeler de bu kampüslerin içerisinde bulunması sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyetini optimal düzeye çıkaracaktır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s.44). Görüldüğü gibi özel sektör bu projelerde sağlık hizmetinin sunucusu değil daha çok tasarım, finansman ve tesislerin inşası noktasında varken, devlet sağlık hizmet sunucusu olacaktır. Dolayısıyla devlet özel sektörle birlikte üstlendiği projelerde sadece hekimlik hizmetlerini verecek, hekimlik dışında kalan tüm hizmetler ise özel sektör tarafından karşılanacaktır (Yücel, 2009: s.y). Kamu Özel Ortaklığı Modeli yöntemi ile Türkiye' de gerçekleştirilen ilk uygulama, Kayseri Ayrıca Entegre Sağlık Kampüsleri bünyesinde bulunan öğelere bakacak olursak: Mesela ileri teknolojiye sahip laboratuvarlar, üst düzey araştırma merkezleri, sağlıkla ilgili teknoparklar teknolojik açıdan sektörü çok rahatlatacaktır. Çok amaçlı sosyal tesisler, konaklama imkanları (otel ve medikal oteller), alışveriş merkezi gibi yapılar, hasta ve yakınlarının faydalanabileceği çok gerekli yatırımlardır. Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczane ve depolar, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark ve peyzaj alanları gibi öğeler de bu kampüslerin içerisinde bulunması sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyetini optimal düzeye çıkaracaktır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s.44). Görüldüğü gibi özel sektör bu projelerde sağlık hizmetinin sunucusu değil daha çok tasarım, finansman ve tesislerin inşası noktasında varken, devlet sağlık hizmet sunucusu olacaktır. Dolayısıyla devlet özel sektörle birlikte üstlendiği projelerde sadece hekimlik hizmetlerini verecek, hekimlik dışında kalan tüm hizmetler ise özel sektör tarafından karşılanacaktır (Yücel, 2009: s.y). Kamu Özel Ortaklığı Modeli yöntemi ile

Türkiye’de gerçekleştirilen ilk uygulama, Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü’ nün yapımı ve işletilmesi olmuştur.

21.02.2013 tarihli Resmi gazetede yayınlanan 6428 nolu “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile hukuki zemini oluşturulan ve Sağlık Bakanlığı’ nın Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütölmekte olan Şehir Hastaneleri “Entegre Sağlık Kampüsleri” projelerine bakacak olursak (<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/ana-sayfa>, Erişim, 16 Ocak 2014):

21.02.2013 tarihli Resmi gazetede yayınlanan 6428 nolu “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile hukuki zemini oluşturulan ve Sağlık Bakanlığı’ nın Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütölmekte olan Şehir Hastaneleri “Entegre Sağlık Kampüsleri” projelerine bakacak olursak (<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/ana-sayfa>, Erişim, 16 Ocak 2014). Ayrıca Entegre Sağlık Kampüsleri bünyesinde bulunan ögelere bakacak olursak: Mesela ileri teknolojiye sahip laboratuvarlar, üst düzey araştırma merkezleri, sağlıkla ilgili teknoparklar teknolojik açıdan sektörü çok rahatlatacaktır. Çok amaçlı sosyal tesisler, konaklama imkanları (otel ve medikal oteller), alışveriş merkezi gibi yapılar, hasta ve yakınlarının faydalanabileceği çok gerekli yatırımlardır. Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczane ve depolar, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark ve peyzaj alanları gibi ögeler de bu kampüslerin içerisinde bulunması sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyetini optimal düzeye çıkaracaktır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s.44). Görüldüğü gibi özel sektör bu projelerde sağlık hizmetinin sunucusu değil daha çok tasarım, finansman ve tesislerin inşası noktasında varken, devlet sağlık hizmet sunucusu olacaktır. Dolayısıyla devlet özel sektörle birlikte üstlendiği projelerde sadece hekimlik hizmetlerini verecek, hekimlik dışında kalan tüm hizmetler ise özel sektör tarafından karşılanacaktır (Yücel, 2009, s.y). Kamu Özel Ortaklığı Modeli yöntemi ile Türkiye’ de gerçekleştirilen ilk uygulama, Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü’ nün yapımı ve

işletilmesi olmuştur. 21.02.2013 tarihli Resmi gazetede yayınlanan 6428 nolu “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile hukuki zemini oluşturulan ve Sağlık Bakanlığı’ nın Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütölmekte olan Şehir Hastaneleri “Entegre Sağlık Kampüsleri” projelerine bakacak olursak (<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/ana-sayfa>, Erişim, 16 Ocak 2016):

#### **İhalesi Tamamlanmış Olan Projeler;**

–*Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü (3660 Yatak):* Bu Yatırım Projesi; 580 yataktan oluşan Bölge Hastanesi, 425 yataktan oluşan Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 412 yataktan oluşan Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, 574 yataktan oluşan Kadın Doğum Hastanesi, 514 yataktan oluşan Çocuk Hastanesi, 557 yataktan oluşan Onkoloji Hastanesi, 300 yataktan oluşan Rehabilitasyon Hastanesi, 198 yataktan oluşan Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataktan oluşan Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi’nden oluşmaktadır.

–*Ankara Etilik Entegre Sağlık Kampüsü (3566 Yatak):* Bu Yatırım Projesi; 718 yataktan oluşan Bölge Hastanesi, 362 yataktan oluşan Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 478 yataktan oluşan Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, 500 yataktan oluşan Kadın Doğum Hastanesi, 508 yataktan oluşan Çocuk Hastanesi, 494 yataktan oluşan Onkoloji Hastanesi, 300 yataktan oluşan Rehabilitasyon Hastanesi, 106 yataktan oluşan Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataktan oluşan Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi’nden oluşmaktadır.

–*Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü (1584 Yatak):* Bu Yatırım Projesi; 900 yataklı Genel Hastane, 258 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 126 yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1584 yataklı bir sağlık kompleksi projesidir.

–*İstanbul Başakşehir İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü (2682 Yatak):* Bu Yatırım Projesi; 441 yataklı Bölge Hastanesi, 359 yataklı Onkoloji Hastanesi, 451 yataklı Çocuk Hastanesi, 451 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 303 yataklı Kalp

Damar Hastalıkları Hastanesi, 347 yataklı Nörolojik ve Ortopedik Bilimler Hastanesi, 128 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 2680 yataklı Entegre Sağlık Kompleksinin tasarımı, inşaatı, tefrişatı, tıbbi ekipmanın temini, tıbbi hizmet dışındaki hizmet ve alanların işletilmesini kapsamaktadır.

–**Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi (475 Yatak):** Bu Yatırım Proje; 475 yataklı Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yozgat İli, Merkez Yukarı Nohutlu, II. Mıntıka Mahallesinde bulunan 82 ada, 106 parsel üzerinde yapılması planlanmıştır. Projedeki yatak dağılımı ihtiyaç programına göre revize edilmiştir.

–**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu:** Proje; bir adet Tüketici Güvenliği Referans Laboratuvar Binası, iki adet Enfeksiyon Hastalıkları Referans Laboratuvar Binaları, iki adet İlaç ve Tıbbi Cihaz Analiz ve Kontrol Laboratuvar Binaları, bir adet Biyogüvenlik Seviye 3 (BSL-3-P3) ve Biyogüvenlik Seviye 4 (BSL-4-P4) üniteleri içeren Araştırma ve Referans Laboratuvar Binası, bir adet Deney Hayvanları Üretim, Test ve Araştırma Binası, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İdari Binası, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İdari Binası, Veri Merkezi, Sosyal Tesis ve Teknik Tesislerden oluşan bir Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

–**Adana Şehir Hastanesi (1550 Yatak):** Proje; 584 yataklı Bölge Hastanesi, 182 yataklı Onkoloji Hastanesi, 349 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 185 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1550 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

–**Elazığ Sağlık Yerleşkesi (1040 Yatak):** Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü, 495 yataklı Bölge Hastanesi, 299 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 96 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 150 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1040 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

–**Gaziantep Sağlık Yerleşkesi (1875 Yatak):** Proje; 636 yataklı Bölge Hastanesi, 174 yataklı Onkoloji Hastanesi, 498 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 205 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 112 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1875 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

–**Manisa Sağlık Yerleşkesi (560 Yatak):** 558 yataklı Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi Manisa İli, Merkez İlçesi, Y.Çobanisa Mahallesinde bulunan 3582 ada, 4 parsel üzerinde yapılması planlanmıştır.

–**Mersin Sağlık Yerleşkesi (1250 Yatak):** Proje; 464 Yataklı Bölge Hastanesi, 169 Yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, 138 Yataklı Onkoloji Hastanesi, 383 Yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 96 Yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1250 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

–**İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 Yatak):** Proje; kapsamında 583 yataklı Genel Hastane, 424 yataklı Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları Hastanesi, 380 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi, 141 yataklı Onkoloji Hastanesi, 300 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 132 yataklı Psikiyatri hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 2.060 yataklı bir entegre sağlık kampüsünün yapımı planlanmaktadır.

–**Isparta Sağlık Yerleşkesi (755 Yatak):** Proje; 450 yataklı Genel Hastane ve 305 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplam 755 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

–**Kocaeli Sağlık Yerleşkesi (1180 Yatak):** Projedeki yatak dağılımı ihtiyaç programına göre revize edilmiştir.

–**Konya Sağlık Yerleşkesi (838 Yatak):** 838 yataklı Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü Konya İli, Karatay İlçesi, Çayır Mahallesinde bulunan 2310 ada, 42 parsel üzerinde yapılması planlanmıştır.

–**Bursa Şehir Hastanesi (1355 Yatak):** Projedeki yatak dağılımı ihtiyaç programına göre revize edilmiştir.

–**Eskişehir Şehir Hastanesi (1081 Yatak):** Proje; 715 yataklı Genel Hastane, 127 yataklı Onkoloji Hastanesi, 139 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1.081 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

–**FTR ve YGAP Paketi (2400 Yatak):** Projedeki yatak dağılımı ihtiyaç programına göre revize edilmiştir.

İller	FTR	Psikiyatri	YGAP
1 Afyon	150		
2 Diyarbakır	150	200	100
3 Erzurum	150		100
4 İstanbul-Bakırköy		400	200
5 Malatya	150		
6 Samsun	150		100
7 Trabzon			100
8 Van	150	200	100
Toplam	900	800	700
Genel Toplam	2400		

#### **Karar Aşamasında Olan Projeler;**

–**Tekirdağ Şehir Hastanesi (480 Yatak):** Proje; 401 yataklı Genel Hastane, 18 yataklı Yanık Hastanesi, 7 yataklı LDR Hastanesi, 14 yataklı Yeni Doğan Yoğun Bakım olmak üzere toplam 480 yataklı Sağlık Yerleşkesi yatırımını kapsamaktadır.

–**Şanlıurfa Şehir Hastanesi (1700 Yatak):** Proje; 520 yataklı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 600 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk, 200 yataklı Kalp Damar, 200 yataklı Onkoloji, 100 yataklı Rehabilitasyon ve 80 yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1.700 yataklı Sağlık Yerleşkesi yatırımını kapsamaktadır.

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

–**Samsun Şehir Hastanesi (900 Yatak):** Proje; 400 yataklı Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları, 300 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi ve Göğüs Hastalıkları ve 200 yataklı Onkoloji Hastanesi olmak üzere toplam 900 yataklı Sağlık Yerleşkesi yatırımını kapsamaktadır.

–**Denizli Şehir Hastanesi (1000 Yatak):** Proje; 420 yataklı Genel Hastane, 300 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 100 yataklı KVC Hastanesi, 80 yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1.000 yataklı Sağlık Yerleşkesi yatırımını kapsamaktadır.

–**Kütahya Devlet Hastanesi (600 Yatak)**: Proje; 500 yataklı Devlet Hastanesi ve 100 yataklı Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 600 yataklı Sağlık Yerleşkesi yatırımını kapsamaktadır.

***İhale Hazırlık Süreci Devam Eden Projeler;***

–İzmir Yenişehir (Tepecik) Şehir Hastanesi (1200 Yatak)

–Aydın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi (150 Yatak)

***Yüksek Planlama Kurulunda Onay Bekleyen Projeler;***

–İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (3800 Yatak)

–Antalya Şehir Hastanesi (1000 Yatak)

–Diyarbakır Kayapınar Hastanesi (750 Yatak)

–Diyarbakır Yenişehir Şehir Hastanesi (705 Yatak)

–Aydın Şehir Hastanesi (800 Yatak)

–Ordu Şehir Hastanesi (600 Yatak)

–Kahramanmaraş Devlet Hastanesi (500 Yatak)

–Bartın Devlet Hastanesi (400 Yatak)

***Ön Fizibilite Çalışması Devam Eden Projeler;***

–Trabzon Şehir Hastanesi (600 Yatak) (<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/ana-sayfa>, Erişim, 16 Ocak 2016):

Yukarıda görüldüğü gibi çok büyük bütçe gerektiren yatırımlar planlanmıştır. Mesela Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü projesi, Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) yatırım-finansman modeli ile gerçekleştirilecek ve projenin yatırım dönemi 3 yıl olacak, aynı zamanda işletme dönemi 25 yıldır.

Kamu-Özel Ortaklığı kapsamında 15 şehir hastanesi bir kamu sağlığı merkezi için ihalesi daha önce tamamlanan müteahhit firmalarla İstanbul'da 15.73 milyar Türk Lirası değerinde bir anlaşma, 12 Eylül 2013 tarihinde imzalandı. Böylece Türkiye' nin hatta Avrupa ve Dünyanın en büyük Kamu-özel Ortaklığı projelerinden biri imzalanmış oldu.

Kamu-Özel Ortaklığı modelleri başlangıçta, ülkelerin altyapı yatırımlarının karşılanması için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak üzere kullanılmakla birlikte, günümüzde özel teşebbüsün verimli işletmecilik becerilerinden yararlanabilmek için de kamuya bazı fırsatlar sunmaktadır. Örneğin; kamu yatırımlarının koordinasyonu,

genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlarda odaklaşma sağlayabilir. Avrupa Komisyonu, Kamu-Özel Ortaklığı modelinin sunduğu daha düşük ömür boyu proje maliyeti, daha etkin risk dağılımı, yatırımların gerçekleşme hızında artış, artan hizmet kalitesi ve beklentisi, kaynakların kullanımında etkinlik, yeni gelir kaynaklarının yaratılması, daha etkin kamu yönetimi anlayışı gibi sağladığı avantajları dikkate alarak Kamu-Özel Ortaklığı uygulamalarına bazı temel misyonlar yüklemektedir. Bunlar; ek finansman kaynağı sağlama, alternatif yönetim ve uygulama becerileri geliştirme, tüketiciye ve toplumun geneline daha yüksek katma değer sağlama, ihtiyaçların daha doğru şekilde belirlenmesini ve kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlama olarak özetlenebilir(Uz, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XI, Sa.1-2, Y.2007).

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ**

#### **(BURSA İLİ ÖRNEĞİ)**

### **3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ**

#### **(BURSA İLİ ÖRNEĞİ)**

Sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün ortaklığına dayalı kamu-özel ortaklığı (KÖO) yöntemi Türk sağlık sektöründe de uygulanmaya başlamıştır. Son yıllarda Türkiye sağlık sektörü büyük bir değişim göstermekte ve giderek artan şekilde KÖO'nu kullanmaktadır. Bu kapsamda çalışma Türkiye sağlık sektörü politikalarında yaşanan bu değişime odaklanmıştır.

Türkiye'de yeni finansman modeli olan KÖO bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. KÖO Modeli konusunda Türkiye'de sağlık sektöründe bu konuyla ilgili çalışmanın yetersizliği dikkatimizi çekmiştir. Bu nedenle sağlık sektöründe KÖO Modeli uygulaması konusunda çalışılmıştır. Öncelikle KÖO Modeli'nin kavramsal çerçevesi çizilmiştir. Daha sonra KÖO Modeli uygulamasına dair Türkiye'de oluşturulan çerçeve ortaya konmuştur. KÖO kapsamında uygulamaları bulunan kimi ülkelere de yer verilmiştir. Türkiye'de sağlık sektörü konusunda güncel bilgi ve veriler aktarılmaya çalışılmıştır.

#### **3.1.1. Araştırmanın amacı**

Sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün ortaklığına dayalı kamu-özel ortaklığı yöntemi Türk sağlık sektöründe 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır. Son yıllarda Türkiye sağlık sektörü büyük bir değişim göstermekte ve giderek artan şekilde KÖO'nu kullanmaktadır. Bu kapsamda çalışma Türkiye sağlık sektörü politikalarında yaşanan bu değişime odaklanmıştır. Çalışmada Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmaktadır.

Yarı kamusal mal ve hizmet kapsamında ele alınan sağlık hizmetlerinin etkin kullanımının sağlanması açısından uygulanması önerilen KÖO Modeli konusunda detaylı bir çalışma yapılması hedeflenmiştir. Çalışma bu hedef doğrultusunda hazırlanmıştır.

Çalışmada; Türkiye’de Sağlık Sektöründe KÖO Modeli’nin uygulanabilirliği irdelenmiş, Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmaktadır.

### 3.1.2. Problem ve alt problemler

Araştırmanın problem cümlesi:

“Türkiye’de sağlık sektöründe alt yapı finansman yöntemi olarak kamu-özel politikasının uygulanabilirliği konusunda Bursa ili kamu hastaneleri çalışanlarının görüşleri arasında bulunan farklılıkları tespit etmek.”

### 3.1.3. Hipotez

Araştırmanın amaçlarına göre aşağıdaki hipotezlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır:

**H<sub>1</sub>:** KÖO ölçeğine verilen cevaplar arasında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**H<sub>2</sub>:** KÖO ölçeğine verilen cevaplar cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

**H<sub>3</sub>:** KÖO verilen cevaplarda öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**H<sub>4</sub>:** KÖO verilen cevaplar görev/unvan değişkenine göre farklılık göstermektedir.

**H<sub>5</sub>:** KÖO verilen cevaplar mesleki çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

### 3.1.4. Sayıtlar

Araştırmamızın evreni temsil eden Bursa ili kamu hastaneleri çalışanlarının sorulara içten ve doğru cevap verdiği kabul edilmiştir.

Anket çalışması, tamamen gönüllülük esasına dayandırılarak yapılmıştır. Zira anket uygulamasında hiçbir baskı söz konusu değildir. Bu nedenle sorular da objektif kriterler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Anket uygulaması kapsamı dahilinde hedef kitle, sağlık hizmeti sunan tüm sağlık personeli olarak belirlenmiştir. Bu nedenle anket sorularının, katılımcıların zamanını çok almayacak şekilde düzenlenmesine titizlik gösterilmiştir.

Yine katılımcıların soruları yanıtlarken tamamen rahat olması için hiç bir şekilde gönüllü katılımcıların adları, soyadları, unvanları, adresleri veya imzaları alınmamıştır. Buradaki amacımız katılımcıların hiçbir baskı altında kalmadan anket uygulamasına katılımlarını sağlamak ve objektif sonuçlara ulaşmaktır.

### 3.1.5. Sınırlılıklar

Araştırma Bursa ili kamu hastanelerin çalışan tüm sağlık çalışanlarının görüşleri ile sınırlı tutulmuştur. Anket bizzat ve yüz yüze uygulandığından, genel anlamda tüm sağlık kurumlarında görev yapan personele (izin, rapor vb.) gibi nedenlerden dolayı ulaşmak zaman kaybına neden olmaktadır. Bazı çalışanlar ile yüz yüze görüşme mümkün olmadığından sağlıklı veri almak da mümkün olmamaktadır.

Araştırma maddi olanaksızlıklar ve zaman kısıtlılığından dolayı sadece Bursa ilinde yapılmıştır. Araştırma sonuçları Türkiye geneline yansıtılamaz.

## 3.2. MODEL, EVREN, ÖRNEKLEM, VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN ANALİZİ

### 3.2.1. Model

Bu araştırma questionare (anket) ve gözlem modeline dayalıdır.

### 3.2.2. Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini Bursa ili kamu hastanelerinde çalışan 6713 personel oluşturmaktadır. Bu araştırmanın örneklemini 814 sağlık çalışanından oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısının, örneklem belirleme formülü kullanılarak  $(n=(z.\sigma)^2/(e^2 + (z.\sigma)^2/N) = (1,96 \times 0,50)^2/0,05^2 + (1,96 \times 0,50)^2 / 6713 = 364$  olacağı hesaplanmıştır (Özdamar, 2003, s.116). Örneklem seçimine gidilmeden hastanelerdeki tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak 814 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Sonuç olarak araştırma bulgularının %95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile büyük ölçüde genellenebileceği söylenebilir.

### 3.2.3. Veri toplama araçları

Araştırma da veri kaynağı olarak anket tekniğinden yararlanılacaktır. Ankette yer alan sorular literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanmaya çalışılacaktır. Soruların anlaşılır ve kısa olmasına özen gösterilecektir. Böylece personelin fazla zamanlarını almadan samimi cevaplar vermeleri sağlanmaya çalışılacaktır.

KÖO anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çalışanların demografik bilgilerine yönelik 6 soru ikinci bölümde ise KÖO algılarına yönelik 30, toplamda 36 sorudan oluşmaktadır.

Seçenekler 5 aşamalı likert tipi bir ölçektir. Kullanılan ifadeler: Kesinlikle Katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), ve Kesinlikle Katılmıyorum (1) olarak puanlanmıştır. Sonuçlar bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde ki- kare testi ve yüzdellik hesaplaması yapılmış,  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızın ölçeği için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin cronbach alpha değeri  $\alpha = 0.955$  olarak saptanmıştır.

### 3.2.4. Verilerin analizi

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS 21,0 programı ile değerlendirilerek analiz edilmiştir. Ayrıca araştırma amaçlarını test etmek için tanımlayıcı istatistikler (frekans, aritmetik ortalama, yüzdelik dağılım, standart sapma)'den yararlanılmıştır.

### 3.3. BULGULAR VE YORUMLARI

Aşağıda araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

**Tablo 1:** Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		<i>Örneklem Sayısı(n)</i>	<i>%</i>
<b>Yaş</b>	26-35	219	27
	36-45	414	50.9
	46-55	168	20.7
	56-65	13	1.4
<b>Cinsiyet</b>	Bay	543	66.7
	Bayan	271	33.3
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	113	13,8
	Lise	285	35.1
	Üniversite	228	28
	Yüksek Lisans	110	13,5
	Doktora	78	9,6
<b>Görev/Unvan</b>	Doktor	103	13.2
	Hemşire	287	35.2
	Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	96	11.8
	Yönetici	123	15.1
	Memur	205	24.7
<b>Mesleki Çalışma Süresi</b>	0- 5	322	39.6
	6-10	243	29.9
	11-15	94	11.55
	16-20	61	7.5
	20 üzeri	94	11.55
<b>Hastane Türü</b>	Devlet Hastanesi	314	38,57
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	274	33,66
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	226	27,77

Tablo 1'e göre çalışanlarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde araştırmaya katılan çalışanların; 543'ü erkek (%66,7), 271'i bayandır (%33,3). Katılımcıların %27'si, 26-35 yaş aralığında (n=219), %50,9'ı 36-45 yaş aralığında (n=414), %20,7'si 46-55 yaş aralığında (n=168), %1,4'ü, ise 56-65 (n=13) yaş aralığında. Katılımcıların 36-45 yaş grubu ile 26-35 yaş gurubu aralığında yoğunlaştığı görülmüştür.

Çalışanlar eğitim durumlarına incelendiğinde ise; 285'i lise mezunu (%35,1), 228'i üniversite mezunu (%28), 110'u yüksek lisans (%13,5), 78'i doktora (%9,6) Çalışanlar görev/ünvana göre incelendiğinde; 103 doktor (%13,2), 287 hemşire (%35,2), 96 sağlık personeli (%11,8), 123 yönetici (%15,1), 205 memur (%24,7), görülmektedir.

Çalışanlar mesleki çalışma süresine göre incelendiğinde ise; %69,5'i 0-10 yıl tecrübeye sahipken, geri kalan %30,5'lik kesim ise 10 yıldan fazla tecrübeye sahiptir. Çalışanlar arasında en büyük kesimi 5 yıl ve altı tecrübeye sahip, tecrübesiz kabul edilebilecek çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni Bursa ili kamu hastanelerinde çalışan personel oluşturduğundan çalışanların tamamı devlet hastanesinde çalışmaktadır.

**Tablo 2:** Katılımcıların KÖO Ölçeğine İlişkin Betimsel İstatistikleri

	<i>n</i>	$(\bar{X})$	( <i>ss</i> )
<b>Kamu Özel Ortaklığı Ölçeği</b>	814	3,1635	,52050

Tablo 2'de görüldüğü üzere; katılımcıların KÖO ölçeğine verdiği yanıtların ortalaması 3,1635 düzeyinde olduğu bulunmuştur.

KÖO anketinde incelenmek istenen konu, Türkiye'de mevcut sağlık sisteminden beklenen faydanın sağlık hizmeti verenler tarafından değerlendirilmesidir. Zira sağlık hizmeti veren personelin konuyla ilgili bilgisinin de ne seviyede olduğu tespit edilmiş olacaktır.

**Tablo 3: KÖO Ölçeğine Verilen Cevapların Sonuçları**

Maddeler	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>
1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği yeterli düzeydedir.	814	2,0769	2,00496
2. Türkiye’de sağlık harcamaları için devlet yeterli ödenek ayırmaktadır.	814	1,5192	,50124
3. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu yetersizdir.	814	2,0385	1,00248
4. Türkiye’de halkın sağlık hizmeti taleplerine hızla cevap verilmektedir.	814	1,5192	,50124
5. Türkiye’de sağlık sektöründe teknoloji yakından takip edilmektedir.	814	3,9615	1,00248
6. Türkiye’de sağlık yatırımlarına genel bütçeden ayrılan kaynaklar yetersizdir.	814	3,9615	1,00248
7. Türkiye’de mevcut ve yeni projeler finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilememektedir.	814	4,9615	1,00248
8. KÖOM’de kısa sürede bitirilmiş sağlık tesisleri ile sistem bir an önce yeni tesisler kazanmış olacaktır.	814	3,5641	,58121
9. Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim.	814	4,1410	1,99499
10. Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde daha çok bilgilendirme gereklidir. Seminer, konferans vb.	814	1,5641	,58121
11. Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırabilir.	814	2,0897	1,02467
12. KÖOM, Özel sektörün işletmecilik tecrübesinden kamunun da yararlanmasını sağlar.	814	1,5641	,58121
13. KÖOM ile sunulan hizmet, kamunun o hizmeti görme kapasitesini düşürebilir.	814	2,0897	1,02467
14. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir.	814	2,0897	1,02467
15. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürecektir.	814	3,9359	1,00116
16. KÖOM, hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek amacıyla ülkenin finansman için iç ve dış borçlanmaya gitmesinin önüne geçecektir.	814	3,9359	1,00116
17. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık, altyapı vb. her alanda uygulanabilir.	814	3,9487	1,00190
18. KÖOM, kamu hizmetlerinin hızlı, kaliteli, ekonomik ve yaygın sunumunu halkın memnuniyetini artırabilir.	814	3,8400	1,11731
19. KÖOM, özel kesimdeki atıl sermayenin ekonomiye kazandırılmasını sağlayabilir.	814	3,9120	1,09261
20. Devlet borçlanması yerine uluslararası sermayenin direk sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi daha etkili bir çözüm olacaktır.	814	3,8560	1,11950
21. Kamu Özel Ortaklığı, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır.	814	3,9040	1,08080
22. Kamu Özel Ortaklığı, yerli ve/veya yabancı özel sektörle gerçekleştirilmelidir.	814	3,8720	1,08491
23. Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı KÖOM’ün uygulanması risk taşımaktadır.	814	3,5950	1,21848
24. KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır.	814	2,5800	,98286
25. KÖO, yerli ve/veya yabancı özel sektör ile ortak kar/ortak fayda esasına dayanmaktadır.	814	4,9050	,42002
26. Türkiye’de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla KÖOM ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur.	814	4,1175	,54721
27. KÖOM, Özel kesimde biriken atıl fonların kamu hizmetlerinin finansmanında kullanılmasını sağlar.	814	2,5950	1,11987
28. KÖOM, ülke kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılmasını sağlar.	814	3,2775	,93685
29. KÖOM’ in uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.	814	4,1625	,51649
30. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği yeterli düzeydedir.	814	2,8400	1,27218

Tablo 3 incelendiğinde, KÖO hizmet kalitesinin ve etkinliğinin artacağı düşünülmektedir.

Genel itibariyle sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğinin yetersiz olduğuna ilişkin görüş hakimdir. Sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliği uzmanlaşma konusunda gösterilecek hassasiyetle orantılıdır. Uzmanlaşmaya gereken önem verilmelidir. Uzmanlaşma konusundaki gelişim süreci sağlık hizmetlerinden beklenen verimi ve kaliteyi beraberinde getirecektir.

Türkiye’de sağlık harcamaları için yeterli ödeneğin ayrılmadığı görüşü hakimdir. Yapılan anket sonuçlarına göre %65,5’i bu önermeye katılmamışlardır. Sağlık harcamaları için ayrılan ödeneğin arttırılması gerekir gibi bir sonuca varmak mümkün. Ancak son yıllarda bte içinde sağlık harcamalarının payı hızla artmıştır.

Yapılan anket sonucuna göre Türkiye’de hizmet talebine hızla cevap verilebilmektedir sonucu çıkmıştır. Ancak kişilerin hizmet taleplerine ne şekilde cevap verildiği de önemlidir. Bu konuda sağlık personellerinin hizmet içi eğitimleri sreklileştirilmelidir. Zira eğitimle gelişecek bir sağlık politikası ortaya konulabilmelidir.

Türkiye’de denetim ve yönetim sıkıntısından söz etmek gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttırılmasında denetimin önemi büyüktür. Zira denetim artarsa sağlık hizmetlerinden beklenen etkinliğin ve kalitenin artması söz konusu olacaktır. lke genelinde denetim mekanizmasının kuvvetlendirilmesi gerekliliği ortadadır.

Türkiye’de genel bte imkanlarının yetersiz olduğu görüşünü paylaşanlar ankete katılan gönüllülerin %76,99’unu kapsamaktadır. Zira bu yüzdelik dilimde bu görüşü “Kesinlikle Katılıyorum” ve “Katılıyorum” diyenler bulunmaktadır.

Kamu zel Ortaklığı Modeli’nde sağlık tesislerinin daha kısa sürede bitirileceği konusunda yüksek oranda kararsızlık görülmektedir. “Kararsızım” diyenler ankete katılan gönüllülerin %48,4’n oluşturmaktadır. Ancak kararsız görüş bildirenlerin akabinde bu önermeye katılanların olduğu görülmektedir. Bu modelden beklenen önemli yararlardan birisi, gelecekte planlanan sağlık tesislerin hedeflenenden çok önce bitirilmesidir. Böylece bir taraftan sağlık hizmet ve kalitesi artarken diğer taraftan da ülke safhasına yayılması beklenmektedir.

Kamu zel Ortaklığı Modeli konusunda yapılan çalışmaya göre konunun ilgilileri konuya ilişkin bilgiye yeteri kadar sahip değildirler. Dolayısıyla kamuoyunun Kamu zel Ortaklığı Modeli konusunda bilgilendirilmesi

gerekmektedir. Zira bilgilendirmenin olmamasından kaynaklanan sorunlar nedeniyle modelle ilgili değerlendirmeler eksik kalacaktır. Özellikle modelin avantajları ve dezavantajlarının kamuoyu ile paylaşılması gerekir. Bu modeli uygulayan veya uygulayacak olan bakanlıkların ve diğer kamu birimlerinin görevi, bu modele ilişkin bilgileri kamuoyuyla paylaşmaktır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda seminer, konferanslar vb. bilgilendirme yapılması neticesinde gönüllü katılımcıların çoğu konuyla ilgili bilgilendirmenin olmadığı görüşündeler. Dolayısıyla bilgilendirmenin olmaması demek konunun anlaşılmadığı anlamına gelebilmektedir. Konuyu ve detaylarını bilmeden konuya ilişkin görüşlerin eksik kalacağı bir gerçektir. Bu nedenle konu hakkında bilgilendirmenin yapılması ya da mevcut sistemde bilgilendirmenin artması beklenmektedir.

Modelin istihdam yaratacağına ilişkin görüşler daha düşük bir oranda kalmıştır. Bu modelle çok sayıda yeni sağlık tesisi kazandırmak mümkündür. Her yeni tesis yeni personel anlamına gelmektedir. Dolayısıyla istihdamı doğrudan artırıcı etkisi kaçınılmazdır. Ancak her yeni uygulamada istihdamın yaratılacağı düşünülmelidir. Çünkü yeni uygulamalar yeni iş imkanları yaratacak ve kişilere istihdam sağlayacaktır. Dolayısıyla konu hakkındaki bilginin yetersizliği bu konudaki endişeleri arttırmaktadır.

Anket verilerine göre Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin finansman sıkıntısına çözüm üretebilecek alternatif bir uygulama olarak görülmediği gibi bir sonuç çıkmıştır. Ancak Kamu Özel Ortaklığı Modeli dışında da herhangi bir alternatif finansman yöntemi önerilmemiştir. Dolayısıyla uygulamada modelin denenmesi ve sonuçlarının analiz edilmesi önemlidir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamada risk taşımaktadır sonucu görülmektedir. Bu konudaki görüş, yoğunluktadır. Zira model hakkında yeterli bilginin olmayışı, gerekli bilgilendirmenin yapılmayışı uygulamanın risk taşıdığı gerçeğinin göstergesi niteliğinde görülebilir. Dolayısıyla konu hakkındaki eğitimlere öncelik verilmesi ve konuya ilişkin bilgilendirilmenin yoğunlaştırılması öncelikli hedef olmalıdır.

**Tablo 4:** KÖO Ölçeğine Verilen Cevapların Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

<i>f, <math>\bar{X}</math> ve ss Değerleri</i>		<b>Sonuçları</b>			<b>ANOVA</b>		
<b>Puan</b>	<b>Gruplar</b>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey HSD</i>
<b>Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Ölçeği</b>	26-35	219	3,0303	,24311	2,558	,049	1-2
	36-45	414	3,3550	,43881			
	46-55	168	2,8864	,39365			
	56-65	13	3,2452	,40869			

Yaş değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 4'de özetlenmiştir. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların KÖO Ölçeği ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p=,049$ ;  $p<.05$ ) (Tablo 4). Yani KÖO ölçeğine verilen cevaplar yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir. 1-2, 1-4 gruplarının ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu durumda  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 5:** KÖO Verilen Cevapların Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

<b>Puan</b>	<b>Gruplar</b>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<b>t Testi</b>	
					<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Ölçeği</b>	Bay	543	3,0303	,24311	2,558	,058
	Bayan	271	3,3550	,43881		

Cinsiyet değişkeninin iki kategorisi bulunmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 5'de özetlenmiştir. KÖO Ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,58$ ;  $p>.05$ ) (Tablo 5).

Yani KÖO ölçeğine verilen cevaplar cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermemektedir. Bu durumda  $H_2$  hipotezi kabul edilmemiştir.

**Tablo 6:** KÖO Verilen Cevapların Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

<i>f, <math>\bar{X}</math> ve ss Değerleri</i>		ANOVA Sonuçları					
Puan	Gruplar	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey HSD</i>
<b>Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Ölçeği</b>	İlköğretim	113	2,7474	,43425	,580	,010	1-2 1-3
	Lise	285	2,8864	,39365			
	Üniversite	228	3,2452	,40869			
	Yükseklisans	110	3,3877	,45540			
	Doktora	78	3,2920	,34110			

Eğitim durumu değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 6'da özetlenmiştir. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların KÖO Ölçeği ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p=,010$ ;  $p<.05$ ) (Tablo 6).

Yani KÖO ölçeğine verilen cevaplar öğrenim durumu değişkenine göre farklılık göstermektedir. 1-2, 1-3 gruplarının ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın, eğitim seviyesi arttıkça insanların beklentilerinin artmasından ve değerlendirmelerinde daha ayrıntıcı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu durumda  $H_3$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 7:** KÖO Verilen Cevapların Görev/Unvan Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

<i>f, <math>\bar{X}</math> ve ss Değerleri</i>		ANOVA Sonuçları					
Puan	Gruplar	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey HSD</i>
<b>Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Ölçeği</b>	Doktor	103	1,3761	,31168	2,140	,030	1-2 1-4
	Hemşire	287	3,0653	,62768			
	Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	96	2,8723	,48720			
	Yönetici	123	1,3571	,30896			
	Memur	205	1,2951	,27120			

Görev/unvan değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 7’de özetlenmiştir. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların KÖO Ölçeği ortalamalarının görev/unvan durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p=,030$ ;  $p<.05$ ) (Tablo 7). Yani KÖO ölçeğine verilen cevaplar görev/unvan değişkenine göre farklılık göstermektedir. Bu durumda  $H_4$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 8:** KÖO Verilen Cevapların Mesleki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Puan	Gruplar	<i>f, <math>\bar{X}</math> ve ss Değerleri</i>			ANOVA		
		<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey HSD</i>
Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Ölçeği	0- 5	322	3,0195	,38288	,212	,049	1-2
	6-10	243	3,3102	,43816			
	11-15	94	3,3831	,41748			
	16-20	61	3,2197	,26424			
	20 üzeri	94	1,3060	,23101			

Mesleki çalışma süresi değişkeninin ikiden fazla kategorisi bulunmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 8’de özetlenmiştir. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların KÖO Ölçeği ortalamalarının mesleki çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tekyönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. ( $p=,049$ ;  $p<.05$ ) (Tablo 8). Yani KÖO ölçeğine verilen cevaplar mesleki çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir. Bu durumda  $H_5$  hipotezi kabul edilmiştir.

Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasını destekleyen aktörler sağlık bakanı, başbakan, sağlıkta KÖO program danışmanı ve diğer danışmanlar, Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Hazine Müsteşarlığı (HM), Maliye Bakanlığı (MB), Özelleştirme İdaresi (Öİ), İngiltere, İspanya, Mütahhitler Birliği, bankacılık sektörü, International PPP Platform Türkiye, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği(SAYED), Kamu-Özel

Ortaklığı Derneği, NKY Mimarlık, DB, Avrupa Birliği (AB), özel sekt3r ve bazı sağlık çalışanları olarak sıralanabilmektedir.

### 3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin, özel kesimdeki atıl sermayenin hastane gibi topluma faydalı yatırımlara dönüştürülmesine; daha hızlı, etkili ve kaliteli kamu hizmeti sunumunun sağlanmasına; kamunun finansman sıkıntısının çözülmesine faydalarının olabileceği öngörülmektedir.

- Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusundaki bilgi ve uygulamalar varken sağlık sektöründeki uygulamalara ilişkin bilgi yetersizliği nedeniyle ilk etapta konuya ilişkin olumsuz görüş ve eleştirilerin yoğunlukta olduğu görülmektedir. Ancak kişilerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Maliyet avantajının yanında sağlık hizmetlerinin daha kısa sürede halka sunumu söz konusudur.

- Kamu Özel Ortaklığı Model'i kapsamında topluma, sağlık hizmetleri daha hızlı ve daha kaliteli bir şekilde verilecektir. Kişilerin sağlık taleplerine hızla cevap verilecektir. Kamunun üzerindeki yükün bu yolla hafiflemesi beklenmektedir. Bu beklenti neticesinde kamu hizmetlerinin daha hızlı ve etkili bir şekilde halka ulaşımının sağlanması gerekmektedir. Aynı zamanda finansman kısmında da gözle görülebilecek avantajların yakalanması söz konusudur. Ancak tüm bu olumlu özellikler detaylı sözleşmelerle mümkün görülmektedir.

Elbette sağlık sektöründe Kamu Özel Sektör uygulamalarının artmasıyla uygulamanın etkileri daha net anlaşılabilir duruma gelecektir. Bu nedenle Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin uygulamalarının artışı konuyla ilgili değerlendirmeleri ve analizleri daha netleştirecektir. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı konusundaki gelişmelerin takibi önem taşımaktadır.

- Özel sektörün tecrübeleri ve yaratıcılığı, karlılık esaslı çalıştığı için dinamik bir yapıda olması, yani finansman ve/veya etkinlik aracı olarak kamunun özel teşebbüsle ortaklığı millet için arzulanan kalitede tesislerin inşa edilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu için büyük önem arz etmektedir.

- Dev sağlık kentleri projelerinin hayata geçirilmesiyle Türkiye'de sağlık sektöründe olması gereken gelişim önemli ölçüde sağlanmış olacaktır.

- Kamu-Özel Ortaklığı Modeli'ne bazı eleştiriler getirilmektedir. Bunlardan bazıları; kamu kaynaklarının israf edileceği endişesi, kamu hizmetlerinin sunumunda devlet otoritesinin ve etkinliğinin zayıflaması, devlet ve millet arasında var olan

güvenin önemli ölçüde sarsılması, sağlık çalışanlarının iş güvenceleri konusunda sıkıntılar yaşanması hatta bu modelin özelleştirmenin başka bir yolu olduğu gibi ciddi eleştiriler de yapılmaktadır.

- Ancak bu eleştirilerin temelinde önyargılar, ideolojik yaklaşımlar ya da Kamu-Özel Ortaklığı Modeli' nin yeterince bilinmemesi sebeplerinin yattığı gözlemlenebilir. Tüm bu eleştirilerin giderilmesi için projelerin kamuoyuna sağlıklı bir şekilde anlatılması ve vatandaşın bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bu uygulamada;

- Özel kesimin aylık düzenli kira geliri elde etmesinin temel çıkarı olacağı,

- Şehir hastaneleri projeleri halk arasında kabul görmüş olup beklenti yüksektir. Dev sağlık kentleri projelerinin hayata geçirilmesiyle Türkiye'de sağlık sektöründe arzu edilen gelişime büyük katkı sağlanmış olacaktır.

- Kişilerin hayat standartlarının gelişimi yine toplumun sağlığıyla doğru orantılıdır. Nitekim halkın sağlık kalitesinin artırılması demek şüphesiz yaşam standartlarının artması anlamına gelecektir. Bunun için de sağlık tesislerinin, fiziki yeterlilikte olması ve sağlık hizmet sunumunun arzu edilen noktaya ulaştırılması gerekmektedir.

- İnşa edilecek yeni tesisler için ciddi sermayeye ihtiyaç duyulacağı kesindir. Bu sermayeyi Devletin tek başına üstlenmesi mali açıdan sıkıntı yaratacaktır. Dolayısıyla KÖO Modeli ile finansman sıkıntısı büyük ölçüde giderilecektir.

- Halk arasında KÖO tanım ve kapsamının yeterince bilinmediği, KÖOM daha çok özel sektör katılımı nedeniyle özelleştirme olarak algılanmaktadır. Zira bu algının da kişilerin özelleştirmeye gösterdikleri tepkilerle Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin tepkilerine yol açmaktadır.

- Yine sağlık çalışanlarının bir kısmı, KÖO ile özelleştirme arasında sıkı bir bağ kurarak memuriyet güvencelerinden endişe etmektedir.

- Türkiye'nin, gelişim sürecinde hızla yol alabilmesi için alternatif uygulama alanlarından KÖOM'ni değerlendirip uygulamaya başlaması, Türkiye için başarılı bir tercih olacaktır.

- Kamu sektörü ile özel sektörün ortaklığına konu olan yapı, özel sektör tarafından inşa edilir, sözleşmelerde belirlenen süre içinde özel sektör devletten kira

geliri elde eder ve süre sonunda yine kamuya yapının devredilir. Dolayısıyla iş güvencesi konusunda sıkıntı yaşanmayacağı düşünülmemektedir.

- Kamu Özel Ortaklığı konusunda en önemli konulardan olan hizmetlerin uzmanlaşmaya dayalı olarak yapılması, devlet ve özel sektör arasında tecrübe paylaşımını da sağlayacaktır.

- Bu ortaklık sayesinde; ekonomi piyasasında özel sektörün elinde bulunan ancak piyasada kullanılmayan atıl vaziyetteki sermaye, sosyal devlet anlayışının temel göstergelerinden biri olan sağlık hizmetleri gibi yatırımlara dönüştürülecektir. Daha hızlı, etkili, kaliteli ve kolay ulaşılabılır bir kamu hizmeti sunumunun sağlanması, kamunun finansman sıkıntısının çözülmesi noktasında faydaları olacağı sonuçları da değerlendirilmiştir.

Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda hazırlanmış olan çalışmamızda özellikle anket çalışması neticesinde konuya ilişkin bazı önemli detaylar saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre sağlık sektöründe KÖO ilişkin şu öneriler geliştirilebilir:

- Halkın da bilinçli bir biçimde aldığı ve alacağı sağlık hizmetlerinde; etkinlik, verimlilik, kolay ulaşılabılırlik, ileri teknoloji, eğitimli sağlık personeli, yeni sağlık tesisleri, konforlu hasta yatakları v.b. kriterleri geçmişe göre artık daha fazla dikkate alındığı unutulmamalıdır.

- Türkiye dünya ekonomileri arasında önemli bir yere sahiptir. Son yıllarda "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında yaptığı ataklar sayesinde artık büyük yatırımlar düşünüp projelendirmeye başlamıştır. Büyük ekonomi olmanın da gereği budur. Kaynakları iyi değerlendirmek ve kamu hizmet kalitesini arttırmak gerekir. Kamunun kaynakları yetersiz kalıyorsa özel sektörden her yönüyle faydalanmak esas amaç olmalıdır. Ancak devlet otoritesini sarsmayacak, statüsünü zarara uğratmayacak ortaklıklar kurulmalıdır.

- Vatandaşa Kamu Özel Ortaklığı hakkında gerekli bilgilendirmenin yapılması gerekmektedir. Gerekirse Kamu Spotu hazırlanıp, yayınlanmalıdır.

- Kamu çalışanlarına, memuriyet güvencelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile tehlikeye girmediği/girmeyeceği konusunda bilgilendirme yapılmalı ve güvence verilmelidir. Zira Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirme anlamını taşımamaktadır.

- Özel sektör ile yapılacak sözleşme hükümleri uzman komisyonlar tarafından uzun vadeli çıkarımlarla belirlenip, kamunun çıkarları gözetilmelidir.

- Sağlık sektöründeki gelişmeler Kamu Özel Ortaklığı kapsamında daha detaylı incelenip takip edilmelidir.

- Şehir Hastanelerinin henüz faaliyete girmemiş olduğunu bilmekteyiz. Hayata geçirilecek projelerin sadece fiziki bir yatırım değil aynı zamanda ileri teknoloji ürünleriyle de desteklenmiş bir hizmete dönüştürülmesi gerekmektedir.

- Bu modelin uygulanması sonucu oluşan mali tablo ve istatistiki veriler (memnuniyet oranları dahil) objektif bir şekilde kamuoyu ile paylaşılmalıdır. Bu yolla henüz Türkiye’de genç bir model olan KÖO’nun etkinlik, verimlilik, fayda/maliyet ve swot analizleri yapılabilecektir.

- Yapılan tüm çalışmalar sonucunda KÖO Modeli’nin başka ülkelerin belirlediği modellere bağlı kalınmayarak Türkiye’ye özgü (kamu yararı gözetilecek şekilde) bir modele dönüştürülmesi yararlı olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akintoye, A., Beck M. ve Hardcastle C. (2003). *Public Private Partnerships: Managing Risk and Opportunities*. Blackwell Science, Oxford,UK.
- Akdur, R. (2003). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye' nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Bettignies, J.E. ve Ross, T. W. (2004). The economics of public-private partnerships. *Canadian Public Policy*, 1(30), s.2.
- Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P.J. ve Hardcastle, C. (2005a). Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK: findings from a questionnaire survey. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 12(2), ss.125-148.
- Bös D. ve De Fraja G., (2002) "Quality and Outside Capacity in The Provision of Health Services", *Journal of Public Economics*, Vol.84, pp.199-218.
- Brown, C. (2005). Policy forum: financing public infrastructure financing transport infrastructure: for whom the road tolls. *The Australian Economic Review*, 38(4), ss.431-439.
- Brude-Blanc, F. ve Strange, R. (2007). Risk pricing and the cost of debt in public-private partnerships: evidence from the syndicated loan market, *King's College London Department of Management Research Paper*, 45.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2006). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective*. Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Commission of The European Communities. (2004). On public-private partnerships and community law on public contracts and concessions. *Green Paper*, COM 327 Final, Brussels.
- Çekirge, L. (2006). "Dünyada ve Türkiye' de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi", İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı, Haziran 2006.
- Davis, K. (2005). Policy forum: finansing public infrastructure PPPs and infrastructure investment. *The Australian Economic Review*, 38(4), ss.439-44.

- Duffy, P. (1998). Hidden cost of PFI. *Hospital Development*, Februry. Erişim: 26.12.2014, <http://findarticles.com>
- European Commission. (2003). Guidelines For Successful Public-Private Partnerships. European Commission Directorate-General Regional Policy, Erişim: 2.2.2015, [http://europe.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm](http://europe.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm)
- Finansal Riskin Önlenmesinde Swap Tekniğinin Kullanımı, 1999. Stratejik Plan: 2010-2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788.
- Goldman, H. ve Mokuvos, S. (1991). *Dividing the Pie Between public and Private*. R.L. Kemp (Ed.). Privatization: The Provision of Public Services by the Private Sector. McFarland and Company, Inc., Publishers, USA.
- Hall, P. A. (1998). *Governing The Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Oxford University Press, New York.
- Hart, O. (2003). Incomplete contracts and public ownership: remarks and an application to public-private partnerships. *The Economic Journal*, 113(486), ss.69–76.
- Holden, C. (2009). Exporting public-private partnerships in healthcare: export strategy and policy transfer. *Policy Studies*, 30(3), ss.313-332. [http://www.denizbank.com/NR/rdonlyres/BEA67BB4-F60D-4E92-9A40-F04BDC5514D9/0/FaaliyetRaporu\\_2007.pdf](http://www.denizbank.com/NR/rdonlyres/BEA67BB4-F60D-4E92-9A40-F04BDC5514D9/0/FaaliyetRaporu_2007.pdf)
- International Financial Services London (IFSL). (2003). Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları: Uluslararası Pazarlar için İngiltere Uzmanlığı. Trade Partners UK, KPMG, Norton Rose, PriceWaterhouseCoopers, Partnerships UK.
- International PPP Platform Türkiye. (t.y.). Erişim: 28.08.2014, <http://www.ppp.org.tr/content/view/49/72/>
- Klijn, E.H. ve Teisman, G.R. (2003). Institutional and strategic barriers to public-private partnership: an analysis of dutch cases. *Public Money and Management*.
- Linder, S.H. (1999). Coming to terms with the public-private partnership, a grammar of multiple meanings. *American Behavioral Scientist*, 1(43), ss.35–51.
- McKee, M., Edwards, N. ve Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of The World Health Organization*, 1(84), ss.890-896.

- National Treasury PPP Unit. (2007). *Introducing Public Private Partnerships in South Africa*, National Treasury PPP Unit.
- Nijkamp, P., Van Der Burch, M., Vindigni, G. (2002). A Comparative Institutional Evaluation of Public- Private Partnerships in Dutch Urban Land-use and Revitalisation Projects. *Urban Studies* 39(10), ss.1865-1880.
- Packendorff, J. (1995). Inquiring into the temporary organization: New directions for project management research. *Scandinavian Journal of Management*, 11(4), ss.319-333.
- Parker, D. ve Hartley, K. (2003). Transaction costs, relational contracting and public private partnerships: a case study of UK defence. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 1(9), ss.97-108.
- Pehlivan, Ö. (2009). “Kamu Özel Sektör İşbirliği Türkiye Uygulamaları”, Hazine Müsteşarlığı, Mart 2009.
- Pongsiri, N. (2002). Regulation and public private partnerships. *The International Journal of Public Sector Management*, 15(6), ss.487-95.
- Resmi Gazete, Tarih: 15.5.1987; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun Numarası: 3359; Sayı: 19461.
- Rosenau, P.V. (1999). The strengths and weaknesses of public-private policy partnerships. *American Behavioral Scientist*, 43(1), ss.10-34.
- Sabah Gazetesi'nin 25 Ocak 2014 tarihli <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler> sayfasından alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı (2003), “Sağlıkta Dönüşüm”, Ankara. 22. Sağlık Bakanlığı, Sağlık kent geliyor, İşte Kareler! Sabah Gazetesi haberinin <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler> sayfasından 17 Aralık 2014 tarihinde alınmıştır.
- Savas, E.S. (2000). *Privatization and Public-Private Partnerships, Privatization in The City: Successes, Failures, Lessons*. Washington D.C: CQ Press.
- Shaoul, J., Stafford, A. ve Stapleton, P. (2008). The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals. *Public Money ve Management*, April, ss.101-108.

- Smith, R. (2000). Vaccines and medicines for the world's poorest: public-private partnerships seem to be essential. *BMJ*, 320, 952-3, Erişim: 23.08.2014, [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
- Şen, E. (2010). "Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Memnuniyet Araştırması", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tekin, A.G. (2008). "Kamu Özel İşbirlikleri/Ortaklıkları [PPP] ve Türkiye Örneği", ÖİB, Mayıs 2008.
- Akdağ, R. (2010), "Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu", Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.
- Tekin, P.Ş. ve Çelik, Y. (2010). Analysing public-private partnership policy as a financing method in Turkey health sector with political mapping. [Bildiri], 7th Biennial Conference in Organisational Behaviour in Health Care, Mind the Gap: Policy and Practice in the Reform of Health Care, University of Birmingham, Birmingham, UK.
- Turner, J.R. ve Müller, R. (2003). On the nature of the project as a temporary organization. *International Journal of Project Management* 1(21), ss.1-8.
- Türk Tabipler Birliği (TTB). (t.y.). Erişim: 4.5.2015, [www.ttb.org](http://www.ttb.org)
- Un. (1993). *Public/Private Partnerships in Enabling Shelter Strategies*. United Nations Centre for Human Settlements (Habitat), Nairobi.
- United Nations Research Institute for Social Development-UNRISD, (2006). *Public Sector Reform In Developing Countries: Capacity Challenges To Improve Services*. Y. Bangura ve G.A. Larbi (Ed.), Palgrave Mac Millian, Newyork.
- Wikipedia. (t.y.). Erişim: 05.12.2008, <http://en.wikipedia.org>
- Yescombe, E.B. (2002). *Principles of Project Finance*. Academic Press, UK.
- Yescombe, E.R. (2007). *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*, Elsevier, UK.
- Yılmaz, I. C. "Türkiye' de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri", Erişim: 4.5.2015, <http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye%20Kamu%20C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortakl%C4%B1%20Modelleri.pdf>

- Zhang, X. (2004). Improving concessionaire selection protocols in public-private partnered infrastructure projects. *Journal of Construction Engineering and Management*, 130(5), ss.670-679.
- Akyurt, N. (2007). Hastanelerde akreditasyon standartları: İstanbul'daki özel hastanelerin radyoloji yöneticilerinin standartları ne ölçüde yerine getirildiği konusundaki görüşlerine ilişkin bir araştırma, (Yayınlanmış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

**EKLER****EK1-: Araştırma Formu**

Araştırmada Kullanılan Anket

Tarih...../...../.....

Değerli meslektaşım;

Bu ankette istenilen bilgiler, bilimsel araştırma için kullanılacak olup, hiçbir Şekilde başka amaçla kullanılmayacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır.

Anketimize katılıp, destek olduğunuz için Őimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Emrullah GÜLER

**A. CEVAPLAYICININ KİŐİSEL BİLGİLERİ****1) Yaşınız:**

26-35

36-45

46-55

56-65

**2) Cinsiyetiniz:**

Bay

Bayan

**3) Eğitim Durumunuz:**

İlköğretim

Lise

Üniversite

Yüksek Lisans

Doktora

**4) Kaç yıldır bu işi yapıyorsunuz:**

- 0- 5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 20 üzeri

**5) Sağlık kurumundaki göreviniz:**

- Doktor
- Hemşire
- Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri
- Yönetici
- Memur

**6) Hastanenizin Türü:**

- Devlet Hastanesi
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## B. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI İLE İLGİLİ SORULAR

<i>MESLEĞİMDEN</i>		(1) Kesinlikle Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kararsızım	(4) Katılıyorum	(5) Kesinlikle Katılıyorum
1	Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği yeterli düzeydedir.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Türkiye’de sağlık harcamaları için devlet yeterli ödenek ayırmaktadır.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu yetersizdir.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Türkiye’de halkın sağlık hizmeti taleplerine hızla cevap verilmektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Türkiye’de sağlık sektöründe teknoloji yakından takip edilmektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetimi ve denetimi etkindir.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Türkiye’de sağlık yatırımlarına genel bütçeden ayrılan kaynaklar yetersizdir.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Türkiye’de mevcut ve yeni projeler finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilememektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
9	KÖOM’de kısa sürede bitirilmiş sağlık tesisleri ile sistem bir an önce yeni tesisler kazanmış olacaktır.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde daha çok bilgilendirme gereklidir. Seminer, konferans vb.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
13	KÖOM, Özel sektörün işletmecilik tecrübesinden kamunun da yararlanmasını sağlar.	( )	( )	( )	( )	( )
14	KÖOM ile sunulan hizmet, kamunun o hizmeti görme kapasitesini düşürebilir.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
16	Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürecektir.	( )	( )	( )	( )	( )
17	KÖOM, hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek amacıyla ülkenin finansman için iç ve dış borçlanmaya gitmesinin önüne geçecektir.	( )	( )	( )	( )	( )
18	Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık, altyapı vb. her alanda uygulanabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
19	KÖOM, kamu hizmetlerinin hızlı, kaliteli, ekonomik ve yaygın sunumunu halkın memnuniyetini arttırabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
20	KÖOM, özel kesimdeki atıl sermayenin ekonomiye kazandırılmasını sağlayabilir.	( )	( )	( )	( )	( )

21	Devlet borçlanması yerine uluslararası sermayenin direk sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi daha etkili bir çözüm olacaktır.	( )	( )	( )	( )	( )
22	Kamu Özel Ortaklığı, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır.	( )	( )	( )	( )	( )
23	Kamu Özel Ortaklığı, yerli ve/veya yabancı özel sektörle gerçekleştirilmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )
24	Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı KÖOM'nin uygulanması risk taşımaktadır.	( )	( )	( )	( )	( )
25	KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır.	( )	( )	( )	( )	( )
26	KÖO, yerli ve/veya yabancı özel sektör ile ortak kar/ortak fayda esasına dayanmaktadır.	( )	( )	( )	( )	( )
27	Türkiye'de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla KÖOM ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur.	( )	( )	( )	( )	( )
28	KÖOM, Özel kesimde biriken atıl fonların kamu hizmetlerinin finansmanında kullanılmasını sağlar.	( )	( )	( )	( )	( )
29	KÖOM, ülke kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılmasını sağlar.	( )	( )	( )	( )	( )
30	KÖOM' in uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )

**Emrullah GÜLER**

## Ek-2: İzin Belgesi



ATILIM ÜNİVERSİTESİ

ATILIM ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI  
ETİK KURULU  
SOSYAL VE BEŞERİ ARAŞTIRMALAR KOMİSYONU  
KARARI

Toplantı No: 05	Toplantı Tarihi: 08.12.2015
Araştırmanın Türü:	Uygulamalı Araştırma
Araştırmanın Başlığı:	Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri (Bursa İli Kamu Hastaneleri Örneği)
Sorumlu Araştırmacı:	Emrullah Güler
Karar:	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul / Accepted <input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir. / Correction Required. <input type="checkbox"/> Red / Rejected

SOSYAL VE BEŞERİ ARAŞTIRMALAR KOMİSYONU  
ÜYELERİ

Adı ve Soyadı	Görevi	İmza
Prof. Dr. İsmail Bircan	Başkan	
Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu	Üye	
Yrd. Doç. Dr. M. Gürsan Şenalp	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Fatma Ülkü Selçuk	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Doğa Aydoğan	Üye	

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı:** Emrullah GÜLER

**Doğum Yeri ve Tarihi:** MUŞ/1981

### Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Önlisans	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	Kocaeli Üniversitesi	2005
Önlisans	Adalet	Anadolu Üniversitesi	-
Lisans	İşletme	Anadolu Üniversitesi	2011
Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Atılım Üniversitesi	-

### İş Deneyimi:

Çalıştığı Yer	Görev	Yıl
Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	Özel Kalem Müdürlüğü	2013-
Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	Sözleşmeli Uzman	2013
Bursa Devlet Hastanesi	Sağlık Teknikeri	2011-2013
Muş İl Müftülüğü	Memur	2007-2011

**Yabancı Diller:** İngilizce

**Yayımlar:**

**E-posta:** emrullah.4981@gmail.com

**Telefon:** 0544 899 75 10

**Tarih:**

## İNTİHAL RAPORU



Turnitin Orijinallik Raporu  
Tez Emrullah Güler tarafından  
ÖDEV 2 (SBE TEZ 1) den

- 03-Şub-2016 10:32 EET' de işleme konu
- NUMARA: 627239900
- Kelime Sayısı: 15483

Benzerlik Endeksi  
%9

Kaynağa göre Benzerlik  
Internet Sources:  
%7

Yayınlr:  
%5

Öğrenci Ödevleri:  
%4

