

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI: ŞEHİR HASTANELERİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SECTOR: AN EVALUATION ON CITY HOSPITALS

Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAS

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ayesiltas@erbakan.edu.tr ,
orcid.org/0000-0002-2023-1485

Makale gönderim-kabul tarihi (10.03.2020-04.04.2020)

Özet

Kamu kurumlarında yaşanan gelir gider dengesizlikleri, kaliteyi artırma gibi nedenlerle pek çok ülkede kamu özel ortaklığı kullanılmaktadır. Türkiye’de de neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu özel ortaklığı projeleri uygulanmaya başlamıştır. Kamu ve özel sektörden oluşan paydaşlar, bu ortaklıklara ait tesislerin inşası ve işletilmesi sürecinde birlikte çalışmaktadır. Şehir hastaneleri ya da sağlık kampüsleri olarak adlandırılan ve bir kısmı hizmete açılan bu tesislerin, kamu özel ortaklığı ile yapılmasına ilişkin eleştiriler tartışılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmada, şehir hastanelerinin kamu özel ortaklığı ile yapılmasına ilişkin eleştirilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Derleme olarak hazırlanan çalışmada şehir hastanelerine yönelik eleştiriler bir arada verilmeye çalışılmıştır. Kamu özel ortaklıkları ve şehir hastaneleri ile ilgili literatürle birlikte finansal, hukuki ve ekonomik eleştirilerin yanı sıra riskler ve eşitsizlikler açısından yapılan eleştiriler de incelenmiştir. Sonuç olarak, finansal kurumların bu ortaklıklara fon sağlamadaki isteksizlikleri, devletin maddi kayıp yaşayacağı düşüncesi, sözleşmelerin uzun süreli olması, bu projelerle yapılan tesislerde oluşan fiziki sıkıntılar, ulaşım sorunları ve bölgesel dağılımdaki eşitsizlikler, denetimle ilgili belirsizlikler kamu özel ortaklığına yöneltilecek eleştiriler olarak görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: şehir hastaneleri, kamu özel ortaklıkları, sağlık politikası, sağlık hizmeti, Türkiye

Abstract

Public private partnerships are used in many countries for reasons such as income and expense imbalances experienced in public institutions and increasing quality. Turkey also in the provision of health services under the influence of neoliberal policies began to be implemented public-private partnership projects. The public and private sector stakeholders work together in the construction and operation of the facilities of these partnerships. Criticisms about the construction of these facilities, which are called city hospitals or health campuses and some of which were put into service, with a public private partnership, have begun to be discussed. In this direction, the aim of this study is to evaluate the criticisms regarding the construction of city hospitals with a public private

partnership. In the study prepared as a review, criticisms about city hospitals were tried to be given together. Along with the literature on public private partnerships and city hospitals, financial, legal and economic criticism, as well as criticism in terms of risks and inequalities, were examined. As a result, the unwillingness of financial institutions to provide funding for these partnerships, the idea that the state will experience financial losses, long term contracts, physical difficulties in the facilities built with these projects, transportation problems and inequalities in the regional distribution, uncertainties about the audit are seen as criticisms directed to the public private partnership.

Key Words: city hospitals, public private partnerships, health policy, health service, Turkey

GİRİŞ

Küreselleşme ve kapitalizmin etkisiyle, özel sektör de sağlık hizmet sunucuları arasına girmiştir. Önceleri tam kamusal hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmeti, artık toplumda yarı kamusal bir hizmet olarak algılanmaya başlamıştır (Çınar vd., 2017:216). Özellikle yoksul ülkeler, sağlık hizmetlerine ilişkin yetersiz altyapı ve ekipman, sık sık ilaç ve malzeme kıtlığı ve düşük bakım kalitesi gibi sorunlarla karşı karşıya gelmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke hükümetleri giderek artan bir şekilde, kamu politikası hedeflerine ulaşmak için özel finansman ve uzmanlıktan yararlanmak için kamu-özel sektör ortaklıklarını benimsemektedir (Sekhri et al., 2011:1498). Öncelikli olarak sağlık hizmeti sunumu, ulusal hükümetlerin sorumluluğunda olmasına rağmen, birçok gelişmekte olan ülkede finansal ve insan kaynaklarının yetersizliği, hükümetlerin ihtiyaç duyan herkese sağlık hizmeti sağlama çabalarını engellemektedir (Asante & Zwi, 2007:176).

Sağlığın öncelikli bir endişe kaynağı olduğu 2008 yılında Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin açıklanmasıyla, tüm uluslar kendi bölgelerindeki sağlık sektörünün yenilenmesi ihtiyacını fark etmişler ve sektörün gelişmesini kolaylaştıracak önlemler almışlardır. Bununla birlikte, ulusların çoğunun kabul ettiği önemli kısıtlılıklardan biri, sağlık sektörü alanındaki kapasitelerin geliştirilmesi bağlamında belirli bir noktanın ötesine geçememeleridir. Bu durumda yine hükümetlerin özel sektör ile ortaklık kurma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Thadani, 2014:308). Bu ortaklıkların sebepleri, kamu varlıklarını yenilemek, sürdürmek ve işletmek ve kamu bütçeleri üzerindeki kısıtlamaları artırmak, özel sektörün zekası aracılığıyla yenilik aramak ve daha iyi risk yönetimi hedeflemektir (Roehrich et al., 2014:110). Diğer bir ifadeyle verimliliği, kaliteyi, finansal desteği, hakkaniyeti, adil fiyatlandırmayı garanti altına almak için kamu-özel ortaklığı tercih edilebilmektedir (Ayhan ve Önder, 2018:110).

Kamu özel ortaklığı, “kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı” bir yöntemdir (Kerman vd., 2012:4). Avrupa Birliği'nin Yeşil Kitap'ta (Green Paper) yer alan kamu özel ortaklığı tanımlaması ise genel olarak “kamu ile özel sektör arasında, bir altyapının finansmanı, yapımı, yenilenmesi, yönetimi, bakımı ve hizmetlerin sunumunu sağlamayı amaçlayan ortaklık” şeklindedir (Green Paper, 2004:3). Kamu-özel ortaklığı, kamu görevlerinin yerine getirilmesi için yapılan bir anlaşmaya dayanarak kamu kuruluşları ile kamu dışı sektör kuruluşları arasındaki işbirliği biçimlerinden biridir (Baranowska-Zajac, 2018:242).

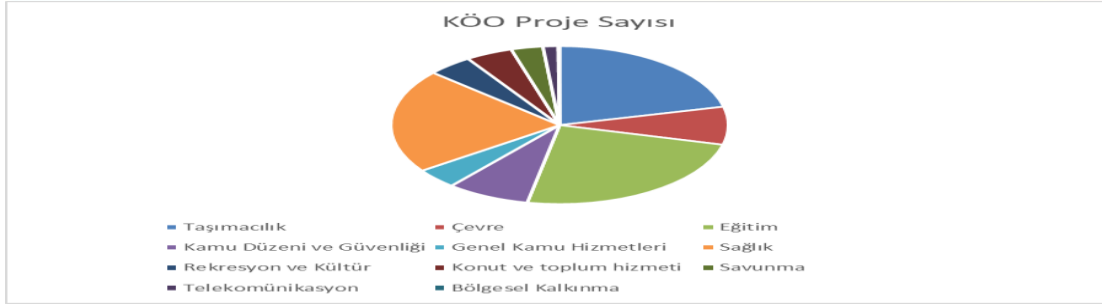
Birçok hükümet, vergi gibi geleneksel kamu finansmanı yoluyla büyük bir yatırım yapmayı göze alamayacağını düşündüğü ve altyapıya daha fazla yatırım yapılması gerektiğini kabul ettiği için kamu özel ortaklığına yönelmektedir (Roehrich et al., 2013:8). Öyle ki dünyadaki özellikle de Avrupa'daki hükümetler, kamu özel ortaklığı aracılığıyla, kamu sağlığı altyapısını ve hizmet sunumunu geliştirmek, finanse etmek ve sağlamak için özel sektör katılımını giderek daha fazla kullanmaktadır (Roehrich et

al., 2014:110). Kamu hizmetlerinin uygulanması teknolojik yeniliklerle kolaylaşırken, hizmetlerin farklılaşmasına bağlı olarak da zorlaşmaktadır. Söz konusu hizmetlerin devlet eliyle yapılmasındaki güçlükleri aşma amacıyla devlet, kamu hizmetlerini sağlamak için özel hukuk kişileriyle sözleşme imzalayıp söz konusu kişileri bu sürece ortak etmektedir (Boz, 2013:278). Dolayısıyla kamu özel ortaklığı ile özel sektörde atıl durumda olan sermayenin hastanelerde kullanılarak yatırıma dönüştürülmesine; etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına; kamudaki finansman ve bütçe sorunlarına çözüm bulunmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir (Keskin, 2011:115).

Avrupa ülkeleri başta olmak üzere dünyanın birçok yerinde sürdürülebilir bir sağlık sistemi inşa etmek için başlatılan reform çalışmalarında hastane reform çalışmalarının önemli bir yer tuttuğu ve bu çerçevede mevcut hastane örgütlerine yeniden şekil verilmeye çalışıldığı görülmektedir (Top ve Şahin, 2004:86). Bu bağlamda kamu özel ortaklığı, sağlık alanında hızla yaygınlaşan hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlendirildiği bir modeldir. Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) blok halinde devredilmektedir (Karasu, 2011:217). Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de bir değişim süreci yaşanmaktadır. Kamu özel ortaklığı yöntemi, sağlık sektöründe bu değişim süreci ile birlikte kullanılmaya başlanan uygulamalardan birisidir (Kerman vd., 2012: 5). Son dönemde sağlık alanındaki bu uygulama şehir hastaneleri ya da sağlık kampüsleri olarak bilinmektedir. Şehir hastanelerinin kurulmasında amaç, kamu özel ortaklığından yararlanılarak, kamu hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda etkinlik ve verimliliğin sağlanmasıdır (Organ ve Tekin, 2017:256).

Şehir Hastaneleri Literatürü

Kamu özel ortaklığı modelinin ilk uygulamaları, İngiltere’de 1660’larda yol inşaatlarının yapımına özel sektörün katılımıyla başlamıştır. Özellikle endüstri devrimi sonrası kanal ve demiryolu projeleri ile 1860’lara gelindiğinde kamu özel ortaklığı modelinin uygulanması oldukça artmış, ancak Avrupa’daki ekonomik kriz nedeniyle pek çok yatırımcı iflas etmiştir. Benzer bir durum Amerika ve Fransa’da da yaşanmıştır. Fransa’da 1782 yılında Perrier firmasına, su dağıtım imtiyazı verilmiş, fakat Fransız Devrimi ile bu proje gerçekleştirilememiştir. Yine 1859 yılında Mısır valisi Said Paşa tarafından desteklenen ve yapımı 1869 yılında tamamlanan Süveyş Kanalı da kamu özel ortaklığı projesi olup kamu sermayedar konumundadır (Levy akt. Çekirge, 2006:5). Kamu hizmetlerine özel sektörün katılımı, Amerika’da erken dönemlerden başlayarak kendine geniş uygulama alanı bulan “ortak girişim” (joint venture) uygulamalarıdır. İngiltere’de 1992 yılında John Major tarafından başlatılan “özel finans girişimi” (Private Finance Initiative-PFI) ve Blair dönemindeki “en iyi değer” (Best Value) projeleri ile kamu özel ortaklıkları yaygınlaştırılmıştır (Çelik, 2008:28). İngiltere 1990’lı yıllarda başlayan kamu özel ortaklığı ile 12 yılda yaklaşık 100 yeni hastane projesi hayata geçirmiştir (Hamilton et al., 2012:12). Avrupa Birliği Konseyi, 2004’te kamu özel ortaklığı ile ilgili Green Paper adlı bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda Avrupa Birliği Konseyi sermaye yoğun projelerin kamu ve özel sektör arasında ortaklık oluşturularak yapılmasını destekler şekilde bir yaklaşım sergilemektedir (Green Paper, 2004). Avrupa Birliği ülkelerinde 2018 yılında uygulanan kamu özel ortaklığı projelerinin sektörel dağılımı incelendiğinde 1802 projenin 388’inin sağlık alanında olduğu görülmektedir (EPEC, 2018).



Şekil 1. AB kamu özel ortaklığı projelerinin sektörlere göre dağılımı (2018)

Kaynak: EPEC, 2018

İngiltere’de, 2003 yılından itibaren kamu özel ortaklığı paydaşlarından özel sektörün de klinik hizmetlere dahil edilmesiyle, dünya çapında bu yönde bir ilk adım oluşmuştur. Örneğin, kamu özel ortaklıkları Afrika’da sıtma aşularını, Valencia, İspanya’da temel sağlık hizmetlerini ve Almanya’da kanser tedavisine erişimi sağlamaktadır (Yusuflı Yılmaz ve Gültekin Karakaş, 2011:34). İtalya ise 1999 yılından itibaren kamu özel ortaklığı ile çok sayıda projeyi tamamlamıştır. 2011 yılında, sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı ile gerçekleştirdiği projelerle sermaye yatırımı sıralamasında Kanada ve İngiltere’den sonra üçüncü sırada yer almıştır (Hamilton et al., 2012:13). 2005-2013 yılları arasında, dünya genelinde 404 kamu özel ortaklığı sözleşmesi imzalanmış olup, bunların 277’si Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilmiştir. Avrupa ülkelerinde imzalanan sözleşmelerin %60 gibi önemli bölümü Birleşik Krallık’ta imzalanmıştır. Bu ülkeyi sırasıyla Fransa (%8), İspanya (%7), İtalya (%6) ve Türkiye (%5) izlemektedir (Wachsmuth, 2013). Ayrıca Avrupa’da gerçekleştirilen toplam 152 projenin büyük kısmı sağlık ve eğitim tesisleri alanındadır. Bu projelerin yaklaşık 2/3’ü İngiltere’de gerçekleştirilmiştir. Portekiz ve İspanya’nın payları %10 civarındadır. Fransa ve Almanya’da da kamu özel ortaklığı Modeli altyapı yatırımları alanında etkin kullanılmaktadır ve kullanım yüzdelerinin artması planlanmaktadır (Çekirge, 2006:14). Bu doğrultuda İngiltere’nin kamu özel ortaklığı kullanımında ilk sırada yer aldığı ve dünyaya rol model olduğu ifade edilebilir.

Dünyadaki diğer ülkelerin kamu özel ortaklığı uygulamalarına bakıldığında; Pakistan’ın Sindh eyaletinde paydaşların sağlık hizmeti sunumunda kamu özel ortaklığını tercih etme nedenleri mevcut devlet hastanelerindeki yolsuzluklar, devlet hizmetlerindeki sorumluluk eksikliği, kötü denetimlerin personeller arasında verimsizliğe neden olması ve kamu özel ortaklığı düzenlemelerinin mevcut temel sağlık birimlerinde daha iyi hizmet sunumu sağlaması olarak sıralanmıştır. Ayrıca kamu özel ortaklığı uygulamalarının önündeki ana engelin sağlık personellerinin direnci olduğu ifade edilmiştir (Khan & Puthussery, 2019:5-6). Kanada, Hollanda ve Danimarka kamu özel ortaklığı modelini uygulayan ülkeler arasındadırlar. Ancak kamu özel ortaklığına ilişkin deneyim, kullanım ve ulusal hükümet desteği açısından ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Bu bağlamda bu ülkelerin kamu özel ortaklığı yönetimlerine ilişkin karşılaştırmanın yapıldığı bir çalışmada genel olarak benzerlik görüldüğü ancak küçük farklılıkların da yer aldığı ortaya çıkmıştır. Kanada’daki profesyonellerin kamu özel ortaklığının performansa dayalı olarak yönetilmesi fikrini benimsediği, Hollandalı profesyonellerin özel sektör paydaşı ile yakın işbirliğine değer verdiği, Danimarkalı profesyonellerin ise özel sektör paydaşının yönetim özgürlüğüne daha fazla önem verdiği görülmektedir (Warsen et al., 2020:136).

Romanya’da yasal çerçevenin iyileştirilmesi ve ekonominin bazı alanlarındaki projelerin gerçekleştirilmesi yoluyla kamu özel ortaklığı kavramının tanıtılması ve hayata geçirilmesi yavaş yavaş yapılmıştır. 90’lı yıllardan itibaren kamu özel ortaklığı çeşitli alanlarda yatırımlar, özel yabancı

yatırımcılara imtiyazlar şeklinde ekonominin yeniden yapılandırılması eylemleri içinde kendini göstermiştir. Kamu özel ortaklığı ile ilgili ilk yasal girişimler 2002 yılında alınmıştır (Popa, 2019:287). Polonya’da 1990’larda kamu kuruluşları ile özel kuruluşlar arasındaki işbirliği girişimleri yapılmasına rağmen özel ortakla yürütülecek kamu görevleri ile ilgili ilk düzenleme 2005 yılında yapılmıştır. Ancak bu düzenleme ortaklığın gelişmesine yol açmak yerine, bu gelişmeyi durduran bir dizi çözüm içermektedir. Bu nedenle Polonya’da 2018 yılında kamu-özel ortaklığı tanımından başlayarak ortak seçimindeki kriterler, yükümlülükler gibi bazı önemli değişiklikleri içeren kanun düzenlenmiştir (Baranowska-Zajac, 2018:243).

Avrupa’ya göre daha sonraki dönemde başlayan kamu özel ortaklığı, Türkiye’de kamuda 80’li yıllarda özelleştirme politikalarıyla başlamış, 90’lı yıllarda ise kamu özel ortaklıkları ile yeni bir boyuta geçmiştir (Çelik, 2008:36). 2000’li yıllarda ise özellikle ulaşım, konut gibi alanlarda kullanılan kamu özel ortaklığı uygulamaları sağlık sektöründe de kullanılmaya başlamıştır. Kamu özel ortaklığı ile ilgili ilk hareket 1984 yılında 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun’u ile ülke gündemine girmiştir. Daha sonra 1994 yılında 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunla kamu kurum ve kuruluşlarınca ifa edilen, ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak gerektiren bazı yatırım ve hizmetlerin, yap-işlet-devret modeli çerçevesinde yaptırılmasını amaçlanmıştır (Çal, 2018:39; Resmi Gazete, sayı:21959). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı projelerinin uygulanabilmesi için ise 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’na ek madde eklenmiştir. Bu maddede; yapılacak sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacağı belirtilmiştir (Resmi Gazete, sayı:5396). Nitekim kamu özel ortaklığının sağlık sektöründe uygulanması için yapılan sonraki çalışmalar sonucu 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun yayınlanmıştır. Bu Kanun ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kamu özel ortaklığı modeli ile yapılmasına ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir (Resmi Gazete, sayı:6428). Yasal mevzuat doğrultusunda özel yatırımcıların sağlık sektöründe yatırım yapmaları teşvik edilmiştir. Bu minvalde, kamu özel ortaklığı modeliyle risk, devlet ve özel yatırımcı arasında paylaşılmakta ve hastalara doğrudan verilen hizmet devlet tarafından verilmektedir. Ekipman, malzeme tedariki vb. diğer işlemler özel yatırımcının sorumluluğunda yer almaktadır (Öge ve Baş, 2016:108).

Türkiye’de kamu özel ortaklığı alanında yap-işlet-devret, yap-kirala-devlet, yap-işlet ve işletme hakkı devri gibi modeller uygulamaktadır. Sağlık sektöründe yapılan şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinde yap-kirala-devret modeli kullanılmaktadır. Bu modelde özel sektör tesisi yapıp, fiziksel donanımını sağlamaktadır. Ayrıca, sözleşme boyunca özel sektörün görev alanına giren birimleri işletmekte ve sonunda tesisi kamuya devretmektedir. Kamu ise özel sektöre her yıl kira ödemesi yapmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018:21). Kira süreleri hastaneler için uzun süreliğine (25 yıl) olmakta ve özel sektör “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri de yürütmektedir (Pala, 2018:8).

Türkiye’de 1986-2017 yılları arasında 225 kamu özel ortaklığı projesinin uygulama sözleşmesi yapılmıştır. Bu sözleşmelerin %9.3’ü ise sağlık sektörü ile ilgili sözleşmelerdir (Kalkınma Bakanlığı, 2018:25). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü’nün verilerine göre 20 şehir hastanesinin sözleşmesi imzalanmış olup, bu şehir hastanelerinden 10’u açılmıştır. 2020 yılında ise Konya Karatay, Gaziantep,

Tekirdağ, Kütahya, Kocaeli, İzmir Bayraklı, İstanbul İkitelli şehir hastaneleri ile Şanlıurfa Sağlık Kampüsü'nün açılması planlanmaktadır (sygm.saglik.gov.tr).

Şehir Hastanelerine Yönelik Eleştiriler

Sağlık sektöründe, artan tıbbi maliyetler, kaliteyi iyileştirme çabaları, eşitsizlikler gibi birçok sorun bulunmaktadır. Kamu ve özel sektörün en iyi özellikleri bir araya getirilerek bu sorunların çözümüne çalışılmaktadır. Sağlık sistemlerinin performansının iyileştirilmesinde bu durumun giderek kritik bir rol oynadığı görülmektedir (Mitchell, 2001:26). Ancak kamu özel ortaklığının sağlık sektöründeki yansımaları olan şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerini iyileştirmesine, şehir hastanelerinin devamlılığının sağlanmasına yönelik bazı eleştiriler ortaya çıkmaktadır. Bu eleştiriler değerlendirildiğinde, ilk olarak finansal kurumların sağlık sektöründeki kamu özel ortaklığı projelerine fon sağlama konusunda isteksiz davranması belirtilebilir. Bunun nedeni kamu özel ortaklığı projelerine yönelik fizibilite çalışmalarında yapılan eksiklikler ya da yetersizliklerdir. Bu tür durumlarda finansal kurumlar, sözleşmelerin belirli hükümlerinin yeniden müzakere edilmesini ve yazılmasını talep edebilmektedir. Dolayısıyla finansal kapanış süresinin uzamakta ve sözleşmelerin içeriği şartnamelerden farklılaşmaktadır (Emek, 2017:81). Ayrıca İngiltere, ABD, İrlanda, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde de son yıllarda kullanılmış olan bu modelin finansal açıdan artıları ve eksileri çokça tartışılmaktadır (Cerrahoğlu, 2016:81). Bu bağlamda kamu özel ortaklığı projelerinin hazırlanmasında finansmanın yanı sıra kamu ve özel sektör alanlarında tecrübeye sahip uzmanlardan oluşan bir kurul görev almalıdır. Keskin'in (2011) ifade ettiği gibi net ve anlaşılır şekilde hazırlanan sözleşmeler, her konuyu kapsmalıdır. Bu konudaki suistimallerin önüne geçilebilmesi için ise denetimlerin artırılması gerekmektedir. Etkin yapılan sağlık sektöründeki denetimler neticesinde beklenen hizmet kalitesine ulaşılabileceği görüşü hakimdir.

Kamu özel ortaklığına ilişkin bir diğer eleştirinin ise ekonomik yönden olduğu ifade edilebilir. Özel ortak, kamu hizmetlerinin sunumuna yatırım yaparak, yeni yönetim ve organizasyonel çözümlere ve daha yüksek hizmet sunum standartlarına ulaşmak veya kamu hizmetlerinin sunum maliyetini azaltmayı amaçlayarak teknik ve teknolojik çözümlerin kullanılmasını sağlayan kaynaklar sağlar (Panasiuk, 2019:448). Ancak kamu özel ortaklığı taraflarından özel sektör işletmelerinin birincil amacı kar elde etmek iken kamu kurumları sunduğu hizmetler ile toplumsal faydayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla farklı amaçlar güden kamunun ve özel sektörün ortak bir çatı altında kamusal faaliyetleri nasıl yürüteceği sorunlardan biridir (Güneş, 2009:60). Politik ve ekonomik ortamın yanı sıra, bu büyük projeler her zaman yolsuzlukla ilgili endişeleri artırmaktadır. Düzenleme sürecinin belirsizliği, şeffaflık eksikliği (bu projelerle ilgili veriler "ticari sır" olarak kabul edildiğinden) ve bağımsız denetimin yapılmaması siyasi endişeleri artırmaktadır (Öztürk, 2018:9). Ayrıca birçok imtiyaza sahip olan özel sektör işletmeleri, KDV, damga vergisi ve bütün harçlardan muaf tutulacaklardır. Kısacası devlet kira ödemenin yanı sıra vergi kaybı da yaşayacaktır. Üstelik bu özel sektör işletmelerinin finansman için yurt dışından aldıkları uluslararası kredilere de tam hazine garantisi verilmektedir (Kumral, 2018:21).

İskoçya, Galler ve İngiltere'de bulunan 9 kamu özel ortaklığı modeli hastanelerde çalışanların katılımıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda dört dikkat çekici soruna vurgu yapılmıştır. Bunlar; yatak sıkıntısı, finansal problemler, kötü tasarım ve kalite ile bakım seviyelerindeki azalmalardır. Ziyaret edilen hastane binalarının tümünde yapısal ve tasarım problemleri bulunmaktadır. Örneğin, camla çevrili binalarda uygun havalandırma veya iklimlendirme eksikliği mevcuttur (Lister, 2003). Türkiye'de hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan bir çalışmada ise katılımcılar şehir hastanesinin temizlik, hijyen, hastane binasının yeni, ferah ve rahat olması açısından memnuniyetlerini dile getirirken; şehir hastanesine ulaşım, hastane içi ulaşım, otopark ve asansör gibi fiziki koşullara yönelik



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

olumsuz görüşlerini bildirmişlerdir (Gökkaya vd., 2018:146). Şehir hastanelerinin geniş bir alanda kurulu olmaları nedeniyle hastane içi ulaşım sorunlarının olması beklenen bir durumdur ve bu soruna elektrikli araçlar ile çözüm bulunmaya çalışılmaktadır, ancak şehir hastanelerinin şehir merkezlerinden uzak bölgelere yapılmaları, sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmaktadır. Özellikle gelir durumu düşük bireylerin şehir hastanelerine ulaşmaları ekstra külfete neden olmaktadır. Thadani'ye (2014) göre, kamu özel ortaklıkları ile ilgili tek endişe sağlık hizmetlerine erişim ve satın alma gücü paritesinde zenginler ve yoksullar arasındaki eşitsizliklerin olmasıdır. Özel sektörün kâr maksimizasyonu güdüsü, toplumun daha yoksul kesimlerinin bu tür hizmetlerden faydalanmasına engel olmamalıdır. Öztürk vd.'nin (2017) TÜİK'ten elde edilen Sağlık Araştırması veri setleri kapsamında Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyetsizliği incelediği çalışmasında yataklı sağlık hizmetlerinin kullanımında 2008-2012 arasında hakkaniyetsizlik düzeyinde bir artış gözlemlenmiştir. Benzer bir düşünce ile Duyguluer (2016) bölge bilimi yönünden çok çeşitli soruların varlığı devam ederken, ülke bütünü dağılımında şehir hastaneleri için seçilmiş olan illerin, daha önceki dönemlerde sağlık hizmetlerinin götürüldüğü gelişmiş bölgelerde yer alması nedeniyle, gelişmemiş yöre illerinin niye dikkate alınmadığı sorusunun önceki yıllarda dile getirildiğini ifade etmiştir. Bu ifadeler doğrultusunda devletin birincil görevlerinden biri olan sağlık hizmeti sunumunda hakkaniyetin ve eşit düzeyde hizmete erişimin ön planda olduğu planlamalar yapılması önemlidir.

Dünya Bankası tarafından geliştirilen bir yaklaşım çerçevesinde Türkiye'nin 81 ili 29 bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgelerde yapılması öngörülen şehir hastanelerinin %70 doluluk garantisinin gerçekleştirilmesi için, şehir hastanelerinin yapıldığı bölgelerde kamuya ait hastanelerin kapatılması gündemdedir. 81 ildeki sağlık hizmetlerinin 29 merkezde yoğunlaştığı bu yaklaşımla, tüm planlanan şehir hastaneleri hizmete girdiğinde; iller bu merkezlere bağlanacaktır. Bölgeler arası dengesizliği daha da artıracak bu girişimle sağlık hizmetleri merkezileştirilmektedir. Dolayısıyla şehir hastanelerinin kurulduğu yerler zaten büyük şehirler olduğu için, diğer küçük iller biraz daha kenarda kalmaktadır (Şengül, 2017:21). Diğer taraftan şehir hastaneleri için kamu tarafından %70 yatak doluluk oranı garantisi verilmesi nedeniyle, kamu kesimi adına kaynak israfının yaşanmasına neden olabilir. Bu yüzden bu kurumlarla koordineli semt polikliniklerinin kurulması ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında özel hastaneler tarafından sunulan bazı sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılması etkili olabilir (Songur ve Top, 2018:182).

Kamu özel ortaklığı ile ilgili bir diğer eleştiri ise risklere yöneliktir. Songur'a göre (2018) kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin karmaşıklığı ve uzun süreli olması projenin değişik aşamalarında başta pazar, gelir, tasarım, işletim konularında olmak üzere birçok riskle karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Sözleşme tasarımında yapılan uygun olmayan risk dağılımı ve paylaşımı uzun vadede bu modelde sorunlara yol açabilmektedir. Sekhri ve diğerleri de (2011) kısa vadeli sözleşmelerden farklı olarak, entegre ortaklıkların uzun vadeli yatırımlar ve paylaşılan riskler içerdiğini; bu durumun başarılı sonuçlara karşılık bağlılık ile sonuçlandığını belirtmektedir. Öyle ki uzun süreli kamu özel ortaklığı sözleşmeleri, sözleşmeyi imzalayan hükümetlerden sonra gelen birçok hükümetin hem sağlık hem de kamu maliyesi alanındaki politika tercihlerini ipotek altına almakta, hatta tercih olanaklarını neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır (Kumral, 2018:23). Kamu özel ortaklığında uygun risk dağılımının sağlanması gerekmektedir. Kamu özel ortaklığının özel sektör tarafı altyapı ile ilgili birçok riski üstlendiği için, gelirlerini de artırmak istemektedir. Ancak önemli olan her iki tarafın başarılı olduğu ve yönetebileceği riskleri üstlenmesidir. Türkiye'de şehir hastaneleri konusunda paydaşlar daha çok finansal risk ve işletme riski ile karşı karşıya kalılabileceğini düşünmektedir. Özellikle küresel piyasadaki siyasi istikrarsızlık ve buna bağlı olarak döviz kurumundaki dalgalanmalar finansal riski artırabilecek en temel faktörlerdendir. Şehir hastaneleri projelerinin çok yüksek yatak kapasiteli olması ve belirli alanlarda özel sektör ve kamu sektörünün birlikte hareket etme mecburiyetinin getirebileceği olası sorunlar işletme riskini artırabilir (Songur ve Top, 2018:181). Bu bağlamda şehir hastanelerinin

proje aşamasında fizibilite çalışmalarının bu alanda uzmanlığa sahip bir heyet tarafından hazırlanması; finansal risk ve işletme riskine yönelik senaryolar geliştirilip, çözümlerinin bulunması; belirli periyotlarla risklere yönelik izlem ve denetimlerin yapılması önerilebilir. Diğer bir ifadeyle Avrupa Sayıştay'ının (European Court of Auditors) (2018) hazırladığı raporda kamu özel ortaklığı projesindeki riskler, onları yönetmek için en uygun olan tarafa tahsis edilmelidir; burada amaç, risk taşıyan taraf için risk değişimi ve tazminat arasındaki optimum dengeyi sağlamaktır. Özel ortak, genellikle tasarım, inşaat, finansman, işletme ve bakım ile ilişkili risklerden sorumlu iken, kamu ortağı genellikle düzenleyici ve politik riskleri üstlenmelidir.

Kamu özel ortaklığına hukuki açıdan yapılan eleştiri ise kamu özel ortaklıklarına bir yandan ortak olan, diğer yandan ise bu tür ortaklıkları denetleme ve gözetleme ile yükümlü olan devletin bu yükümlülüklerini hakkıyla yerine getirmesindeki zorluktur. Bunların yanı sıra hizmet sürecinde devlete has bazı egemenlik yetkilerinin özel kişilere devrinin demokratik meşruluk açısından sorun teşkil etmesidir (Güneş, 2009:60). Sağlık hizmetlerinde yardımcı personel ile başlayan piyasadan temin uygulamalarının giderek tıbbi hizmetler alanında da yaygınlaştığı düşünüldüğünde, diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de kamu özel ortaklığı modelinin yakın bir gelecekte tıbbi hizmeti de içereceği düşünülebilir (Karasu, 2011:228). Günümüzde şehir hastanelerinde patoloji, radyoloji gibi yardımcı sağlık hizmetleri özel ortak tarafından sunulmaktadır. Ancak henüz tamamı bile açılmamışken şehir hastanelerinde verilen tüm tıbbi hizmetlerin gelecekte özel ortak tarafından verilebileceği sadece bir tahmin olabilir.

Kamu özel ortaklıkları, özel sektörün yenilik, teknik bilgi ve beceri, yönetsel verimlilik ve girişimci ruhu ile kamu aktörlerinin sosyal sorumluluk, sosyal adalet, kamu hesap verebilirliği, yerel bilgi ulaşma, kaliteli sağlık altyapısı ve hizmetleri sunmak için uygun bir ortam yaratmak gibi güçlü yönlerini birleştirebilir (Roehrich et al., 2014:117). Ancak kamu özel ortaklıkları kavramsal olarak çekici olsa da, küresel sağlık eşitliği üzerindeki etkileri konusunda birçok kaygı ortaya çıkmıştır (Asante & Zwi, 2007:176). Nijerya'nın Enugu eyaletindeki 466 katılımcı (kamu ve özel sağlık çalışanları, toplum üyeleri) ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %61.4'ü kamu özel ortaklığının sağlık hizmetlerini iyileştireceğini düşünmektedir. Katılımcıların kamu özel ortaklığıyla ilişkili olabileceğini düşündüğü en çok tekrarlayan sorunlar ise, iş kaybı ve sağlık hizmeti maliyetinin artmasıdır (Anyachie et al., 2014:63-65). Belirli bir yatak kapasitesinden dolayı hastanenin belirli bir sabit maliyeti oluşmaktadır. Bu maliyetin içine ısınma, aydınlanma, personel harcamaları, fiziki alt yapıya ilişkin giderler dahil edilebilir. Hastanede tedavi edilen hasta sayısı arttıkça kapasite kullanım oranı da buna bağlı olarak artacak, dolayısıyla tedavi edilen hasta birim maliyetini düşürecektir (Yiğit ve Ağırbaş, 2004:145). Bu noktada bazı hastanelerin kapatılmasıyla bireylerin şehir hastanelerine yönlendirilmesi sağlanmakta ve maliyet açısından bu hastaneler desteklenmektedir. Cerrahoğlu (2016) ise şehir hastanelerinin bireyler açısından cazip hale getirilmesi ve hastaların şehir hastanelerine yönlendirilmesi ile aile hekimliği uygulamasının başarısız kılınacağını ifade etmektedir.

Kamu özel ortaklıklarının sürdürülebilirliği için; güven oluşturma, açıkça tanımlanmış hedefler ve roller, zaman taahhüdü, özellikle risk ve fayda ile ilgili şeffaflık ve dürüst bilgi, sözleşme esnekliği, usule ilişkin düzenlemelerin ardında teknik yardım veya finansal teşvik, sorumluluk ve kararlarla ilgili yapısal değişikliklerin farkındalığı şeklinde yedi temel faktör tanımlanmıştır (Wong et al., 2014:261). Bir diğer çalışmada ise kamu özel ortaklığı için en uygun ilkenin ilk önce "şeffaflık", ikinci olarak "güven" ve üçüncü olarak "yeterlilikler" olduğu yönündedir (Lee, 2013:314). Nitekim Kanada'da kamu özel ortaklığının başladığı dönemlerde uygulanan bir kamu özel ortaklığının incelendiği çalışmada, şehir hastanesinin mülkiyetin hangi paydaşa olacağı, bir diğer hastanenin kapatılması gibi konularda toplumun yeterince bilgilendirilmediği görülmüştür. Çalışmada sağlık hizmetlerinin "özelleştirilmesi" hassasiyeti göz önüne alındığında, özellikle kamuoyu algılarının yönetilmesine



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

yönelik resmi bir iletişim ve katılım planının kritik sorunların zamanında yönetilmesine yardımcı olacağı ifade edilmiştir (Barrows et al., 2012:13). Bu bağlamda kamuoyunun bilgilendirilmesi, kamu özel ortaklığına ilişkin şeffaflık ve güven sağlamada etkili olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri, toplumun tamamını ve geleceğini etkileyen hizmetlerin başında gelmektedir. Bu hizmetleri iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla kamu özel ortaklığının yap-kirala-devret modeliyle şehir hastaneleri yapılamaya başlanmıştır. Gelişen teknolojik yenilikler, artan maliyetler, var olan kurumların yenilenmesi gibi nedenler kamunun bu işletim modeline yönelmesini sağlamıştır. Ancak sözleşme sürelerinin uzunluğu, finansal riskler, hukuki endişeler gibi birtakım nedenler politika aktörlerinin kamu özel ortaklığına yönelik eleştirel yaklaşımlarına sebep olmuştur. Finansal kurumların bu ortaklıklara fon sağlamadaki isteksizlikleri, devletin maddi kayıp yaşayacağı düşüncesi, sözleşmelerin uzun süreli olması, bu projelerle yapılan tesislerde oluşan fiziki sıkıntılar, ulaşım sorunları ve bölgesel dağılımdaki eşitsizlikler, denetimle ilgili belirsizlikler kamu özel ortaklığına yöneltilen eleştiriler olarak görülmektedir.

Kamu özel ortaklığının finansal yönü dünyada tartışılırken, Türkiye’de de finansal açıdan sorunlar görülmektedir. Paydaşlar ile finansal kurumlar arasında yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak öncelikle projelerin ve fizibilite raporlarının hazırlanması sürecinde finans konusunda uzman bireylerin danışmanlığına başvurulmalıdır. Sözleşme sürecinin uzamaması için gerekirse finansal kuruluşlara proje hazırlık aşamasında danışılmalıdır. Şehir hastanelerinin kamu özel ortaklığı projesi olarak yapılmasının, devletin maddi zarara uğramasına neden olacağı görüşü de endişe yaratmaktadır. Yolsuzluk ve bazı imtiyazlar başlıca maddi zarar sebepleri olarak ifade edilirken, devletin bu projeleri yakinen denetleyeceği, elde edeceği maddi ve manevi kazanç ya da kayıpların kamuoyu ile paylaşılacağı bilgisi de bu endişeleri azaltacaktır. Ayrıca yaşanabilecek maddi ve manevi kayıplara karşı da stratejik planlamalar yapılmalıdır.

Şehir hastanelerinin tasarımı aşamasında sağlık çalışanlarının fikirlerinin alınması, dünyadaki ve Türkiye’deki tasarımların kullanım koşullarının değerlendirilmesi, yeni planlanan şehir hastanelerinin daha fonksiyonel inşa edilmesini sağlayacaktır. Avrupa Sayıştay’ının kamu özel ortaklığı raporunda yer alan önerilerine benzer şekilde, paydaşların kendi uzmanlıkları ile ilgili alanlara yönelmeleri ve bu alanlara ilişkin riskleri üstlenmeleri risk dağılımının dengelenmesini sağlayacaktır. Bunun yanı sıra şehir hastanelerindeki tüm hizmetlerin sunumunda görev alan sağlık personellerinin piyasadan teminine yönelik söylemler, kamu personeli çalışanların endişe duymasına, aynı zamanda eleştirilere neden olmaktadır. Devletin, mevcut kamuda görevli sağlık çalışanlarının var olan haklarının korunacağına, sağlık personeli teminin standart prosedürle devam edeceğine ilişkin kamuoyunu bilgilendirmesi endişeleri azaltacaktır.

Sonuç olarak, kamu özel ortaklığında yer alan tüm paydaşların bu projeden beklentilerinin önceden tespit edilmesi, sürecin daha sağlıklı gelişmesine katkı sağlayacaktır. Dolayısıyla şehir hastanelerinin ilk sürecinden itibaren toplumda ve bu hastanelerde çalışacak sağlık çalışanlarında olmak üzere algı ve tutuma yönelik çalışmaların yapılması ve mevcut algıyla ilgili verilerin toplanarak değerlendirmelerin yapılması projenin başarısı için önem arz etmektedir (Öztürk ve Billerlioğlu, 2015:4). Ancak sağlık sektöründe geçmişi pek de eski olmayan kamu özel ortaklığının uzantısı şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerin uzun süre devam edeceği öngörülmektedir. Yeniliklere ve değişime karşı ortaya çıkan direncin azaltılması için öncelikle toplumun kamu özel ortaklığı konusunda şeffaf biçimde bilgilendirilmesi etkili olacaktır. Doğru ve etkili iletişimin yanlış anlaşılmaları önlediği ve sorun çözümünde başarılı olduğu düşünüldüğünde, şehir hastaneleri ile ilgili bilgilerin paylaşılması olumsuz

23

eleştirilerin azaltılmasına yardımcı olabilir. Hizmete açılan şehir hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin ulaşım ve fiziki yapıya yönelik değerlendirmeleri neticesinde iyileştirmeler yapılmalı ve yapılan yenilikler duyurulmalıdır. Bu duyurular şehir hastanelerinde görevli sağlık çalışanlarının yaptığı değerlendirmelerin dikkate alındığının göstergesi olacaktır. Bir tarafta kar amacı güden, diğer tarafta kar amacı gütmeyen iki paydaşın bir araya gelmesini sağlayan sözleşmelerin, kamuoyu ile paylaşılması da kamu özel ortaklığına olan güvenilirliği artıracaktır. Ayrıca şehir hastanelerinin izlem ve denetimlerinin özerk bir kuruluş tarafından yapılması, denetimlerin etkinliğinin hassasiyetle yapıldığı düşüncesini destekleyecektir. Olumlu ya da olumsuz yapılan eleştirilerin incelenmeye alınması ve anlamlı bulunan eleştirilerin çözümlenmeye çalışılmasıyla kamu özel ortaklığının daha doğru bir modele dönüşeceği kaçınılmazdır.

KAYNAKÇA

Anyaehe, U., Nwakoby, B., Chikwendu, C., et.al. (2014) Constraints, Challenges and Prospects of Public-Private Partnership in Health-Care Delivery in a Developing Economy, *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(1),61-66.

Asante, A.D. & Zwi, A.B. (2007) Public-Private Partnerships and Global Health Equity: Prospects and Challenges, *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(4),179-180.

Aydemir, İ. (2018) Hastanelerde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Uygulama, *Usaysad Dergisi*, 2018; 4(2),133-149.

Ayhan, E. ve Önder, Ö. (2018) Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, *Usaysad Dergisi*, 4(1),109-121.

Baranowska-Zajac, W. (2018) Would Amendments From 2018 in The Act On Public-Private Partnership Affect The Increase of The Scope Of Performance of Public Tasks In Public-Private Partnership Formula in Poland?, *Perspectives of Law and Public Administration*, 7(2),242-253.

Barrows, D., MacDonald, H. I. & Supapol, A. B., Dalton-Jez, O., & Harvey-Rioux, S. (2012) Public-Private Partnerships in Canadian Health Care: A Case Study of The Brampton Civic Hospital, *Oecd Journal On Budgeting*, 12(1),1-14.

Cerrahoğlu, A. (2016) Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak, *Jour Turk Fam Phy*, 07(3), 81-84. Doi: 10.15511/tjtfp.16.00381.

Çal, S. (2018) Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması, *Şehir Hastaneleri*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Çekirge, H. L. (2006) Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çelik, F. E. (2008) Hizmet Sunumuna Katılım ve Kamu-Özel Ortaklıkları, DOSYA-08: Yerel Yönetimlere Katılım, Bülten 64 (Aralık 2008), Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını, 28-38.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Çınar, N.F., Türkoğlu, Ç., Tütünsatar, A. (2017) Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(29),215-232.

Duyguluer, F., Özbay, H., Erten, D. (2016) Şehir Hastaneleri ile İlgili Aklımıza Takılan Sorular, Mimarlık Dergisi, 390,15-18.

Emek, U. (2017) Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme, Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi, 7(1),139-168.

EPEC (2018) EPEC Market Data, European Investment Bank, Erişim, 22.04.2019 <https://data.eib.org/epec> European Court of Auditors (2018) Special Report Public Private Partnerships in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits,, Erişim Tarihi:29.12.2019. https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_09/SR_PPP_EN.pdf

Gökkaya, D., İzgüden, D., Erdem, R. (2018) Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9(20),136-148.

Green Paper (2004) On Public-Private Partnerships And Community Law On Public Contracts And Concessions, COM (2004) 327 final, Brussels, 30.4.2004.

Güneş, A. M. (2009) Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem Kamu Özel Ortaklığı, Güncel Hukuk Dergisi, 58-62.

Hamilton, G. Kachkynbaeva, M, Wachsmuth, I. & Masaki, E. (2012) A Preliminary Reflection On The Best Practice In Ppp In Healthcare Sector: A Review Of Different Ppp Case Studies And Experiences, https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf Erişim Tarihi: 01.01.2020.

Kalkınma Bakanlığı (2018) Kamu Özel İşbirliği Raporu 2017, Yayın No:2983.

Karadeniz, E. ve Koşan, L. (2017) Hastane Hizmetleri Sektörünün Aktif ve Özsermaye Karlılık Performansının Analizi: Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Araştırma, İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 5(1),37-47.

Karasu, K. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3),217-262.

Kerman, U., Altan, Y. Aktel, M., Eke, E. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3),1-23.

Keskin, S. (2011) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Khan, N. N & Puthussery, S. (2019) Stakeholder Perspectives on Public-Private Partnership in Health Service Delivery in Sindh Province of Pakistan: A Qualitative Study, Public Health,170:1-9.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Kumral, E. (2018) Şehir Hastaneleri: Yeni Bir Uluslararası Sömürü Yöntemi, İktisat ve Toplum Dergisi, 88,18-23.

Lee, H. S. (2013) A Study on the Public-Private Partnership to Global Health Issues in Korea, Osong Public Health Res Perspect, 4(6),308-315.

Levy, S. M. (1996) Built Operate Transfer: Paving the Way for Tomorrow's Infrastructure, John Wiley & Sons, New York.

Lister, J. (2003) The PFI Experience: Voices from the Frontline (London: Unison).

Mitchell M. (2001) An Overview of Public Private Partnerships in Health. Boston, MA: Harvard School of Public Health, 1-28.

Organ, A. ve Tekin, B (2017) Şehir Hastanesi Kuruluş Yeri Seçimi İçin Entropi ve Gri İlişkisel Analiz Yaklaşımı: Denizli İli Örneği, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(3),256-278.

Öge, H. ve Baş, T. (2016) Public-Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. The Journal of Business Science, 4(2),105-119.

Özsevgeç, T. (2016) Veri Toplama, (7. Bölüm) (Ed: Bütün M. ve Demir, S.B.) Nitel Araştırma Yöntemleri 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Öztürk, K. ve Billerlioğlu, H. (2015) Şehir Hastaneleri Yönetim ve İşletim Modeli. <http://tusside.tubitak.gov.tr/tr/yayinlarimiz/makaleler/SEHIR-HASTANELERI-YONETIM-VE-ISLETIM-MODELI>, Erişim Tarihi:03.01.2020.

Öztürk, S. (2018) An Evaluation of Public Private Partnerships (PPP) in Health: Turkish Experience <http://fs.hacettepe.edu.tr/husep/dosyalar/PPP.pdf>

Öztürk, S., Başar, D., Kortan Saraçoğlu, I. (2017) Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Örneği, Ekonomik Yaklaşım, 28(105), 95-127.

Pala, K. (2018) Türkiye’de Sağlıkta Kamu- Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri, (Ed: Bora, T.). İstanbul: İletişim Yayınları.

Panasiuk, M. (2019) Public-Private Partnership as a Response to Public Procurement In Economic Sectors, Scientific Papers of Silesian University of Technology, Organization And Management Series No. 139,447-460.

Popa, F. (2019) Aspects on the Promotion of Public-Private Partnership, in Romania, after 1990, “Ovidius” University Annals, Economic Sciences Series, 19(1),280-289.

Resmi Gazete (1994) Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun, Sayı:21959, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/21959.pdf>.

Resmi Gazete (2005) 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.html>.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Resmi Gazete (2013) Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6428.pdf>

Roehrich, J.K., Barlow, J. & Wright, S. (2013) Delivering European Healthcare Infrastructure Through Public-Private Partnerships: The Theory and Practice of Contracting and Bundling, , T. K. Das (Ed.)Managing Public-Private Strategic Alliances, Chapter 1.

Roehrich, J.K, Lewis, M. A. & George, G. (2014) Are Publicprivate Partnerships A Healthy Option? A Systematic Literature Review, Social Science & Medicine, 113,110-119.

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri erişim:21.04.2019. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>

Songur, C. ve Top, M. (2018) Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security), 8(1),159-186.

Sungur, C. (2018) Sağlık Sektörü Kamu Özel İşbirliği Projelerinde Riskler ve Risk Yönetimi, KSÜSBD, 15(2),693-715.Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>, erişim:31.12.2019.

Şengül, H.T. (2017) Bu Hastane Kenti Hasta Eder! Şehir Hastanelerine Planlama Perspektifinden Bakmak, Mimarlık Dergisi, 395:20-23.

Thadani, K.B. (2014) Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane, Procedia - Social and Behavioral Sciences 157,307-316.

Top, M. ve Şahin, B. (2004) Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1), 85-106.

Van Manen, M. (2006) Writing Qualitatively, or the Demands of Writing, Qualitative Health Research, 16(5),713-722.

Wachsmuth, I. (2013) Healthcare Global & European PPPs Pipeline What we need to address? Data, Donor's Conference for the UNECE PPP ICoE, October 8, 2013.

Warsen, R., Greve, C., Klijn, E.H., Koppenjan, J.F.M. & Siemiatycki, M. (2020) How Do Professionals Perceive The Governance of Public-Private Partnerships? Evidence From Canada, The Netherlands And Denmark, Public Administration, 98,124-139.

Wong, E.L.Y., Yeoh, E. K., Chau, P.Y.K., Yam, C.H.K., Cheung, A.W.L. & Fung, H. (2014) How Shall We Examine And Learn About Public-Private Partnerships (Ppps) in The Health Sector? Realist Evaluation Of PPPs in Hong Kong, Social Science & Medicine,147,261-269.

Yıldırım, K. (2010) Raising the Quality in Qualitative Research, İlköğretim Online, 9(1),79-92.

Yiğit, V. ve Ağırbaş, İ. (2004) Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama, Hacettepe 142 Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2),141-162.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Yusufi Yılmaz, F. ve Gültekin Karakaş, D. (2011) Girişimci Cumhurbaşkanı, Girişimci Vali, Girişimci Rektör Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı'nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye'ye Özgü Nedenleri, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 Mayıs 2011.