

# Şehir Hastaneleri Özelinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin İncelenmesi

## Examination of Public-Private Partnership Model in Terms of City Hospitals

Firat KARA 

Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye.

**Sorumlu Yazar:** Firat KARA

**E-mail:** firat.kara@vsh.bau.edu.tr

**Gönderme Tarihi:** 28.02.2021

**Kabul Tarihi:** 10.05.2021

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada aynı örgütsel alanda faaliyet gösteren kamu hastaneleri ve yeni konsept olarak gelişen ve kamu-özel ortaklığını temsil eden şehir hastaneleri modelinin çatışacağı alanlar ve şehir hastaneleri modelinin özellikleri, avantaj ve dezavantajları araştırılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada doküman inceleme yöntemi kullanılmıştır. Bunun için PubMed ve Google Scholar sayfasından yararlanılmıştır. Araştırma 2020 Kasım 2021 Ocak ayları içerisinde 2010 ve 2020 yılları arasında yayımlanmış makaleler ve tezler taranarak gerçekleştirilmiştir. Türkçe ve İngilizce makaleler kapsama alınmıştır.

**Bulgular:** Ülkemizde Kamu-Özel Ortaklığı'nın (KÖÖ) en fazla uygulandığı sektörler sırasıyla enerji, ulaşım ve sağlık sektörüdür. Sağlık alanında 2020 yılı Aralık ayı itibarıyla halihazırda faaliyette olan 13 şehir hastanesinin yanı sıra yapım aşamasında 5 hastane daha vardır. Yöntemin ilgili sektördeki uygulanma nedenlerinin başında özel sektörün yeteneklerinden ve sahip oldukları teknolojiden faydalanarak toplumun sunulmasını beklediği kaliteli sağlık hizmetini üretmek ayrıca özel sektörün finansman gücünden yararlanarak yaşanan maddi sorunların üstesinden gelinmek istenmesidir. Bununla birlikte özel sektörün düşük risk yüksek kazanç bekleme hizmetlerin kamu eliyle gördürülmesine nazaran daha maliyetli olmasına neden olmaktadır. Ayrıyeten tıbbi ve destek hizmetler şeklinde sağlık hizmetlerinin parçalanması en fazla eleştirilen bir diğer konudur.

**Sonuç:** Sağlık hizmetlerinin çekirdek ve destek hizmetleri şeklinde ayrılması ve destek hizmetlerinin özel sektöre eline bırakılması hizmetlerin gereksiz tüketilmesine ve işgörenlerin çalışma ortamının bozulmasına neden olabilir. Bunun yanı sıra sistemin yaklaşık 30 yıllık örgütlenmesini gerçekleştirmiş olması ve sözleşmelerin bağlayıcılığı önemli sorunlardan bazılarıdır. Yapılan incelemelerde sözleşmelerin ticari sır kapsamında değerlendirildiği ve şeffaf olmadığı konusundaki eleştirilerin haricinde kamu üzerinde emanet yöntemine göre yüksek bir borç yükünün olduğu da görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kamu-Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri, Kamu Hastaneleri, Sağlıkta Özelleştirme, Sağlıkta Finansman Modelleri

### ABSTRACT

**Aim:** In this study, the areas where the public hospitals operating in the same organizational field and the city hospitals model, which is developing as a new concept and representing the public-private partnership, will conflict and the features of the city hospital model are investigated.

**Methods:** The document analysis method was used in the study. For this, PubMed and Google Scholar pages were used. The research was carried out by scanning the articles and theses published between 2010 and 2020 in January 2020, November 2021, and the articles in Turkish and English were included.

**Results:** The sectors in which the Public-Private Partnership is applied the most in our country are the energy, transportation and health sectors, respectively. In the field of health, there are 13 city hospitals currently operating as of December 2020, as well as 5 more hospitals under construction. One of the main reasons for the method to be applied in the relevant sector is to produce the quality health service that the society expects to be provided by benefiting from the capabilities and technology of the private sector, and to overcome the financial problems experienced by benefiting from the financial power of the private sector. On the other hand, the private sector's expectation of low risk and high earnings causes the services to be more costly than outsourcing to the public. Also, the fragmentation of health services in the form of medical and supportive services is another issue that has been criticized most.

**Conclusion:** Separating health services into core and support services and leaving support services to the private sector may cause unnecessary consumption of services and deteriorate the working environment of employees. In addition, the fact that the system has been organized for about 30 years and the binding nature of the contracts are some of the important problems. In the examinations made, it is seen that the contracts are considered within the scope of trade secret and apart from the criticisms that they are not transparent, there is a high debt burden on the public compared to the trust method.

**Keyword:** Public Private Partnerships, City Hospital, Public Hospitals, Health Privatization, Health Care Financing Models

## 1. GİRİŞ

20. yy'ın son çeyreğinde yaşanan ekonomik bunalım, refah devleti paradigmasının terkedilmesine sebebiyet vermiş, kamusal mal ve hizmet olarak görülen sosyal güvenlik, eğitim ve sağlık gibi kimi alanlarda özel sektörün etki alanı genişlemeye başlamıştır. 1980'li yıllardan sonra devlet tekelinin olduğu birçok sektörde değişim yaşanmış, yeni kamu yönetim felsefesi ile özelleştirmeler ağırlık kazanmıştır. Zamanla özelleştirmelerin kapsamı genişlemiştir. Bununla birlikte yeni liberal anlayış özelleştirmelerin etki alanının genişlemesine neden olan yeni modelleri 'üçüncü yol' olarak adlandırarak özelleştirme kavramının dışında olduğu izlenimi yaratmıştır. Böylelikle kavrama yönelen eleştirilerden muaf olmak amaçlanmıştır (Koray, 2001).

Sağlık alanı da bu eğilimden etkilenmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform fikri 1980'li yıllardan günümüze değin kamuoyunu meşgul eden önemli konulardan bir tanesi olmuştur. Sağlık sisteminin problemleri olduğu tespiti yapılarak iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasının yeni bir bakış açısı ile mümkün olacağı savlanmış; bu nedenle birçok girişim gerçekleştirilmiş ve son olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır. SDP sonradan eklenenlerle birlikte 11 temel başlık ve bunların alt bileşenlerinden oluşmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli ile yaşama geçirilen şehir hastaneleri ise yeni bir kurumsal mantığı temsil etmektedir. Uluslararası kuruluşların telkinleri ve gelişmiş ülkelerdeki uygulama örnekleri modelin hızla tüm dünyaya yayılmasına neden olmuştur (Ataay, 2018; Koray, 2001). Uygulamanın gerekçesinde ideolojik yaklaşım çoğunlukla arka planda bırakılmakta ve model teknik gerekçelerle açıklanmaktadır. Bu çalışmada KÖO kavramı netleştirilmeye çalışıldıktan sonra avantaj ve dezavantajları açıklanacak ve sağlık alanındaki uygulanması şehir hastanesi örneğinde incelenecek ve öneriler sunulacaktır.

## 2. YÖNTEM

Bu çalışma 2020 Kasım 2021 Ocak ayları içerisinde akademik veri tabanları olan PubMed ve Google Scholar tarama sayfalarından 2010 ve 2020 yılları arasında yayımlanmış makaleler ve tezler taranarak yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak 2000 ve 2020 yılları arasında yayınlanmış olması, dilinin Türkçe veya İngilizce olması, Bahçeşehir Üniversitesi erişim ağı üzerinden tam metnine ulaşılabilir olması belirlenmiştir. Tarama 5'i Türkçe 5'i İngilizce olmak üzere 10 anahtar kelime aranarak yapılmıştır. Bunlar; kamu-özel ortaklığı, şehir hastaneleri, kamu hastaneleri, sağlıkta özelleştirme, sağlıkta finansman modelleri, public private partnerships, city hospital, public hospitals, health privatization, health care financing models'dir. Bu tarama sonucunda 214 makale saptanmıştır. Özet okumaları sonrasında yapılan tekrar elemeler neticesinde niteliksel olarak en uygun olduğu saptaması yapılan makale sayısı 20'ye düşmüştür.

## KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI KAVRAMI

Yabancı literatürde 'Public Private Partnerships' (PPP) olarak geçen kavramın genel kabul görmüş tanımı bulunmamakla birlikte dilimizdeki karşılığının belirlenmesi noktasında da görüş birliğine varılamamıştır. Türkçe literatürü incelediğimizde "Kamu Özel Sektör İşbirliği", "Kamu Özel Sektör Ortaklığı", "Kamu Özel İşbirliği", "Kamu Özel Ortaklığı" "Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM)" ve kimi yerlerde "eksik imtiyaz" isimlendirmelerinin kullanıldığını görmekteyiz (Boz, 2013). Bu kadar farklı adlandırmaların olmasını salt çeviri nüansı ile açıklayamayız. Son yıllarda genellikle işbirliği kelimesinin tercih edilmesinin sebebi ortaklık sözcüğünün piyasa koşullarını çağrıştırmamasından dolayıdır. Kamusal mal ve hizmetlerin üretilmesinde kullanılacak olan bu yöntemin adlandırılmasında yapılacak yanlış bir tercih, özelleştirmeyi akla getirip kavram ile ilgili çekincenin alevlenmesine neden olabilir. İşbirliği kelimesi ile işte bu ihtimalin bertaraf edilmesi amaçlanmaktadır (Boz, 2013; Koray, 2001) Özelleştirmenin negatif sonuçlarından dolayı toplumun yönetime karşı durduğu dolayısıyla özelleştirmeyi ve serbest piyasayı çağrıştıracak ifadelerin kullanmasının olası sonuçları öngörüldüğünde, algı yönetiminin ne denli önemli olduğu kavranabilir. Linder'ın KÖO'nı "yeni sağın etkileyici pazarlama stratejisi" olarak adlandırması bu açıdan dikkat çekicidir (Linder, 1999)

Yöntemin uygulandığı ülke ve sektörün özelliklerine bağlı olarak programlar çeşitlenmekte dolayısıyla hükümetler ve uluslararası kuruluşlar birbirinden farklı tanımlamaları benimsemektedirler (Şenel Tekin ve Çelik, 2012) Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) ülkemizde "yatırım ve hizmetlerin, bir sözleşmeye dayalı olarak maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesidir" ifadesiyle tanımlanmaktadır. Yöntem; tüm kamusal/yarı kamusal mal ve hizmet alanlarında uygulanabilmektedir (Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler, 2012, sbb.gov.tr [Internet].)

Karasu (2011) modeli "kamu hizmetlerinin örgütlenmesine, inşaat, hizmet ve finans gibi farklı sektörlerden gelen özel örgütlerin (genellikle bir ortak girişim şeklinde) farklı rollerle (mal, hizmet ve yapım işi sağlama) dâhil edildiği, yönetim ilişkisinin sözleşme temelinde kurulduğu, bu yönüyle de sözleşme ilişkisinin kendine özgü özelliklerini içinde barındıran, esnek örgütlenmeyi öngören bir modeldir" şeklinde tanımlamaktadır (Koray, 2001).

Kamu yönetiminin topyekûn özel sektöre bırakmadığı ayrıca katkısının olmadığı takdirde de özel sektörün girmek istemediği projelere, iki sektör arasında işbirliği oluşturulmak suretiyle, mevcuttaki yatırımın tasarımında, bakım ve onarımının yapılmasında veya yeniden inşa edilmesinde, ayrıyeten finansmanında ve işletilmesinde uygulanan, projenin maliyet, risk ve getirilerin paylaşıldığı, tarafların yetenekleri ölçüsünde katkı sağladığı ve denetim yetkisinin kamuda olduğu uzun vadeli tüm sözleşmeleri kapsayan bir şemsiye kavramdır (Boz, 2013; Koray, 2001; Şenel Tekin ve Çelik, 2012).

İşbirliğinin niteliğine, getiri ve riskin paylaşılma mertebesine, uygulanacak sektörün özelliklerine ve ülkelerin mevzuatlarına bağlı olarak model farklı biçimlerde hayata geçirilebilmektedir. KÖO ile sorumluluk, yetki, maliyet ve gelir iki sektör arasında yapılan sözleşme esaslarına göre bölüşülmekte, “Tasarla-Yap-Finanse Et Bakımını Yap – (TYFB), Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet (TYFi), Yap Devret, Yap Kirala İşlet Devret, Yap Devret İşlet, Yap İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet, Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret” gibi çeşitli yöntemler ile hem yüksek sermaye gerektiren hem de küçük finansmanlı projelerde başarıyla uygulanabilmektedir (Ayhan ve Önder, 2018; Tekin, 2010; Uz, 2007)

### DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ EVRİMSEL SÜRECİ VE MEVCUT DURUM

Model ilk kez Roma imparatorluğu döneminde uygulanmış ve imparatorluğun tarih sahnesinden çekilmesiyle de uzunca bir süre gündeme gelmemiştir. 12. ve 13. yüzyıllarda ise toprak kullanımıyla ilgili “Emphyteutic sözleşmeleri” adıyla Fransa’da tekrar ortaya çıkmıştır. 16. ve 17. yüzyıllarda yol yapımı, posta, çöp toplama gibi çeşitli işlerin gerçekleştirilmesinde tercih edilmiştir (Sofuoğlu, 2018). 1869 senesinde yapımı tamamlanarak uzun yıllar işletmesinin alındığı Süveyş Kanalinin ve 1883’te yapımı bitirilen New York’da ki Brooklyn Köprüsü inşa edilmesinde yöntemin kullanıldığı bilinmektedir. Modelin kullanılma sıklığının özellikle sanayi devrimi sırasında yükseldiği gözlenmiştir (Sofuoğlu, 2018; Tekin, 2010).

20. yüzyıl ise kamunun ekonomik alandaki rolünün arttığı bir zaman dilimi olmuştur. Bununla beraber yüzyılın son çeyreğinde yaşanan ekonomik kriz devletin tekrardan düzenlenmesini gerekli kılarak hemen her alanda ağırlığını azaltmıştır (Çekirge, 2006; Sofuoğlu, 2018; Tekin, 2010)

KÖO’nun tercih edilme sıklığının gelecek yıllarda daha da artacağı beklenmektedir. 2016-2040 yılları arasında dünyada toplam 94 trilyon dolar tutarında altyapı yatırım ihtiyacı olacağı bu gereksinimin karşılanmasında halihazırda kullanılan KÖO modelinin tercih edilmeye devam edileceği öngörülmektedir (Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2018, sbb.gov.tr [Internet]) Model ile 2018 yılında dünya genelinde 335 adet proje gerçekleştirilmiş ve 92,9 Milyar Dolarlık bir yatırım yapılmıştır. Toplam 41 ülkede hayata geçirilen uygulamanın üçte ikisi Çin, Hindistan, Türkiye, Endonezya ve Brezilya’da gerçekleştirilmiştir. Sektörel bazda ulaştırma sektörü 139 projede 54.4 milyar dolarlık yatırım (tüm KÖO yatırımları içerisinde %60) ile enerji sektörünü geride bırakarak ilk sırada yer almıştır. Enerji sektöründe 164 projeye 31,6 milyar dolarlık (%35) yatırım yapılmıştır. Üçüncü sırada 29 projeye 3,8 milyar dolar yatırım ile su sektörü gelmektedir. Ulaştırma alanında ki büyük artışın nedeni olarak Çin, Hindistan ve Türkiye’deki önemli projeler gösterilmektedir (Public-Private Partnerships, 2019).

KÖO dünyadaki gelişmelere paralel olarak Osmanlı İmparatorluğu’nda da uygulanmıştır. 1850’li yıllarda gerçekleştirilen Terkos Suyu Projesi, İstanbul Şirket-i Hayriye Deniz Hatları İşletmesi Projesi ve Karaköy ile Beyoğlu arasında

çalışan ve dünyanın en eski ikinci metrosu olan Beyoğlu Tüneli projesi gibi yatırımların gerçekleştirilmesinde kullanılmıştır. Genel olarak demiryolu, havagazı, elektrik gibi pek çok alanda tercih edilmiştir (Sofuoğlu, 2018)

1990-2018 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde 1.491 milyar dolarlık 6.135 adet KÖO projesi hayata geçirilmiştir (Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2018, sbb.gov.tr [Internet])

24 Ocak 1980 kararları ekonominin liberalleşmesini amaçlaması bakımından bir kilometre taşıdır. Bu kararlardan bazıları olan Kamu İktisadi Teşekküllerinin yeniden yapılandırılması ile yabancı sermayeyi ülkeye çekebilmek için kamu hizmetlerinin özel sermayeye açılması hedefi modelin düşünsel temelini oluşturmaktadır (Karabıçak, 2000; Sofuoğlu, 2018;) 2000’li yıllarda modelin kullanılmasında büyük sıçrama yaşanmıştır. Yöntemin uygulanmasıyla 1986-2018 yılları arasında 139,8 milyar dolar tutarında toplam sözleşme değeriyle 242 proje gerçekleştirilmiştir. KÖO’nun en fazla uygulandığı sektör enerji alanıdır (Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2018, sbb.gov.tr [Internet]) Enerji sektörünü sırasıyla 42 proje ile karayolu, 23 proje ile liman ve 20 proje ile sağlık sektörü izlemektedir.

### SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Sağlık hizmeti emeğin yeniden üretim süreci bakımından oldukça önemlidir. Hizmetlerin kamu yönetiminin sorumluluğunda olması sermayenin uzun yıllar savunduğu bir fikirdir. Vatandaşların tam iyilik halinde olmaları salt ekonominin gelişimi açısından değil toplumsal barışın tesis edilmesi noktasında da ulaşılmak istenen bir hedeftir. Günümüzde ise sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundan çıkarılmaktadır ve bireysel mesuliyet sahası içerisinde görülmektedir. Çünkü sermaye sınıfının çıkarları artık hizmetin bireylerin ödeme güçlerine paralel verilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. Bu görüş medyanın ve eğitim müfredatının da aracılığında kamuoyunda çoğunlukla kabul görmüştür. Bireyler hizmete erişim için doğrudan ve dolaylı vergiler haricinde sigorta primi de ödemekle yükümlü kılınmışlardır. Aynı zamanda katkı payı, ilaç katılım ücreti vb. çeşitli isimler altında cepten harcama yapmaktadırlar. Altyapı yatırımları ve sağlık hizmet sunumunun devletin ödevlerinden görülmemeye başlanması bu hizmetlerin özel sektör eliyle verilebilmesinin de önünü açmıştır. Böylelikle sağlık yeni bir sermaye birikim alanı olarak görülmeye başlanmıştır (Ataay, 2018; Soyer, 1993; Soyer ve Belek, 1998)

Sağlık hizmetlerinde KÖO’ları, hükümetlere özel sektörün kaynaklarını ve yetkinliklerini kullanma olanağı sağlamaktadır. Hizmet sunum kalitesini artırma ve bakıma erişimin önündeki engellerin kaldırılması gibi ulusal ve yerel halk sağlığı hedeflerini ilerleten büyük ölçekli projelere yatırım yapma imkânı sunan bir yöntemdir (The Global Health Group, 2018 [Internet]). KÖO’larının Sağlık sektöründe uygulaması ile tesislerin kiralama garantisi ile inşa edilmesi, tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve yerlerin işletilmesinin ise özel sektöre bırakılması ve bu ödemelerin genel bütçe dışında yer alan döner sermaye gelirleri ile yapılması amaçlanmaktadır.

Sadece yeni tesisler değil mevcut yapıların yenilenmesi de uygulamanın çerçevesi içerisindedir. Projeler devlet tarafından hazırlanmaktadır. Tesislerin özel sektöre bedelsiz sağlanan kamu arazisi üzerinde, finansmanı tamamen özel sektör tarafından sağlanarak inşa edilmesi ve gerekli teçhizatla donatılması beklenmektedir. Yapıların azami 49 yıllığına devlete kiralanması ve sözleşme sonunda da kamuya devrini içeren bir yöntemdir (Acartürk ve Keskin, 2012). Bu çerçevede model hem örgütlenme hem finansman hem de yönetim süreçlerini içeren yeni bir yapılanmanın formülüdür.

Tesis temelli KÖO' ların çoğunluğu bu işlevleri üç modele toplamaktadır:

1. Altyapı Temelli Model – kamu sağlık altyapısını inşa etmek veya yenilemek için
2. Belirli Klinik Servisler Modeli – servis sağlama kapasitesini arttırmak veya genişletmek için tercih edilir.
3. Entegre PPP Modeli – kapsamlı bir altyapı ve hizmet sunumu paketi sunmak.

Bu modellerden hangisinin seçileceği siyasi erkin tasarrufu olmakla birlikte, toplumun ve sağlık sisteminin ihtiyaçlarına ve risk ile sorumluluk devri gibi diğer önemli kriterlere bağlı olarak değişmektedir (The Global Health Group, 2018 [Internet]).

#### KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

KÖO Yöntemin temel gerekçesi; özel sektörün özgün yeteneklerinden ve kullandıkları modern teknolojilerden yararlanılmak suretiyle kaliteli mal ve hizmet üretmek ile sektörün ekonomisi sayesinde finansman sorununun üstesinden gelmek istenmesidir (Baş, 2018; Tekin, 2010; Uz, 2007). Toplumların nüfus yoğunluklarının ve bilinç seviyelerinin yükselmesi nedeniyle altyapı yatırımlarına ve hizmetlere olan talep artmıştır. Yöntem ile yatırım ihtiyacının karşılanabilmesi ve toplumun beklediği hizmetlere ivedilikle kavuşmasının sağlanması ile hizmet sunumu ve yatırımların gerçekleştirilmesinde önemli bir engel olan finansman sorununun özel sektörün finans gücünden yararlanarak aşılması ayrıca KÖO ödemelerinin kamu bilançolarında gösterilmemesi gibi nedenlerden dolayı siyasi erk tarafından tercih edilmektedir. Yurt içi ve dışında atıl kalan sermayenin üretime aktarılması ve riskin özel sektör ile paylaşılması yöntemi daha da çekici hale getirmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012; Ayhan ve Önder, 2018) Diğer tercih sebepleri olarak şunları sayabiliriz;

- Yabancı sermayenin ülkeye çekilmesi böylelikle hem döviz girişi sağlanması hem de yerli ortakların yurt dışındaki gelişmeleri takip ederek yeteneklerini geliştirebilecekleri ortam koşullarının sağlanması,
- Özel sektöre pazar alanının açılması ile sermaye birikim sürecinin hızlandırılması,
- Devletin görev yükünün azaltılarak yeni liberal anlayışa paralel olarak yeniden dizayn edilmesi ve asli görevlerine odaklanarak etkinliğinin artması,

- Özel sektörün dinamizminden yararlanılarak yeniliklerin takip edilmesi ve iki sektörün oluşturduğu sinerji ile altyapı yatırımları ile sunulan hizmetlerde etkinliğin ve verimliliğin artması

- Başlanan yatırımların daha hızlı sonuçlandırılması. (Acartürk ve Keskin, 2012; Ayhan ve Önder, 2018; Boz, 2013; Tekin, 2010)

KÖO dezavantajlarının başında ise özel sektörün düşük risk yüksek kazanç bekleme hizmetlerin kamu eliyle gördürülmesi esasına dayanan emanet yöntemine göre daha maliyetli olması gelmektedir (Baş, 2018). Yaşanması muhtemel diğer olumsuzlukları da şu şekilde sıralayabiliriz;

- Kamusal hizmet alanlarının özel sektöre açılması sosyal devlet paradigmasının zafiyete uğramasına ve kamu hizmetlerinin meta olarak görülmesine,

- Hizmetlerin kullanılması sırasında vatandaşlardan alınan katılım bedelinin toplumun bir kısmının hizmetlere ulaşmasında engel yaratmasına,

- Emekçi kesimin esnek ve güvencesiz çalışma koşullarının oluşturulmasına dolayısıyla iş barışının bozulmasına ve hizmetlerin özel sektör eliyle verilmesi kar güdüsüyle hareket edilmesine sebebiyet verebilir (Acartürk ve Keskin, 2012; Ayhan ve Önder, 2018; Baş, 2018) Ayrıca özel sektörün proje finansmanı için kamuya nazaran yüksek kaldıraç kullanması ve sözleşme yönetimi gibi ek maliyet kalemleri toplam proje maliyetinin artmasına ve sözleşmelerin karmaşık ve açıklıktan uzak olmasından dolayı hukuki sorunların yaşanması olasılığı çok yüksektir. Uzun süreli olması nedeniyle sonraki hükümetlerin siyasi ve ekonomik manevra alanlarının daralması ile kamu hizmetlerinin yabancı sermayeye açılması ülkenin siyasi/ekonomik bağımsızlığının kaybedilmesine neden olabilmesi de dikkate alınmalıdır. Son olarak dövize endekli sözleşme imzalanması borç yükünün artmasına neden olabileceği de unutulmamalıdır (Boz, 2013; Tekin, 2010)

#### TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANAN KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ: ŞEHİR HASTANELERİ

Ülkemizde şehir hastaneleri ile ilgili mevzuat çalışmaları yapılmış yeni kanun ve yönetmelik çıkarılmış ayrıca mevcut mevzuatta günün koşullarına paralel birçok değişiklik yapılmıştır. Mevzuata göre sözleşmeler sabit yatırım süresi hariç 30 yılı aşmamak üzere oluşturulacak ve yapılacak kampüslerin arazileri Maliye Bakanlığı'nca şirketlere bedelsiz verilecek ve uygulamanın bedeli merkezi ve/veya döner sermayeden karşılanacaktır. Tıbbi hizmetler çekirdek hizmet olarak tanımlanmış ve kamunun sorumluluğuna bırakılmıştır

2020 Aralık ayında işletmede olan 13, yapım aşamasında ise 5 şehir hastanesi vardır. Böylece toplam hasta yatağı sayısı 27221'a şehir hastaneleri sayısı ise 18'e yükselecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018) (Tablo 1)

Ülkemizdeki şehir hastanelerinin finansal durumu Tablo 2'de verilmiştir. (Tablo 2)

**Tablo 1:** Türkiye'deki Şehir Hastanelerinin Yatak Kapasitesi ve Faaliyet Durumu

NO	PROJE ADI	Yatak Kapasitesi	Hedeflenen Birim Tarihi
1	Adana Şehir Hastanesi	1550	Açıldı
2	Mersin Şehir Hastanesi	1294	Açıldı
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	Açıldı
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	Açıldı
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1607	Açıldı
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	Açıldı
7	Elazığ Şehir Hastanesi	1038	Açıldı
8	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3711	Açıldı
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	Açıldı
10	İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi	2682	Açıldı
11	Bursa Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1355	Açıldı
12	Tekirdağ Şehir Hastanesi	486	Açıldı
13	Konya Karatay Şehir Hastanesi	1250	Açıldı
14	Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	2021
15	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	2021
16	Kütahya Şehir Hastanesi	610	2021
17	Kocaeli Şehir Hastanesi	1210	2021
18	Ankara Etlük Şehir Hastanesi	3624	2021
	Toplam	27221	

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018 (Kamu Özel İşbirliği İle Yürütülen Projeler (sbb.gov.tr) Erişim Tarihi:03.11.2019

**Tablo 2.** Şehir Hastaneleri Finansal Durumu

Şehir Hastaneleri Sabit Yatırım Bedelleri	Kira(Yıllık)
Ankara Etlük : 1.166.532.190, Milyar TL	276 Milyon
Ankara Bilkent : 1.288.701.058 Milyar TL	240 Milyon
Elazığ : 218 Milyon	95 Milyon
İstanbul İkitelli : 548 Milyon	259 Milyon
Konya Karatay : 269.438.959	88 Milyon
Kayseri : 427 Milyon	138 Milyon
Yozgat : 122 Milyon	54 Milyon
Manisa : 122 Milyon	64 Milyon

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; Erbaş ve ark, 2017 (Kamu Özel İşbirliği İle Yürütülen Projeler (sbb.gov.tr)) Erişim Tarihi:03.11.2019

Kamu ihaleyi alan özel şirkete hizmet ve kullanım bedeli olmak üzere temelde iki ayrı kalem üzerinden ödeme yapmaktadır. Kullanım bedeli tesislerin kiralanması karşılığında sözleşmede belirlenen yıllık ücrettir. Hizmet bedeli ise her türlü bakım onarım ve araştırma geliştirme hizmetleri ile hizmet alımı sayesinde sağlanacak tüm işlerin maddi karşılığıdır. Çekirdek hizmet dışında kalan laboratuvar ve görüntüleme gibi tıbbi destek hizmetleri ile yemek, temizlik, güvenlik gibi destek hizmetler yüklenici firmadan satın alınmaktadır. Ayrıca otopark, kafeterya tarzı ticari yerler yine yüklenici şirkete bırakılmıştır. Tüm bu alanların olduğu yerleşke kamu yönetimi tarafından özel sektöre ücretsiz sağlanmıştır. Dikkat çekici bir

nokta ise ihaleyi kazanan şirketten satın alınacak hizmetleri tanımlanmasında "ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetler" ifadesinin muğlak olmasıdır. Böylece nükleer tıp gibi kimi çekirdek hizmet içerisinde yer alan hizmet türlerinin de özel sektöre gördürülebileceği anlamı oluşmaktadır (Ataay, 2018) Kullanım bedeli yıllık olarak ÜFE ve TÜFE toplamının yarısı oranında artış yapılarak düzenlenir. Özel şirket gerekli finansmanı döviz olarak sağlamış ise bedelin belirlenmesinde döviz kurundaki değişim ayrıca hesaplanır ve düzeltme yapılır. Bedelin ödenmesi tesis faaliyete geçmesinden sonraki süreçte yapılır. Süre içerisinde özel şirket damga vergisi ve harçlardan muaftır. Bu durumda özel sektörün sürece katılması özendirilmektedir. Kamu idaresi sözleşmeleri özel hukuk kurallarına göre düzenlemekte ve tüm faaliyetleri denetlemektedir. Kamu denetleme işini kendi dışında hizmet alımı yolu ile de sağlayabilir. Olası anlaşmazlıklarda Türk hukuku uygulandıktan sonra Milletlerarası Tahkim Mahkemesine gidilmesinin önü açık tutulmuştur. Sözleşme süresi sonunda tesis hiçbir borcu olmadan ve kullanılabilir halde kamuya bedelsiz devredilir.

Özel sektöre kira garantisinin verilmesi yapılacak yatırımın geri dönüşünün garantide olması anlamına geldiğinden sektörün karlı bir alan olarak görülmesine sebebiyet vermektedir. Bununla birlikte dünyada hem toplam hem de yaşanan nüfus sayısının artması ile sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç yükselmekte dolayısıyla hizmet sunum miktarı artmaktadır. Ayrıca hükümetlerin koruyucu hizmetler yerine tedavi edici hizmetleri önlemesi ve bunu bir sağlık politikası olarak görmesi de eklendiğinde karlılığın sürekliliği güvence altında olmaktadır (Uz, 2007). Yıldan yıla kira ücretlerinin yeniden düzenlenmesi ve bu düzenlemelerde dikkate alınan kriterler kamu üzerindeki borç yükünün artmasına neden olmaktadır. Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde özel sektörün maddi kayıplarının önüne geçilebilmesi için ayrıca yapılacak artışlar kamu açısından dezavantajdır. Şehir hastanelerinin arazilerinin bedelsiz verilmesi ve yapımının bittikten sonra devlet tarafından uzun yıllar kiralanması modelin risk paylaşım ilkesine terstir. Çünkü risk bu uygulama ile tamamen devletin üzerinde kalmaktadır. Tıbbi destek hizmetlerin gerçekleşme oranlarında belli bir garanti verilmesi de bu çerçevede değerlendirilmelidir. Yine de kimi araştırmalarda emanet yöntemine göre proje maliyeti açısından daha avantajlı olduğu görülmüştür (Flinders, 2005; Lim, 2004) Buna karşın bir çok araştırma ise aksini iddia etmektedir (Grimsey ve Lewis, 2005)

KÖO ile inşa edilip faaliyete geçirilen, yüksek finansman gerektiren büyük ölçekli şehir hastanelerinin genel ekonomide çarpan etkisi yaratması öngörülmektedir. Genellikle şehir dışlarına yapılan kampüslerin olduğu bölgeye yol enerji vb. altyapı hizmetlerinin getirilecek olması projenin gerçekleştirildiği yörenin kalkınmasına olumlu etkide bulunmaktadır. Bunun yanı sıra kampüslerin ihtiyaçlarının karşılanması noktasında özel sektöre ihtiyaç duyulacak olması bölgede istihdamın artması model ile gelişecek pozitif dışsallıklar olduğu dile getirilmektedir (Koray, 2001). Bu noktada gerekli tıbbi destek ve genel destek hizmetlerinin neredeyse tamamının (otel, kafeterya, otopark, çiçekçi

vb.) konsorsiyum tarafından sağlanması sağlık sisteminin piyasalaştırılmasının daha da hızlanmasına neden olması kaçınılmazdır. Piyasalaştırmanın getirdiği sorunlardan biri olan taşeronlaşma ile sağlık çalışanlarının hem maddi hem de özlük haklarında gerilemeye neden olmaktadır. Taşeronlaşma ile çalışma barışının bozulduğu ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur (Acar ve Suğur, 2019; Sağlam, 2019). Entegre sağlık kampüslerinin şehirlerin dışına yapılması ve şehir içerisinde bulunan bazı hastanelerin kapatılması vatandaşların ulaşım masraflarını arttıracak ve gerektiği zaman hızlıca erişimini zorlaştıracaktır. Kapatılan hastanelerin arazilerinin kimler tarafından ne şekilde değerlendirileceği de önemli bir sorun olarak önümüzde durmaktadır (Ataay, 2018).

### 3. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin uzmanlaşma seviyesi ve ileri teknolojinin kullanım yoğunluğu çok yüksektir. Bu durum hem maliyetleri arttırmakta hem de tıbbi gelişmeleri yakından takip edilmesini zorunlu kılmaktadır. Özel sektörün finansman kaynaklarından ve inovasyon gücünden yararlanılması ile bu sorun giderilmekte verilen hizmetlerin daha etkin, verimli ve kaliteli olması sağlanmaktadır.

Ancak sağlık hizmetlerinin çekirdek ve destek şeklinde parçalara ayrılıp, çekirdek hizmet dışındaki hizmetlerin ve alanların konsorsiyuma bırakılması üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Acartürk ve Keskin, 2012; Koray, 2001). Devlet idaresinin kamu hizmetini parçaladığı, çekirdek kamu hizmetini üretmeyi sürdürdüğü en dikkat çekici eleştiri konudur. Bazı sektörlerde çekirdek hizmetler dışındaki hizmetlerin konusunda uzmanlaşmış özel kurumlardan satın alınması avantaj yaratabilir. Fakat sağlık hizmetlerinde bu durum sakıncalıdır çünkü sağlık hizmetlerini çekirdek hizmet ve destek hizmetleri olarak ayırmanın getirdiği çeşitli sorunlar vardır. Sözleşmeye göre kamu yalnızca muayene hizmetlerini çekirdek hizmet içerisinde değerlendirmektedir. Teşhis için gerekli görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini destek hizmeti kapsamı altındadır Aynı şekilde dokümantasyon, yemek, temizlik, bilgi işlem gibi fonksiyonlar da konsorsiyuma verilmektedir. Bu durum hizmetin doğasına aykırılık teşkil etmektedir. Sağlık hizmetleri bir bütündür ve parçalanmaması gerekir. İşlevsel bağımlılığın yüksek olduğu sağlık hizmet alanında yaşanacak bir aksaklık tüm çabaların heba olmasına ve geri döndürülemez sonuçların meydana gelmesine sebebiyet verebilir. Ayrıca fabrika usulü çalışma iş görenlerin yabancılaştırılmasına ve hizmetlerin kalitesinin düşmesine neden olabilir. Ülkemizde görüntüleme çekimleri, sezaryen gibi kimi hizmetlerin OECD ülkelerinin ortalamasının çok üzerinde yer alması zaten bir sorun teşkil ederken bu noktanın daha da ileri gidebileceği ve toplumun sağlık düzeyini bozan aynı zamanda da finansman sıkıntısına neden olabilecek lüzumsuz hizmetlerin artmasına neden olabilir. Çekirdek ve destek hizmetler ayırımının yapılması, taşeron sistem içerisinde iş güvencesiz ve esnek çalışma saatleri ile birçok sosyal haktan mahrum olarak çalışmak zorunda kalan sağlık emekçilerinin çalışma rejiminin de yasal statüye kavuşması anlamına gelmektedir.

Kira ve hizmet satın almaların ödemeleri bütçe dışında gösterilebilmeleri hükümetler tarafından modelin tercih edilmesinde önemli bir kriterdir. Sözleşmelerin çok uzun yılları kapsaması ve sorun yaşandığı takdirde uluslararası tahkim mahkemesine gidilmesi gibi hususlar mevcut hükümetin yerine gelebilecek siyasi erkin hareket alanını kısıtlamaktadır. Sağlık Bakanlığı şimdiden sistemin yaklaşık 30 yıllık örgütlenmesini gerçekleştirmiş olmaktadır. Sözleşmelerin bağlayıcılığı belirlenen politikanın geri dönüşümünü hem maddi hem de hukuki anlamda çok zorlaştırmaktadır.

KÖO projelerinde “ticari sır” kavramı aşırı bir şekilde kullanılmakta bu durum bilgi akışını önleyerek şeffaflığı zayıflatmaktadır. Bilginin serbest bırakılması paranın karşılığının alınmasını sağlayacak kamusal güveni artıracaktır. Yasal kaygılardan dolayı KÖO dokümanlarına erişim zordur. Ayrıca sözleşmeler ticari sırları içerdiğinden koruma altındadır. Sıkıntılar performansın denetlenmesini sağlayan ölçümlerin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca ihaleleri hazırlamak, gerçekleştirmek, sözleşmeleri hazırlamak, uygulanmasını denetlemek yani sözleşme yönetimi ayrı bir maliyet kalemi oluşturacaktır.

Hasta yataklarının toplam sayısının arttırılacağı söylemi de tartışmaları beraberinde getirmektedir çünkü mevcut bazı hastaneler kapatılarak entegre sağlık kampüslerine taşınması planlanmaktadır yani toplamda hasta yatağı sayısında büyük bir artış beklenmemelidir. Tüm projelerin hayata geçirilmesi durumunda en küçüğü 475 yataklı Yozgat Şehir Hastanesi, en büyüğü ise 3624 yataklı Ankara Etlik Şehir Hastanesi oldu. Toplamda 27221 yatak sayısına ulaşılması planlanmaktadır. Fakat hangi hastanelerin kapanacağı ve bu hastanelerin toplam ne kadar hasta yatağına sahip olduğu net olarak bilinmemektedir.

KÖO aslında bir özelleştirme alanı olduğu ve isminin içerisinde ortaklık sözcüğünün olması algı oluşturmak için kullanıldığı düşüncesi çeşitli kesimlerce dile getirilmektedir. Aynı durum Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın isminin belirlenmesinde de yaşanmış geçmiş reform uygulamalarının başarısız olmasından dolayı reform sözcüğü kullanılmamış ve dönüşüm programı olarak adlandırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ertelenememe ve ikame edilememe özelliklerinden dolayı sürecin aksamaması gerekmektedir. Ülkemizin toplam ile 65 yaş üstü nüfusunun gün geçtikçe artması sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesine neden olmuştur. Artan hizmet ihtiyacının karşılanabilmesi noktasında kamunun yeterli finansman kaynağından yoksun olması başlanan birçok altyapı projelerinin bitirilememesine ve yeni tesis yapılamamasına sebep olmaktadır. Yöntem ile bu sorun aşılmakta ve yatırımlar hızlı bir şekilde işletilmeye hazır hale getirilebilmektedir.

Kamu sektörünün genellikle verimsiz hizmet sunduğu genel kanısı ile sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik modelin ifası ile birlikte ortadan kalkacaktır. Özel sektörün tecrübesinden yararlanarak modern bina ve teçhizat ile sunulacak hizmetler vatandaşların memnuniyet düzeyini yükseltecektir. Olası olumsuzluk durumlarında ise eleştiriler

genellikle kamuya değil özel sektöre yönelecektir. Ayrıca hizmet kalitesinin düşmesi veya belirlenen süreler içerisinde projenin bitirilememesi gibi belirlenen performans kriterlerinin sağlanamaması durumunda ise sözleşmenin gereğince cezai muayedenin uygulanacak olması kamu yönetimine ayrıca avantaj sağlamaktadır. Bununla birlikte şehir hastaneleri çoğunlukla konsorsiyumlar tarafından hayata geçirildiği ve sözleşmelerin uzun süreli olması göz önüne alındığında şirketlerin kendi aralarında yaşayacakları muhtemel sorunlar hizmetlerin aksamasına neden olabilir. Böyle bir durumda kamu sözleşmenin gereği olarak çeşitli yaptırımlar uygulama hakkına sahiptir fakat bu hizmetlerin aksamasına engel olamayacaktır.

### Teşekkür

Çalışmamız için değerli görüşlerini paylaşan Sayın Prof. Dr.Mehveş Tarım'a teşekkürlerimizi sunuyoruz.

### KAYNAKLAR

- [1] Acar S, Suğur Nadir S. Sağlıkta dönüşüm programın kamu istihdam süreçlerine etkileri üzerine bir alan araştırması. İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2019;21(4):51-70.
- [2] Acartürk E, Keskin S. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences. 2012;17(3):25-51.
- [3] Ataay F. Türkiye sağlık sektöründe yeni bir model: Şehir hastaneleri ve kamu-özel ortaklığı. Ö. Uysal Şahin ve N. Köleoğlu (Eds.), Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, Ankara: Rating Academy Yayınları. 2018, 1. baskı, 127-142.
- [4] Ayhan E, Önder E. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2018;4(1):109-121.
- [5] T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019 Yılı Bütçe Sunumu. 2018, Ankara.
- [6] Baş Ö. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları Ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği, Atılım Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- [7] Boz SS. Kamu özel işbirliği (PPP) modeli. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2013;3(2):277-332.
- [8] Çekirge HL. Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulama, İstanbul Teknik Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 2006
- [9] Erbaş Ö, Yavuz Cİ, İlhan B. Soru ve yanıtlarla sağlıkta kamu özel ortaklığı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 1. baskı, 2012, Ankara.
- [10] Flinders M. The politics of public-private partnerships. The British Journal of Politics and International Relations. 2005;7:215-239.
- [11] Grimsey D, Lewis MK. Are public private partnerships value for money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. Accounting Forum. 2005;29(4); 345-378.
- [12] Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2018, Yatırım Programlama ve İzleme Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kamu-Ozel\_Isbirligi\_Raporu-2018.pdf (sbb.gov.tr), Erişim Tarihi:11.12.2019
- [13] Karabıçak M. Türkiye’de ekonomik istikrarsızlığın tarihsel gelişim süreci. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2000;5(2):49-65.
- [14] Koray K. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2001;66(3):217-262.
- [15] Lim MK. Shifting the burden of health care finance: A case study of public-private partnership in Singapore. Health Policy. 2004;69(1):83-92.
- [16] Linder SH. Coming to terms with the public-private partnership. American Behavioral Scientist. 1999;43:35-51.
- [17] Public-Private Partnerships: Reference Guide Version 3 Washington DC, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29052>, Erişim Tarihi: 11.11.2019.
- [18] Sağlam C. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerdeki Sözleşmeli İdarecilerin İş Doyum Düzeyleri: Ankara İli Örneği. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- [19] Şenel Tekin P, Çelik Y. Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(3):81-98.
- [20] Sofuoğlu A. Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Kentsel İçme Suyu ve Atıksu Projelerine Uygulanması, T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayın No: 2986, Uzmanlık Tezi, 2018.
- [21] Soyer A. Sağlıkta özelleştirme. Toplum ve Hekim. 1993;8(57):65-72.
- [22] Soyer A, Belek İ. Türkiye’de özel sağlık sektörü ve sağlıkta özelleştirme. Toplum ve Hekim. 1998;13(1):35-45.
- [23] T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı, [www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2018/11/2019\\_Yili\\_Cumhurbaşkanligi\\_Yillik\\_Programi.pdf](http://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2018/11/2019_Yili_Cumhurbaşkanligi_Yillik_Programi.pdf), Erişim Tarihi: 01.08.2020.
- [24] T.C. Kalkınma Bakanlığı. [www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Dünyada-ve-Türkiyede-Kamu-Özel-İşbirliği-Uygulamalarına-İlişkin-Gelişmeler-2012.pdf](http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Dünyada-ve-Türkiyede-Kamu-Özel-İşbirliği-Uygulamalarına-İlişkin-Gelişmeler-2012.pdf), Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- [25] Tekin PŞ. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- [26] The Global Health Group, Ppps in healthcare models, lessons and trends for the future, healthcare public-private partnerships series, No. 4, Institute for Global Health Sciences University of California, San Francisco. [ppp-report-series-business-model.pdf](http://ppp-report-series-business-model.pdf) (ucsf.edu) Erişim Tarihi:03.12.2019
- [27] The World Bank. Private Participation in Infrastructure (PPI) Annual Report 2018, <https://ppi.worldbank.org/en/ppi>, Erişim Tarihi: 12.10.2019.
- [28] Uz A. Kamu-özel ortaklığı/public-private partnership (ppd) kavram ve hukuksal çerçeve. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2007;11(1):1165-1182.

**How to cite this article:** Kara F. Şehir Hastaneleri Özelinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin İncelenmesi. Johesam 2021; 1: 82-88. DOI: 10.29228/johesam.3