

Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması

Public Private Partnership in Turkish Health Sector: A Study Field Study on Shareholders' Views

Cuma SONGUR

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Mehmet TOP

Hacettepe Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Nisan 2018, Cilt 8, Sayı 1, Sayfa 159-186
April 2018, Volume 8, Issue 1, Page 159-186

P-ISSN: 2146-4839

E-ISSN: 2148-483X

2018-1

e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayımlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayımlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area. Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt: 8 - Sayı: 1 - Yıl: 2018
Volume: 8 - Issue: 1 - Year: 2018

P-ISSN: 2146-4839
E-ISSN: 2148-483X

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / *On behalf of the Social Security Institution*
Dr. Mehmet Selim BAĞLI
(Kurum Başkanı / *President of the Institution*)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager
Uğur KORKMAZ

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN
Eyüp Sabri DEMİRCİ
Erdoğan ÜVEDİ
Murat ASLAN
Faruk KAHVECİOĞLU

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM
Selda DEMİR

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / *Type of Publication: Periodical*
Yayın Aralığı: 6 aylık / *Frequency of Publication: Twice a Year*
Dili: Türkçe ve İngilizce / **Language:** Turkish and English
Basım Tarihi/Press Date: 20/04/2018

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),
TUBİTAK ULAKBİM-TR
EBSCO HOST -US
ECONBIZ - GE
INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL -PL
SCIENTIFIC INDEXING SERVICES - US
JOURNAL FACTOR
ASOS INDEX - TR
SOBIAD - TR
DERGİPARK - TR
tarafından indekslenmektedir.



© Tüm hakları saklıdır. Sosyal Güvenlik Dergisi'nde yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı telif hakları saklı kalmak üzere eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlarla çoğaltılabilir.

Tasarım / Design: PERSPEKTİF Matbacılık Tasarım Tic.Ltd.Şti. (0 312) 384 20 55 - Ankara
Basım Yeri / Printed by: PERSPEKTİF Matbacılık Tasarım Tic.Ltd.Şti. (0 312) 384 20 55 - Ankara

İletişim Bilgileri / Contact Information

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TÜRKİYE
Tel / Phone: +90 312 207 88 91 - 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19
Erişim: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/sgd/tr> • e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŐ
Bangor University - UK

Professor zay MEHMET
University of Carleton - CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York - USA

Professor Paul Leonard GALLINA
Bishop's University - CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton - CA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah - USA

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary - CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia - CA

ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
TBA

Prof. Dr. NrŐen CANIKLİOĐLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. İsmail AĐIRBAŐ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
YaŐar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR
Marmara Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. rsan AKBULUT
TODAİE

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Savaş TAŐKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İŞletme Fakültesi

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ferda YERDELEN TATOĞLU
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. E. Murat ENGİN
Galatasaray Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
ÇaĐ Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Őukran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Türker TOPALHAN
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY
BahçeŐehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAİE

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŐAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
AltınbaŐ Üniversitesi
İkt. İdr. ve Sos. Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Gaye BAYCIK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. OĐuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Zakir AVŐAR
Gazi Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Trksel KAYA BENGŐHIR
TODAİE

Doç. Dr. Emel İSLAMOĞLU
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. AŐkın KESER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Saim OCAK
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Cem KILIÇ
TOBB ET İİBF

Doç. Dr. Ercüment ÖZKARACA
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
MuĐla Sıtkı Koçman Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
İstanbul Sabahattin Zaim
niversitesi Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Serpil AYTAÇ
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB ET İİBF

Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Ankara Sosyal Bilimler
niversitesi SBF

Prof. Dr. Ali Nazım SZER
YaŐar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Sinem YILDIRIMALP
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

14. SAYIDA HAKEMLİK YAPAN AKADEMİSYENLERİN LİSTESİ/ REFEREE LIST FOR THIS ISSUE

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Murat ATAN
Gazi Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Bülent BAYAT
Gazi Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Banu UÇKAN HEKİMLER
Anadolu Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. İlknur KILKIŞ
Uludağ Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Birgül PİYAL
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Metin PİŞKİN
Ankara Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ferda YERDELEN TATOĞLU
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Doç. Dr. Erdem CAM
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve
Araştırma Merkezi

Doç. Dr. Mehmet Ali ERYURT
Hacettepe Üniversitesi
Nüfus Etütleri Enstitüsü

Doç. Dr. Derya HASTA
Ankara Üniversitesi
Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi

Doç. Dr. Fuat MAN
Sakarya Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Doç. Dr. Fatih SARAÇOĞLU
Gazi Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Gökhan OSMANOĞLU
Ankara Etilik Hastane Sağlık Hizmetleri A.Ş.

Doç. Dr. Hasan ÖRKÇÜ
Gazi Üniversitesi
Fen Fakültesi

Doç. Dr. Ercüment ÖZKARACA
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Fatih YILMAZ
Yıldız Teknik Üniversitesi
Makine Fakültesi

Doç. Dr. Funda YURDAKUL
Gazi Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Leyla İŞBİLEN YÜCEL
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

14. SAYI DEĞERLENDİRME İSTATİSTİKLERİ / EVALUATION STATISTICS FOR THIS ISSUE

Toplam gelen makale başvurusu	28
Yayına kabul edilen makale sayısı	11
Hakem süreci devam eden makale sayısı	6
Red edilen makale sayısı	3
Ön inceleme aşamasında red edilen makale sayısı	8
Makale kabul oranı	%39

Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu- Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması

Public Private Partnership in Turkish Health Sector: A Study Field Study on Shareholders’ Views

Cuma SONGÜR*
Mehmet TOP**

Geliş Tarihi/Received : 17/03/2017

Güncelleme Tarihi/Revised : 09/01/2018

Kabul Tarihi/Accepted : 18/04/2018

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security
Cilt: 8 Sayı: 1 Yıl: 2018
Volume: 8 Issue: 1 Year: 2018
Sayfa Aralığı: 159-186
Pages: 159-186

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, kamu-özel işbirliği ve entegre sağlık kampüsü uygulamaları konusundaki kamu, özel ve sivil toplum paydaşlarının düşünceleri ve katılım düzeylerinin ortaya konulmasıdır. Araştırmada nitel ve nicel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Amaca göre örneklem seçilerek Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, sivil toplum örgütleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarında konu ile ilgili bürokrat ve uzmanlara ulaşılmıştır. Çalışmada 97 kişiye anket uygulanmıştır. Türkiye’de şehir hastaneleri öncelikli Kamu-özel işbirliği yöntemleri ile ilgili yapılandırılmış görüşme formu katılımcılara uygulanmıştır. Buna göre katılımcıların %23’ü yap-işlet-devret yöntemini, %21’i yap-kirala-devret modelini şehir hastaneleri (entegre sağlık kampüsleri) için öncelikli görmektedir. Bazı katılımcılar, özellikle üniversite katılımcıları, sağlık sektöründe Kamu-özel işbirliği uygulamalarının başarı ile neticelenmesi için öncelikle projelerin iyi kurgulanması gerektiğine ve dolayısıyla proje başında özenle hazırlanmamış fizibilite çalışmasının olmaması ve sözleşmelerde şeffaflığın sağlanmaması halinde projenin büyük oranda başarısızlıkla sonuçlanabileceğine vurgu yapmışlardır. Bu çalışmada katılımcılar şehir hastaneleri projeleri konusunda sırası ile finansal risk, işletme riski pazar ve gelir riski ile çevresel riski belirtmektedir.

Anahtar Sözcükler: Türkiye sağlık sektörü, kamu özel işbirliği, entegre sağlık kampüsü, paydaşların görüşü

ABSTRACT

On the subject of the public-private partnership model’s implementation into integrated health campus projects; by determining the views and evaluations of stakeholders. Quantitative and qualitative research methods were utilized in the study. After picking the purpose sample, related bureaucrats and experts from the Ministry of Health, Social Security Institution, Ministry of Development, Ministry of Finance, non-governmental organizations, other state institutions and organizations have been approached. In the research 97 people were applied to a survey. According to this, 23% of participants suggested that build-operate-transfer was priority method for integrated health campus. Also 21 % of participants suggested that build-hire-transfer was a priority method in city hospitals in Turkey. Some participants emphasized that in order for public - private - partnership model implementations to have success, projects must be well-designed to begin with; thus the project will mostly fail if there is a lack of a properly prepared feasibility study at the beginning and if the required transparency is not reached in contracts. Participants in this study indicated that financial, operational, market and income, environmental risks in respectively were risk factors in city hospital projects.

Keywords: Turkey health sector, public private partnership, integrated health campus, stakeholder opinion

Önerilen atıf şekli: Songur, C. & 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

* Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@ksu.edu.tr
** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mtop@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Neo-liberal ekonomi döneminden önce geleneksel olarak kamu sektörü kamu hizmeti sunmakla sorumlu iken, özel sektör firmaları kısmen kamusal işlerde aktif rol üstlenmekteydi (Mota ve Moreita, 2015: 1563). Ekonomide serbest piyasa düşüncesinin hâkim olmaya başladığı 1980’li yıllara kadar üretimi ve dağıtımı kamu kesimi tarafından yapılan birçok faaliyet tartışma konusu olmuştur. Bu faaliyet alanlarından biri de sağlık sektörüdür. Bu alanda üzerinde önemle durulan konu sağlık hizmetlerinin piyasa tarafından üretilen ve sunulan hizmetlerden farklı olup olmadığıdır (Atabey, 2012: 1). Daha çok küresel ekonomik koşul ve finansal problemlerle baş etmeye çalışılan 1980’li yılların sonu ve 1990’lı yılların başında birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülke sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamak ve kamu harcamalarını mümkün olduğunca kısmanın gerektiğini savunmuştur. Bu bağlamda politikacıların sağlık hizmetlerinde üstlendiği görev ve sorumluluklar yeniden tanımlanmış (Ağartan, 2013: 37) ve başta batılı ve diğer bazı ülkeler özellikle kamusal altyapı inşası, hizmet sunumu ve finansman konularında giderek özel sektöre yönelmişlerdir (Roehrich vd., 2014: 110).

Günümüzde bazı ülkeler sağlık hizmetlerinde Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) modelinin kullanımı konusunda genel eğilimin dışında kalırken, çoğu ülke KÖİ’yi sağlık hizmetleri sunumunda önemli araç olarak kabul etmekte ve kamu hizmeti kalitesini arttırması konusunda özel sektörün sermaye, uzmanlık ve yenilikçi yaklaşımından önemli ölçüde yararlanmaktadır (Sekhri vd., 2011: 1498; Ahmed ve Nisar., 2010: 912). KÖİ’nin genelde altyapı projeleri ile ilgili olması kamu sektörünün altyapı inşalarını kolaylaştırmaktadır (Greve ve Hodge, 2005: 4). KÖİ modelinin sağlık hizmetlerinin daha modern koşullarda sunumunu kolaylaştırması altyapı projelerinin daha kısa sürede bitmesini sağlaması ve daha çok bütçe karlılığı sağlaması gibi nedenlerden dolayı İspanya, Kanada ve İngiltere gibi gelişmiş ülkeler önemli derecede bu modelden yararlanmaktadır (Sekhri vd., 2011: 1498).

Kanada, özellikle 1990’lı yılların başından beri altyapı inşasında ve yenilemesinde KÖİ’den yararlanmaktadır. Yerel yönetimlere bağlı KÖİ birimleri 2004-2005 yıllarında kurulmuştur. Kanada’da KÖİ gelişim süreci 1990-2004 yıllarını kapsayan dönem “Birinci Dalga (The First Wave)” ve 2004 ve sonrasında kapsayan dönem “İkinci Dalga (The Second Wave)” olarak isimlendirilmektedir. Birinci Dalga kapsamında bazı yol ve köprülerin yanında, Kanada’nın Ontario kentinde Brampton Şehir Hastanesi (Brampton City Hospital) ve British Columbia kentinde Abbotsford Bölge Hastanesi (Abbotsford Regional Hospital) projeleri yürütülmüştür. İkinci Dalga kapsamında değişik alanlarda yapılan altyapıların yanında sağlık merkezi, hastane ve kanser merkezi gibi sağlık altyapıları gerçekleştirilmiştir (Barrows vd., 2011: 51). Toplam değeri 18 milyar dolar olan KÖİ modeli ile 50’den fazla hastane projesine 2003 yılında başlanmıştır. Sağlık sektöründe yapımı

gerçekleştirilen bu projelerde özel sektör genellikle hastane binasını yapıp sahiplenmekte ve hastane yönetimine kiralamaktadır. Buna göre hastane idaresi hastaneyi işletme sorumluluğunu elinde tutmaktadır. Dönem sonunda ise yerel yönetim birimleri tarafından hastanenin performansına göre ilgili sağlık kuruluşlarına yıllık bütçe ayrılmaktadır (Geoffrey vd., 2012: 9). Kanada’da 2011 yılı itibariyle sağlık hizmetlerinin %70’i kamu fonuyla finanse edilmiştir. Bu bakımdan, sağlık hizmetlerinde kamu fonuyla finansman sıralamasında Kanada, OECD ülkeleri arasından sondan üçüncü sırada yer almıştır (Barrows vd., 2011: 48).

İngiltere’de yeni hastane inşası, yaşlı bakım evleri, personel konaklama yerleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları gibi sağlık sektörünün değişik alanlarında KÖİ modelinin kullanıldığı görülmektedir. Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) (National Health Service [NSH]), İngiltere’de 1997 yılından itibaren toplam “126 KÖİ Hastane Projesi” başlatmıştır. Bunların toplam ekonomik değeri ise yaklaşık 15 milyar Euro’yu bulmuştur (Dewulf vd., 2012: 69). USH, 2000’li yılların başından 2012 yılına kadar KÖİ modeli ile toplamda 100 hastane projesi gerçekleştirmiştir (Geoffrey, 2012: 12). Ülkede, KÖİ ile yapılan ilk 12 hastanenin sermaye maliyeti yaklaşık 1,2 Milyar Euro’dur Projelerin 30 yıllık yaşam ömrü üzerinde değerlendirildiğinde bunun devlete maliyeti yaklaşık 6 Milyar Euro olmuştur. Bu tutar beklenen maliyetten yaklaşık %20 daha fazladır. Diğer KÖİ hastanelerinden olan North Durham Hastanesi beklenenden %71, South Manchester Hastanesi beklenenden %60 ve Bromley Hastanesi beklenenden %53 daha fazla maliyet ile yapılmıştır. Bu artış ise daha çok hastane birim sayısının artması, enflasyon artışı, sözleşmede değişikliklerin yapılması, ihtiyaçların ayrıntılı olarak sözleşmeye eklenmemesi gibi nedenlere dayanmaktadır (Akintoye ve Beck, 2009: 39).

İspanya sağlık sektörü reformlarında sorumluluklar merkezi yönetimden ziyade bölgesel yönetimlerin siyasi iradesine bırakılmıştır. “Madrid Bölgesel Yönetimi” ile “Valencia Bölgesel Yönetimi” liberalleşme mekanizmalarını 1990’ların sonunda kullanmaya başlamıştır. Fakat sağlık altyapılarının oluşturulmasında sadece kendi ülkelerinin özel sektörleriyle işbirliği yapma anlayışı neo-libarel paradigmalarda çakışmasının yanında kamu sektörü hizmetinin kalitesinin düşmesine (özellikle uzun bekleme süresi) ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur (Fuente, 2013: 105).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), KÖİ’den yararlanan ilk ülkelerden birisidir. ABD’de KÖİ ile ilgili yerel düzeyde ilk ve en önemli gelişmeler 1945’li yılların sonunda yaşanmıştır (Osborne, 2000: 45). ABD Federal Hükümeti 1950 ve 1960’lı yıllarda hem şehir içi altyapılarında özel yatırımı teşvik etmek hem de yerel ekonomileri geliştirmek için özel sektörü önemli bir enstrüman olarak görmüştür. Fakat bu modelin uygulama alanı sağlık sektörü alanından çok şehir altyapısı alanında olmuştur. Başkan Carter Yönetimi 1978 yılında “Kentsel Gelişim Faaliyetlerinde Devir (Urban Development Action

Grant)” isimli projesiyle şehir altyapılarının yapılması konusunda özel sektörden yararlanmıştır. Bill Clinton Yönetimi de KÖİ’yi kentsel politikaların kilit bileşeni olarak görmüş ve bu yüzden “Üçüncü Yol Politikası (Third Way Policies)”nda ve şehir altyapılarının iyileştirilmesinde özel sektörden önemli derecede yararlanmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006: 8).

KÖİ’nin giderek önem kazanan bir finansal model olmasının birçok nedeni vardır. Kamu kesiminin proje başında herhangi bir ücret ödememesi, özel sektörün projeyi daha kısa sürede bitirme başarısı ve kamu sektörünün proje başında herhangi bir sermaye yatırımında bulunmayıp mevcut kaynaklarını ihtiyaç duyulan farklı alanlarda kullanımına olanak vermesi bu nedenlerin başında gelmektedir (Urio, 2010: 75). Ancak kamu hizmetlerinin KÖİ modeli ile teminindeki en önemli neden yüksek nitelikte kamu hizmetinin etkin ve ucuz temin edilebilmesi olduğu kabul edilmektedir (Tekin, 2004: 2).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu için 1980’li yıllara kadar KÖİ uygulamalarına rastlanmamıştır. Bu dönemde daha çok dış kaynak kullanımı denenmiştir (Gürkan, 2014: 48). Türkiye’de KÖİ modeline ilişkin ilk uygulama 1984 yılında elektrik üretimi alanında başlatılmıştır (Şahin ve Uysal, 2008: 103). Bu dönemde sınırlı alanda kullanılan KÖİ modelinin kapsamı 1994 yılında gerçekleşen bir hukuki düzenleme ile kapsamı genişletilmiştir. Özellikle havalimanı ve tünel inşaatının özel sektör tarafından yapılmasının önünü açan 08.06.1994 tarih ve 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine Dair Kanun’un yürürlüğe konulmasıyla Türkiye KÖİ konusunda önemli bir tecrübe kazanmıştır (Şahin ve Uysal, 2008: 103). Sağlık sektörde KÖİ’nin uygulanması konusunda 1987 yılında 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Sağlık alanında KÖİ modeli ile gerçekleştirilen projeler bu Kanuna dayanmaktadır. Türkiye’de 2000’li yıllara kadar sağlık alanında KÖİ modeli ile gerçekleştirilen proje bulunmamaktadır. Bununla ilgili ilk girişim 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında 2005 yılında eklenen bir madde (ek 7. madde) ile olmuştur (Gürkan, 2014: 48). Buna göre Yüksek Planlama Kurulunun karar vereceği (veya gerekiyorsa şahıs) araziler üzerine özel sektörce yapılacak sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığınca belirli bir süre üst hakkı verilmek suretiyle kiralanacak, tıbbi hizmetler dışındaki tüm hizmetler özel sektör tarafından verilebilecektir (Şahin ve Uysal, 2008: 105). Sağlık sektörünün yapısında köklü değişikliklerin ele alındığı 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)’nin kabulünden sonra 2013 yılında Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve buna bağlı olarak Kamu-Özel İşbirliği Daire Başkanlığı kurulmuştur. Böylece sağlık sektöründe KÖİ projelerinin uygulanması daha kurumsal bir yapıya oturmuş ve entegre sağlık kampüsü (ESK) projelerine (İlk olarak 20.08.2013 tarihinde Yozgat ilinde) başlanmıştır. Bunu takiben 2017 yılı itina ile 34 proje yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Tablo 1. Türkiye Sağlık Sektörü ve ESK Projeleri

Kamu-Özel İşbirliği Projeleri	Özellikler			Hastane Türleri	Toplam Yatak Sayısı	Teklif Veren Firma Sayısı	Yatırım Tutarı ABD Doları (2015 Yılı Fiyatları)
	Planlanan Yapım Dönemi	İşletme Dönemi	Sözleşme Süresi				
Adana ESK	3 Yıl	25 yıl	28 yıl	1. Bölge 2. Onkoloji 3. Kadın Doğum ve Çocuk 4. Kalp Damar Hastalıkları 5. Psikiyatri 6. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri 7. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1.550	ÖYA=8 İK=4 TV=4	680.452.306
Ankara Bilkent ESK	3,5 yıl	25 yıl	-	1. Bölge 2. Kalp Damar Hastalıkları 3. Ortopedi ve Nörolojik Bilimler 4. Kadın Doğum 5. Çocuk 6. Onkoloji 7. Rehabilitasyon 8. Psikiyatri 9. Yüksek Güvenlikli Psikiyatri	3.660	ÖYA=8 İK=6 TV=3	1.086.669.600
Ankara Etik ESK	3,5 yıl	25 yıl	-	1. Bölge 2. Kalp Damar Hastalıkları 3. Ortopedi ve Nörolojik Bilimler 4. Kadın Doğum 5. Çocuk 6. Onkoloji 7. Rehabilitasyon 8. Psikiyatri 9. Yüksek Güvenlikli Psikiyatri	3.566	ÖYA=9 İK=3 TV=3	1.105.616.253
Bursa ESK	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1. Bölge 2. Kalp Damar Hastalıkları 3. Onkoloji 4. Psikiyatri 5. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri 6. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1.355	ÖYA=7 İK=6 TV=3	315.967.153
Elazığ ESK	3 yıl	25 yıl	-	1. Bölge 2. Kadın Doğum ve Çocuk 3. Psikiyatri Hastanesi 4. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	1.040	ÖYA=6 İK=2 TV=1	308.756.448

Tablo 1. Türkiye Sağlık Sektörü ve ESK Projeleri (Devamı)

Kamu-Özel İşbirliği Projeleri	Ozellikler		Hastane Türleri	Toplam Yatak Sayısı	Teklif Veren Firma Sayısı	Yatırım Tutarı ABD Doları (2015 Yılı Fiyatları)
	Planlanan Yapım Dönemi	İşletme Dönemi				
Adana ESK	3 Yıl	25 yıl	28 yıl	1.550	ÖYA=8 İK=4 TV=4	680.452.306
Ankara Bilkent ESK	3,5 yıl	25 yıl	-	3.660	ÖYA=8 İK=6 TV=3	1.086.669.600
Ankara Etik ESK	3,5 yıl	25 yıl	-	3.566	ÖYA=9 İK=3 TV=3	1.105.616.253
Bursa ESK	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.355	ÖYA=7 İK=6 TV=3	315.967.153
Elazığ ESK	3 yıl	25 yıl	-	1.040	ÖYA=6 İK=2 TV=1	308.756.448

Tablo 1. Türkiye Sağlık Sektörü ve ESK Projeleri (Devamı)

KÖİ Projeleri	Ozellikler			Hastane Türleri	Toplam Yatacak Sayısı	Teklif Veren Firma	Yatırım ABD Doları (2015 Yılı Fiyatları)
	Planlanan Yapım Dönemi	İşletme Dönemi	Sözleşme Süresi				
FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2 yıl	25 yıl	27 yıl	1.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(Afyon, Diyarbakır, Erzurum, Malatya, Samsun, Van İllerine 150 Y) 2.Psikiyatri (Bolu 60Y, Diyarbakır 80 Y, Erzurum 80Y, İstanbul-Bakırköy 2400 400Y, Kahramanmaraş 90Y, Samsun 120Y, Trabzon 100Y, Van 100Y) 3.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri(Diyarbakır 100Y, Erzurum 100Y, İstanbul-Bakırköy 200Y, Samsun 100Y, Trabzon 50Y, Van 50Y)	2400	ÖYA=6	658.097.828
Gaziantep ESK	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge 2.Onkoloji 3. Kadın Doğum ve Çocuk 4. Kalp Damar Hastalıkları 5. Psikiyatri 6. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri 7. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1.875	ÖYA=9	840.186.289
Isparta ESK	2 yıl	25 yıl	27 yıl	1.Bölge 2.Kadın Doğum ve Çocuk	755	ÖYA=9	263.982.939
İstanbul İktisadi ESK	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge 2.Onkoloji 3.Çocuk 4.Kadın Doğum 5.Kalp Damar Hastalıkları 6.Nörolojik ve Ortopedik Bilimler 7.Psikiyatri 8.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi 9.Yanık Ünitesi 10.Travma Merkezi 11.Transplantasyon Ünitesi	2.682	ÖYA=12 İK=6 TV=5	1.232.816.682
İzmir Bayraklı ESK	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge 2.Onkoloji 3.Kadın Doğum ve Çocuk 4.Kalp Damar Hastalıkları 5.Psikiyatri 6.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri 7.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	2.060	ÖYA=12	758.333.333
Kayseri ESK	3 yıl	25 yıl	-	1.Eğitim Araştırma 2.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 3.Psikiyatri 4.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	1.584	10 Ağustos 2011 İhaleyi alan firma ile iş başlatılmış.	403.919.734

Türkiye’de ESK projelerinin gelişimi açısından 3 Temmuz 2006 tarihinde Bakanlar Kurulu’nun onayladığı bir yönetmelik ile kamu sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması, tesislerdeki tıbbi hizmet alanlarının dışındaki hizmet ve alanların özel sektör tarafından işletilmesi karşılığında yenilenmesi ve 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Kamu-Özel İşbirliği Daire Başkanlığı biriminin kurulması oldukça önemli adımlardandır.

ESK’ye ilişkin usul ve esaslar 09.03.2013 tarih ve 6428 sayılı Kamu-Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile belirlenmiştir. İlgili kanunu müteakiben Yüksek Planlama Kurulu’ndan onay alınmasıyla birlikte ilk ESK temeli 20.08.2013 tarihinde Yozgat’ta atılmış ve bunu takiben diğer ESK projeleri de gerçekleştirilmeye başlanmıştır (TTB, 2011: 41). Bu kapsamda gerçekleştirilen projelerin önemli bir kısmı Tablo 1’de bazı bilgiler eşliğinde sunulmaktadır.

Tabloda sunulan (Tablo 1) sağlık tesislerine ek olarak Tekirdağ ESK (480 yatak), Şanlıurfa ESK (1700), Kütahya ESK de dâhil edildiğinde toplamda 22 adet sağlık tesisinin sözleşmesi imzalanmıştır. Bunlardan Mersin ESK, Yozgat ESK ve Adana ESK 2017 yılı itibarile sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Diğer ihalesi yapılan 19 tesisi ise altyapı yapım ya da teknoloji konuşlandırma aşamasındadır, bu bakımdan birçoğunun yakın zaman içinde sağlık hizmeti vermesi beklenmektedir. Türkiye sağlık sektöründe KÖİ kapsamında gerçekleştirilen diğer projeler ve bunların proje süreçleri aşağıda verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017):

Nihai Teklif Sürecinde olan Projeler:

1. Samsun ESK (900 Yatak)
2. Denizli ESK (1000 Yatak)

İhale Hazırlık Süreci Devam Eden Projeler:

1. İzmir Yenişehir (Tepecik) ESK (1200 Yatak)
2. Aydın Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi (150 Yatak)
3. Antalya ESK (1000 Yatak)
4. Diyarbakır ESK (750 Yatak)
5. Aydın ESK (800 Yatak)

Yüksek Planlama Kurulunda Onay Bekleyen Projeler:

1. İstanbul Sancaktepe ESK (4200 Yatak)
2. Ordu ESK (900 Yatak)

Ön Fizibilite Çalışması Devam Eden Projeler:

1. Trabzon ESK (1100 Yatak)
2. Sakarya ESK (1000 Yatak)
3. Rize ESK (800 Yatak)

ESK projeleri; onkoloji, kadın doğum ve çocuk, kalp ve damar hastalıkları, psikiyatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi hastane türlerini içermektedir. Bununla birlikte hastane başına düşen yatak sayısı oldukça yüksektir. Örneğin,

Ankara Bilkent ESK 3.660 ve Ankara Etlik ESK 3566 yatakla hizmet vermeyi planlamaktadır. Mevcut bazı sağlık tesislerinin kapatılıp bu alanlardaki sağlık insan gücü yeni kurulacak bu hastanelere geçeceğinden dolayı ESK projeleri ile birlikte nitelikli hasta yatağı sayısında bir artış olmakla birlikte toplam yatak sayısında da bir artışın olması beklenmektedir. Sözleşmesi yapılan 18 adet sağlık yerleşkesi projesi ile toplam 28.323 hasta yatağı hedeflenmektedir. Sözleşme ve ön yeterlilik aşamasında olan projeler ile birlikte bu sayının 42.123’ü bulması beklenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). ESK projelerinin işlerlik kazanması ile birlikte bazı sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu olmayacaktır. Bu sağlık kuruluşlarında toplamda 30.000 civarında hasta yatağının olduğu göz önünde bulundurulduğunda mevcut sözleşmesi yapılan ve ihale ve ön yeterlilik aşamasında olan projeler ile birlikte Türkiye sağlık sektörüne fazladan 10.000’in üzerinde yeni hasta yatağının kazandırılması beklenmektedir.

Yatak ve hastane bölümü/birimindeki artışa paralel olarak devletin 25 yıl boyunca ödeyeceği kira miktarı artmaktadır. Bu bağlamda Türkiye sağlık sektöründe Yap-Kirala-Devret (YKD) modeli kapsamında ihaleyi alan konsorsiyumlara 17 adet sağlık projesi (Tablo 1’de yatırım tutarları belirtilen) için devletin ödeyeceği toplam kiranın yaklaşık 26.586 milyar dolar olması beklenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2016: 28).

Genel olarak KÖİ kamu hizmetlerinin devletçe klasik yollardan temini ile tüm hizmetlerin özel sektör aracılığı ile yapılması arasındaki yelpazede yer alan ve her iki tarafın da (devlet ve özel sektör) katılımını içeren bir “üst kavram” olarak tanımlanabilir (Tekin, 2007: 1). Devlet tarafından sunulması gereken altyapının tasarımı, planlanması, finansmanı, inşası ve işletimi konusunda kamu sektörü ile özel sektör yatırımcıları bir sözleşme ya da kurumsal anlaşmaya bağlı olarak işbirliği yapabilirler (Cruz ve Marques, 2013: 1, Schneider 2003: 6). KÖİ modeli hastaneden otoyola, altyapıdan enerjiye, savunmadan hava alanına, okuldan cezaevine ve sair alanlarda uygulanması mümkün olan her türlü kamusal mal ve hizmeti kapsamaktadır (Tekin, 2010: 3). KÖİ’nin uzun vadeli ilişkileri kapsamaması, kamu sektörü adına proje başında herhangi bir maliyet üstlenilmemesi, yaratıcı ve yenilikçi çözümler sağlaması, maliyet avantajı sağlaması, kamu kurumunun kendi temel işlere odaklanmasını sağlaması, projenin kamu sektörüne göre daha kısa süre içinde bitirmesi, risklerin önemli bir kısmının özel sektör ile paylaşılması gibi avantajları bulunmaktadır (Cruz ve Marques, 2013; Li ve Akintoye vd., 2003; Schneider, 2003). Buna karşın KÖİ modelinde beklenenden yüksek maliyet, uzun vadeli tahminlerde yaşanan zorluklar, kamu bütçesinin kullanımında duyarlı davranılmaması, yüksek işletim maliyeti ve uygun risk paylaşımının sağlanmaması gibi durumlarla da karşılaşılabilir (2013: 7,11,14).

KÖİ’nin birçok türü bulunmaktadır ve projenin niteliğine göre değişik ve birden fazla modelden yararlanılabilmektedir. Bu durum KÖİ uygulamalarına

esneklik getirmesinin yanında değişik alanlarda KÖİ modellerin kullanılabilirliğini arttırmaktadır (Yereli ve Kızıltan, 2011: 250). Bunlardan en bilineni ve genel olarak tüm sektörler göz önüne alındığında Türkiye’de en sık kullanılanı YİD modelidir. YİD modeli kapsamında yapılan proje örnekleri oldukça eskilere dayanmaktadır. Bu kapsamda yapılan ilk uygulama örnekleri 1800’lü yıllara kadar dayanmaktadır. YİD modeli aracılığıyla yapıyı bilinen ilk proje Akdeniz ile Kızıldeniz’i birbirine bağlamak için yapılan Süveyş Kanalı’dır. Süveyş Kanalı; Avrupa ülkelerin sermayesi ve Mısır’ın finansal desteği ile 1859-1864 yılları arasında yapılmıştır (Levy, 1996: 19).

KÖİ modeli kapsamında tercih edilebilecek önemli bir KÖİ türü Yap-Sahiplen-İşlet (YSİ) modelidir. YSİ modelinde özel sektör aynı YİD modelinde olduğu gibi projeyi inşa eder, sahiplenir ve işletir. Fakat YİD’den farklı olarak bu modelde tesis ya da altyapının tekrardan kamuya devri söz konusu değildir. Bu yöntem genelde sözleşme sonunda projenin hurda/kalıntı değerinin olmadığı projeler için uygundur (Yescombe, 2007, s. 8; Delmon, 2011, s. 220; Dewulf, 2012, s. 15). Bu yöntemin özel sektöre tesisi süresiz olarak işletme hakkı vermesi bakımından özel sektör için önemli bir mali teşvik sağlayabilmektedir (Keskin, 2011: 18).

YKD, sağlık sektöründe uygulanabilirliği açısından önemli olan bir KÖİ modelidir. YKD modelinde özel sektör altyapıyı tasarlar ve gerekli finansmanı bularak inşa edip belirli bir süre için kamu sektörüne kiralar. Sözleşme şartlarına göre yatırım kapsamındaki altyapının tamamı ya da belirli bir kısmı kira dönemi sonuna kadar yüklenici tarafından işletilebilir. ESK’lerinin yapımında 03.07.2005 tarihli ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile mümkün olmuştur. Bu düzenleme ile “yeni sağlık tesislerinin gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilmesi ve halihazırda Sağlık Bakanlığı’nın kullanımında bulunan mevcut sağlık tesislerinin tıbbî hizmet dışında kalan hizmet ve alanların gerçek veya özel hukuk tüzel kişiler tarafından işletilmesi karşılığında yenilenmesi” hususlarına yer verilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 2).

Yap-Devret (YD) modelinde kamu sektörü altyapının tasarımı, inşaat kalitesi ve maliyeti konularında performans kriteri belirler. KÖİ’nin bu türünde kamu sektörü özel sektör üzerinde hâkimiyet kurmakta ve özel sektörün ortaklık uygulamalarını kontrol etmektedir. İnşaat tamamlanmasıyla birlikte mevcut varlıklar kamu sektörüne devredilmektedir (Keskin, 2011: 17).

Yap-İşlet-Devret (YİD) modeli, KÖİ’nin en baskın modelidir. Bu KÖİ modeli önemli miktarda sermaye yatırımını gerekli kıldığından ciddi finansal analizler yapılmasını gerektirmektedir. YİD modelinde devlet kamu varlıklarını belirli bir süre işletmek için (genelde 25-30 yıl boyunca) özel sektörle anlaşmakta ve bu süre zarfında özel sektör varlıklarının tasarımı, inşaatı, finansmanı ve işletiminden sorumlu olmaktadır. Bu sorumluluk çerçevesinde özel sektör ilgili

varlıkların tüm ticari riski ile bakım masrafını üstlenmektedir. YİD modeline göre özel sektöre yapılan ödemenin tamamı devlet tarafından finanse edilebildiği gibi tamamı ya da önemli bir kısmı müşteriler/kullanıcılar tarafından yapılan ödemelerle de sağlanabilmektedir. Sözleşme sonunda varlıkların mülkiyeti genelde hiçbir ücret ödenmeksizin kamu sektörüne devredilmektedir (Greve ve Hodge, 2005: 64, Bult-Spiering ve Dewulf, 2006: 8).

Yap-Devret-İşlet (YDİ) modelinde özel sektör girişimcisi altyapının inşaatını gerçekleştirmekte ve altyapı bitimiyle beraber tesisin mülkiyeti kamu sektörüne geçmektedir (Yescombe, 2007: 8). Daha sonra altyapı ilgili özel sektöre uzun süreliğine kiralanmaktadır. Özel sektör girişimcisi bu tesisi işleterek elde edeceği gelir ile hem kamu kurumuna ödeyeceği kirayı hem de yatırım maliyetini karşılayabilmektedir (Keskin, 2011: 18).

KÖİ kapsamında tercih edilebilecek bir diğer model ise Tasarla-Yap-İşlet (TYİ)’tir. TYİ, geleneksel temin etme modelinin birçok ögesini kapsar ve genellikle işletim-bakım ile tasarım-yapım yaklaşımının birleşimi olarak bilinmektedir. Bu model tek sözleşmenin altyapının tasarımı, inşaatı ve bakımını kapsaması bakımından avantajlıdır. Kamu sektörü komisyon zamanı (sözleşme süresi sonunda) altyapıyı satın alır ve daha sonra sahipliğini sürdürür (Greve ve Hodge, 2005: 64).

ESK projelerinde KÖİ’nin “YKD” türü kullanılmaktadır. Bu çerçevede devlet özel sektöre arazi tahsis etmekte ve üst hakkını¹ vermektedir. Özel sektör genelde inşaat için gerekli sermayeye sahip olmakla birlikte arsayı satın almak için yeterli mali kaynak bulamamaktadır. Özel sektör böyle kaynağa sahip olsa bile bunu arsa bedeline ayırmak istemeyebilir. Bu yüzden özel sektör, kamu sektörünün gösterdiği toprak üzerine inşaat yapmakta ve bunun karşılığında yatırımı belirli bir süre işletme hakkı elde etmektedir. Buna göre inşaatı özel sektör yapmakta ve devlete kiralamaktadır. Sürenin uzunluğuna göre (25 yıl gibi) özel sektör üst hakkını tapuda tescil ettirip bunu bankaya teminat olarak götürerek kredi alabilmektedir. Kira süresince özel sektör binanın bakım-onarım, güvenlik, ekipman, yeni malzeme sağlama karşılığında devletten kira ödemesi almaktadır. Süre bitimi ile birlikte sağlık yerleşkesinin devlete devredilmesi gerekmektedir (Türk Tabipler Birliği [TTB], 2011: 55).

Türkiye sağlık sektöründe yapımı gerçekleştirilen toplam 18 ESK’ünün finansmanı 21 farklı finans kuruluşunca (7’si yerel banka, 9’u yabancı banka, 3’ü finans kurumu ve 2’si karşılıklı kalkınma finans ajansı) sağlanmaktadır. Bunların yaklaşık %46’ı yerli sermayeden, %54 ise yabancı sermayeden karşılanmaktadır. Özel sektör temin etmiş olduğu kamu altyapısına karşılık işletim dönemi süresince özel sektör kamu sektöründe 25 yıllık sabit kira geliri

¹ Üst hakkı, başkasına ait bir arsanın altında ve üstünde inşaat yapmak veya mevcut inşaatı elinde tutmak hakkını veren bir irtifak hakkı olarak tanımlanır.

elde edecektir (Birinci, 2016). Devletin özel sektöre 25 yıl boyunca ödeyeceği kira bedeli ise Sağlık Bakanlığı döner sermayesi olarak belirlenmiştir (TTB, 2011: 140). Kullanım bedeli ihale tarihinden itibaren her ödeme dönemi için enflasyon ve kur riskine karşı güncellenmektedir. Hizmet bedeli ise her 5 yılda bir pazar testine tabi olacaktır ve projelerin gelir akışını oluşturan kira bedeli ve hizmet ödemelerine ilişkin olarak Sağlık Bakanlığı tarafından ödeme garantisi verilecektir (Birinci, 2016).

KÖİ projelerinde istenilen sonuçların elde edilmesinin ilk koşulu risklerin paylaşımıdır. Bu projenin etkinliğini doğrudan etkilemektedir. Risk paylaşımındaki temel ilke riskleri en iyi taşıyan tarafça üstlenilmesidir. Bundaki temel amaç projenin toplam değerini arttırmak olmalıdır (Emek, 2010: 48). Risk kavramı KÖİ projelerinde kuşkusuz kritik öneme sahiptir. Bu nedenle KÖİ projelerinde risk paylaşımı kavramına özel bir önem verilmekte ve bu proje başarısı açısından kilit bir faktör olarak bilinmektedir (Hodge ve Greve, 2013: 15). KÖİ projeleri genel olarak politik risk, pazar ve gelir riski, talep riski, işletme ve bakım riski, finansal risk ve yasal risk gibi risk türlerini içermektedir.

Politik risk, KÖİ yatırımları uzun zaman aldığından özel sektör yatırımcıları politik risklerden etkilenme olasılığı yüksektir (Koppenjan ve Enserink, 2009: 288). Savaş, isyan, kamu sektör kuruluşlarının yetersizliği ve hataları, yasadaki değişiklikler, kamu makamlarından kaynaklanan gecikmeler bu kapsamda değerlendirilebilecek risklerdendir. Genelde hükümetler politik riski fazla önemsememekte ya da göz ardı etmektedir. Bu yüzden proje şirketleri bu risklerin çoğu ya da belirli bir kısmını yönetmek durumunda kalabilmektedirler (Delmon, 2011: 101).

Pazar ve gelir riski, ekonomik koşulların değiştiği dönemlerde bütün pazarı etkileyebilmektedir. Müşterilerin harcamalarındaki değişiklik, endüstriyel çıktı miktarı, faiz oranları, döviz kuru, enerji fiyatı, iklim koşulları gibi nedenler pazar ve gelir riskini olumsuz yönde etkileyebilir (Akintola vd., 2003: 37). Ayrıca teknik personel, materyal ve ekipman yetersizliği de pazar riskini olumsuz etkileyebilen diğer nedenlerdendir (Shen vd., 2006: 590). Pazar ve gelir riskine ilişkin tüm bu nedenler göz önüne alındığında bu risklerden tamamen kaçınmak mümkün değildir (Akintola vd., 2003: 37).

Talep riski, sadece özel sektör tarafından sunulan hizmetin yetersiz kalitede olmasıyla ilişkili olmayabilir. Bununla beraber konjonktürdeki dalgalanma, yeni pazar eğilimleri, hizmet ya da ürünün nihai kullanıcısının tercihleri ya da teknolojik eskimeler bu riski arttırmaktadır (Corbacho, 2008: 263).

İşletme ve bakım riski, altyapının bakım ve işletiminin beklenenden daha maliyetli ya da daha zor olmasından kaynaklanabilir. Bu risklerin çoğu sözleşme ile özel sektöre transfer edilir (Greve ve Hodge, 2005: 67). İşletme riski projenin onayından ve işleyişinden kaynaklanan risklerdir. İnsan hataları,

yetersiz kontroller, sistemin başarısızlıkları ve standartların yetersizlikleri bu riski arttıran nedenlerdir (Akintola vd., 2003: 37; Jokozela, 2012: 36). Genelde özel sektör işletim riskini yönetmede başarılı olduğu kabul edilmekte ve bu risklerin çoğu sözleşme ile özel sektöre transfer edilmektedir. Özel sektörün bu alandaki başarısı (daha düşük işletme ve bakım maliyetleriyle daha iyi yapı oluşturabilmesi) kendisini önemli ölçüde cesaretlendirmektedir (Boussabaine, 2014: 4, Greve ve Hodge, 2005: 67).

Finansal risk, genel maliyetlerin artmasına neden olabilen ve proje gerçekleştirmek için kredi kuruluşlarından ya da borç verenlerden alınan finansal kaynakların kullanımına bağlı olarak gelişen bir risk türüdür (Delmon, 2011: 101). Faiz oranı, enflasyon ve vergilere bağlı risk artışları bu kategoride değerlendirilebilmektedir. Bunlardan enflasyon, uzun dönemli projelerde kamu sektörü ve özel sektör arasında paylaşılabılırken, vergi ve finansman riskleri genelde özel sektör tarafından karşılanmaktadır (Greve ve Hodge, 2005: 67, Jokozela, 2012: 36).

Yasal risk, mevcut yapıyla ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilecek yeni yasa ve düzenlemelerle ilişkili bir risk türüdür. Yasa üzerindeki uyumsuzluk ve hileler yasal riski arttırmaktadır (Akintola vd., 2003: 38).Yasadaki bir değişiklik KÖİ projelerinin işletim ya da yapım maliyetinin artmasına neden olabilir. Yasal risklerin paylaşım düzeyi uygulama ve yasadaki değişimin etki türüne bağlı olarak değişebilir. Fakat mevcut yasalara uygunluk genellikle özel sektör sorumluluğunda olmakla birlikte bu risk genelde özel sektöre yüklenmektedir (Greve ve Hodge, 2005: 67, Jokozela, 2012: 29). Arsa edinimi, işçi-işveren ilişkileri, vergi ve muhasebe konularında KÖİ’nin sorunsuz olarak yürütülmesi açısından önem arz eden bir risk türüdür (Delmon, 2011: 101).

Tasarım-İnşaat riski, potansiyel olarak en önemli ve mali etkisi en yüksek olan risk türüdür (Delmon, 2011: 101). Tasarım ve inşaat riski altyapı ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ilişkili olumsuz durumları içerir. Örneğin, özel sektörün kapasite yetersizliği, hava şartları, endüstriyel anlaşmazlıklar vb. durumlar ile tasarım ve inşaat maliyetinin beklenen maliyetten yüksek gerçekleşmesi bu risk kapsamında değerlendirilebilir. Bu risklerin çoğu özel sektöre yüklenmektedir (Greve ve Hodge, 2005: 67). Pratikte projenin geç teslimi, sözleşmede belirtilen standartların yakalanamaması, ciddi ek maliyetlerin ortaya çıkması, teknik yetersizlik ve inşaat nedeniyle işletme dışında meydana gelen olumsuzluklardan (çevresel riskler dâhil) ötürü üçüncül kişilere yapılan ödemeler de bu risk kapsamında değerlendirilmektedir (Corbacho, 2008: 263).

I- GEREÇ VE YÖNTEM

A- Amaç

Çalışmanın amacı; kamu, özel ve sivil toplum paydaşlarının KÖİ modelinin ESK uygulanması noktasındaki risk alanları, uygun olan KÖİ türleri, başarı ve başarısızlık faktörleri hakkındaki düşünce ve katılım düzeylerinin ortaya konulmasıdır.

B- Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni Ankara ilinde görev yapmakta olan kişiler ile sınırlandırılmıştır. Çalışmada amaca göre örneklem seçilerek; sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi konularıyla ilgilenen akademisyenler, bürokratlar (Sağlık Bakanlığı, Kamu-Özel İşbirliği Daire Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimlerinde görev alan üst düzey yöneticileri, Kalkınma Bakanlığı'nda ilgili bürokrat ve uzmanlara, Hazine Müsteşarlığı'nda ilgili uzmanlar, diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki ilgili bürokrat veya uzman kişiler), sivil toplum kuruluşları temsilcileri (Türk Tabipler Birliği, Türk Dış Hekimleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Sağlık Yönetim Birliği Derneği, Sağlık İdarecileri Derneği Yöneticilerine vb.), özel sektör yöneticileri (ESK ihalelerini alan özel sektör yöneticileri), kamu/özel/üniversite hastane müdür ve müdür yardımcılarını ile görüşmeler yapılması planlanmıştır. Örneklem alınan bazı katılımcılarla çeşitli nedenlerden dolayı (konu ile ilgili halihazırda yeterli yayınlarının olması, bazıları kendilerini paydaş olarak görmemesi, bazıları ise konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması) görüşme yapılamamıştır. Çalışma 29 farklı kurumdan 97 katılımcı ile görüşme ile gerçekleştirilmiştir.

C- Verilerin Toplama Aracı, Yöntemi ve Analizi

Çalışmada veri toplama aracı olarak görüşme formu kullanılmıştır. Form Agyemang (2011)'in "Effectiveness of Public Private Partnership in Infrastructure Projects" isimli çalışmasında kullandığı bazı soruların öncelikle Türkçe'ye çevrilmesi, sonrasında ise çalışmanın kapsamına uygun olacak şekilde bunlar üzerinde bazı uyarlamalar yapılması ile oluşturulmuştur. Görüşme formunda bulunan tüm maddelerin geçerliliği uzman görüşüne dayalı bir geçerlilik türü olan kapsam geçerliliği ile ortaya konulmuştur.

Çalışmada paydaşlara altı adet soru yöneltilmiştir. Beş soru alternatifler arası önceliklendirme, bir soru ise çoktan seçmelidir. Katılımcılardan alternatifler arası önceliklendirme sorulardaki seçenekleri önem sırasına göre (1, 2, 3... olacak şekilde) sıralamaları istenmiştir. Sonrasında elde edilen yanıtların ortalamaları Microsoft Excel'den yararlanılarak hesaplanmış ve grafik eşliğinde sunulmuştur. Çalışmada önceliklendirme 1'den başlanarak oluşturulduğundan, ortalaması düşük olan alternatifler daha önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir.

Önceliklendirme ile ilgili soruların tümünde diğer seçeneği konulmuştur. Böylece alternatif seçeneklerin dışında olası yanıtlara yer verilmesine çalışılmış ve bu soruya verilen yanıtlar ayrı olarak değerlendirilmiştir. Diğer seçeneğine verilen yanıtların sıklıkları (frekansları) ayrıca tablolarda sunulmuştur.

II- BULGULAR

A- Kişisel ve Demografik Bilgiler

Çalışmaya katılan toplam 97 kişinin %86,6’sı erkek ve %13,4’ü kadındır. Diğer taraftan katılımcıların çoğunluğunun yüksek lisans (%36,1) ya da doktora (%12,4) yaptığı, sadece 1 katılımcının lise mezunu olduğu (sendika temsilcisi), 2 katılımcının ise önlisans mezunu olduğu tespit edilmiştir (Bakınız Tablo 3).

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Paydaşların Demografik Bilgileri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	13	13,4
Erkek	84	86,6
Öğrenim Durumu		
Lise ve Önlisans Mezunu	3	2,1
Lisans Mezunu	47	48,5
Yüksek Lisans Mezunu	35	36,1
Doktora Mezunu	12	12,4
Öğrenim Alanı		
Sağlık Bilimleri ile İlgili	45	46,4
Diğer	52	53,6
Çalışılan Kurum Türü		
Kamu	72	74,2
Özel	9	9,3
Sivil Toplum Örgütü	8	8,2
Üniversite	8	8,2
Çalışılan Kurum		
Sağlık Bakanlığı	54	55,7
Sivil Toplum Örgütü	8	8,2
Sosyal Güvenlik Kurumu	7	7,2
Maliye Bakanlığı	7	7,2
Üniversite	9	9,3
Kalkınma Bakanlığı	3	3,1
Özel Sektör	9	9,3
Meslek Grubu		
Yönetici	53	54,6
Profesyonel Meslek Mensubu	44	45,4
Yaş		
25-32 Yaş	28	28,9
33-40 Yaş	38	39,1
41 Yaş ve Üstü	31	32,0
Meslekte Toplam Çalışma Süresi		
0-60 Ay	24	24,7
61-120 Ay	20	20,6
121 Ay ve Üstü	53	54,6
Kurumda Çalışma Süresi		
0-2 yıl	27	27,8
2 yıl üstü -4 yıl	36	37,1
4 yıl üstü	34	35,1
İdari Pozisyonda Çalışma Süresi		
0-2 yıl	36	37,1
2 yıl üstü -4 yıl	27	27,8
4 yıl üstü	34	35,1
Toplam	97	100

Katılımcılar çalışılan kurum türü bakımından incelendiğinde %74,2 ile ağırlıklı olarak kamu sektörünün (Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri) hakim olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan kuruma göre incelendiğinde ise %55,7 ile Sağlık Bakanlığı (TKHK, THSK, Ankara İl Sağlık Müdürü, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı) çalışanlarının çoğunlukta olduğu görülmüştür. Katılımcıların meslek grubuna göre yapılan sınıflandırmada ISCO-08 (Uluslararası Standart Meslek Sınıflandırması)'den yararlanılmıştır. Buna göre katılımcıların %54,6'sı yöneticilerden oluşurken, %45,4'ü profesyonel meslek mensuplarından oluşmaktadır. Son olarak öğrenim durumuna göre yapılan sınıflandırmada katılımcıların %46,4'ü sağlık sektörü/hizmeti ile ilgili bir alanda mezun olurken, %53,6'sı sağlıkla ilgili olmayan bir alandan mezun olmuştur (Tablo 2).

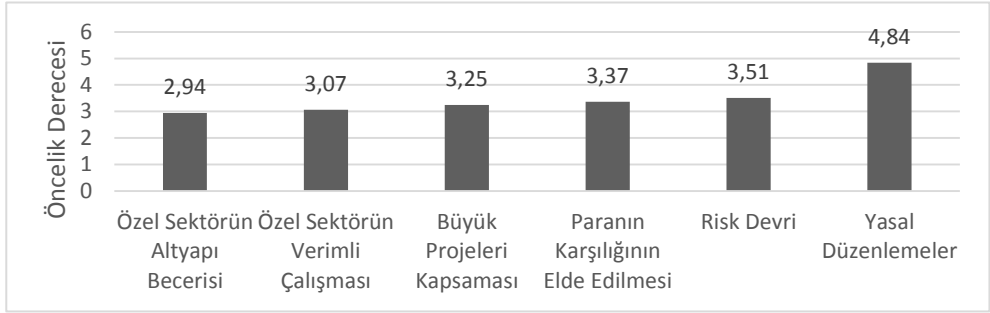
B- Alternatifler Arasında Önceliklendirme Sorularının Analizi

Toplamda altı (beşi tercihler arası önceliklendirme ve bir çoktan seçmeli) soru Microsoft Excel yazılımı aracılığıyla analiz edilmiştir. Yapılan analizlere aşağıda yer verilmiştir.

1- KÖİ'nin Tercih Edilme Nedenlerine İlişkin Görüşler

Çalışmada ESK projelerinde KÖİ'nin tercih edilmesinde en önemli nedenlerin neler olması gerektiği konusunda katılımcıların görüşlerine başvurulmuştur. Buna göre KÖİ'nin tercih edilmesindeki en büyük belirleyicilerin başında özel sektörün altyapı becerisi ve özel sektörün verimli çalışması olmuştur.

Şekil 1. KÖİ'nin Tercih Edilme Nedenlerine İlişkin Görüşler*



*Öncelik sıralaması küçük değerden büyük değere doğrudur. Bu yüzden düşük ortalamaya sahip göstergeler daha öncelikli/önemli olduğu kabul edilmektedir. Bu soruyu 92 katılımcı yanıtlamıştır.

Katılımcıların KÖİ'nin tercih edilme nedenleri öncelik sırası ile; 1) özel sektörün altyapı becerisi, 2) özel sektörün verimli çalışması, 3) büyük projeleri kapsaması, 4) paranın karşılığının elde edilmesi (Value For Money[VFM]), 5) yasal düzenlemeler olarak bulunmuştur (Bakınız Şekil 1).

Bu soruda bulunan diğer seçeneğini beş kişi yanıtlamıştır. Bunların yanıtları ve bu yanıtların seçenekler arasındaki öncelik derecesi Tablo 3’de verilmiştir. Beş katılımcının dördü anket formundaki KÖİ’nin tercih edilme nedenleri listesinde belirtilen maddeler dışında kendi nedenlerini en önemli neden olarak belirtmiştir. Bu noktada üç kişi özel sektörün kaynak aktarımı ya da yeni kamu yönetim politikasının da KÖİ’nin tercih edilmesinde etkili olduğunu savunurken, iki kişi kamunun finansman sorununun KÖİ’nin tercih edilmesinde en büyük etken olduğunu savunmaktadır (Bakınız Tablo 3).

Tablo 3. KÖİ’nin Tercih Edilme Nedenlerine İlişkin Görüşler (Diğer Seçeneği)

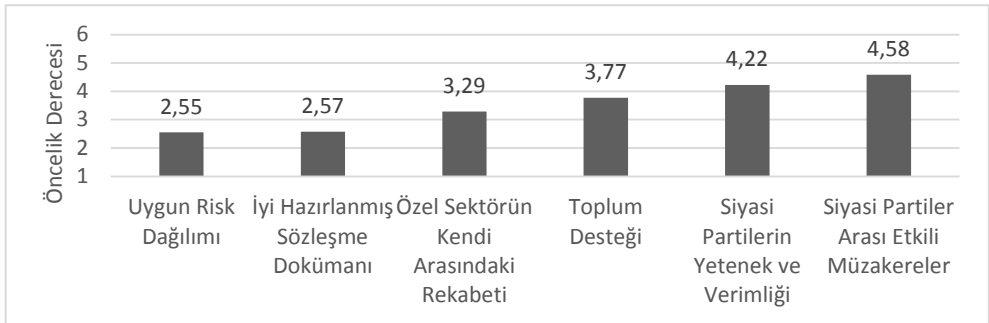
Verilen Yanıt	Öncelik Sırası	Sayı
Özel sektörün kaynak aktarımı	1	1
Kamunun finansman sorunu	1,1*	2
Birlikte çalışabilirlik ve öğrenilebilirlik/öğrenilebilirlik	7	1
Yeni kamu yönetimi politikası	1	1

(* Bu değer toplamda 2 kişinin öncelik sırasının da 1 olduğunu göstermektedir.)

2- KÖİ Başarısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşler

Çalışmada katılımcılardan ESK projeleri konusunda KÖİ’nin başarısını etkileyen genel faktörleri önem sırasına göre önceliklendirmeleri istenmiştir. Katılımcılardan elde edilen yanıtların ortalamaları temel alındığında, katılımcıların KÖİ başarısını etkileyen faktörlere ilişkin öncelikleri sırası ile; 1) uygun risk dağılımı, 2) iyi hazırlanmış sözleşme dokümanı, 3) özel sektörün kendi arasındaki rekabet, 4) toplum desteği, 5) siyasi partilerin yetenek ve verimliliği, 6) siyasi partiler arası etkili müzakereler olmuştur. Burada öncelik sıralamalarının ağırlandırması yapılmıştır. İlk sıradalarda öncelenen ifadelerin ortalaması daha düşük çıkacaktır. Sonlara doğru öncelenen ifadelerin ortalaması daha yüksek çıkacaktır (Bakınız Şekil 2).

Şekil 2. KÖİ Başarısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşler*



* Bu soruyu 93 katılımcı yanıtlamıştır.

Katılımcılardan üçü diğer seçeneğini yanıtlamış ve bunlardan toplam beş yanıt alınmıştır. Bu yanıtlarda daha çok proje oluşturulma aşamasındaki başarının önemini vurgulanmıştır. Bu katılımcılardan biri, ESK projelerinin başarısında

en önemli faktörlerden birinin “iyi bir yönetim modeline” bağlı olduğunu ifade etmiştir. Bu yanıtla katılımcının yapımı devam eden bu büyük sağlık tesislerinin nasıl ve kimin tarafından yönetileceği konusunun önemine işaret etmiştir (Bakınız Tablo 4).

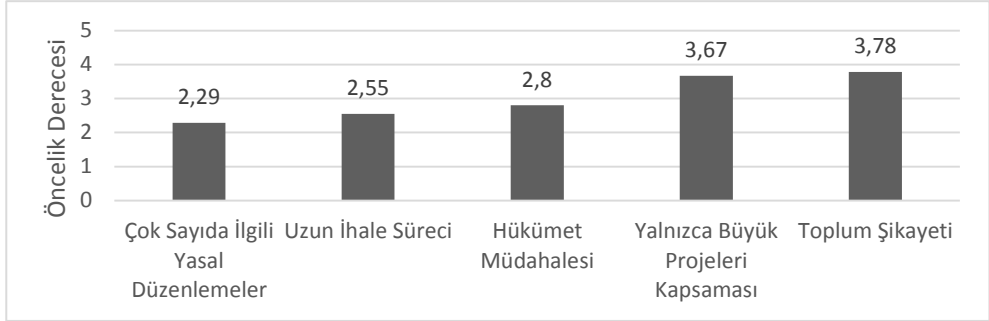
Tablo 4. KÖİ Başarısını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşler (Diğer Seçeneği)

Verilen Yanıt	Öncelik Sırası	Sayı
Politikacıların tercihi	1	1
İyi bir fizibilite	1	1
İyi bir yönetim modeli	2	1
İyi bir proje örgütlemesi ve yönetimi	7	1
Kamu sektöründe ve özel sektörde proje görevlilerinin devamlılığının sağlanması	8	1

3- KÖİ ile İlgili Problemlere İlişkin Görüşler

Çalışmada ESK projeleri konusunda KÖİ'ye ilişkin olası problemler altı kategoride toplanmış ve katılımcılardan bu olası problemleri önceliklendirmeleri istenmiştir. Katılımcılardan bazıları KÖİ'nin ESK projelerinde uygulanması konusunda herhangi bir sorun görmediğinden ya da KÖİ modelinin uygulanması konusunda olumsuz düşünmediğinden dolayı, yedi kişi bu soruyu yanıtlamamıştır (Bakınız Şekil 3).

Şekil 3. Kamu-Özel İş Birliği ile İlgili Problemlere İlişkin Görüşler*



*Bu soruyu 90 katılımcı yanıtlamıştır.

KÖİ'nin ESK projelerinde uygulanmasına ilişkin problemlere ilişkin sorulan bu soruda yapılan analize göre katılımcılar arasında en çok paylaşılan görüş “çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler” olurken, KÖİ projelerinin “yalnızca büyük projeleri kapsamı” ve “toplumsal şikâyetler” seçeneği KÖİ konusunda ciddi problem olarak kabul edilmemektedir (Bakınız Şekil 4). Diğer taraftan bu soruda bulunan diğer seçeneğini yanıtlayanların sayısı diğer önceliklendirme sorularına göre yüksektir. Bu soruda toplam 10 kişiden 13 farklı yanıt alınmıştır. KÖİ ile ilgili problemler noktasında, risk dağılımı, mevzuat yetersizliği, fizibilite çalışmaları yetersizliği ve süreçteki belirsizlik konuları ön plana çıkmaktadır (Bakınız Tablo 5).

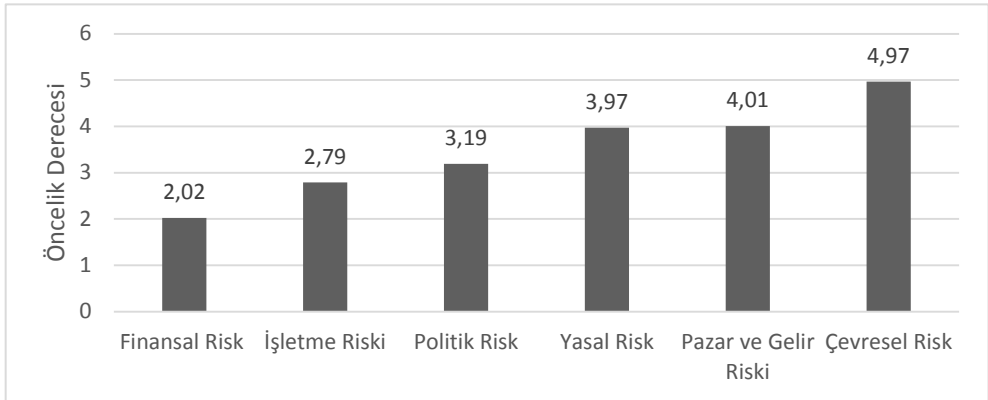
Tablo 5. KÖİ ile İlgili Problemlere İlişkin Görüşler (Diğer Seçeneği)

Verilen Yanıt	Öncelik Sırası	Sayı
Risk dağılımı	1	1
Hukuki/mevzuatsal altyapı yetersizliği	1	1
Sözleşme dokümanının kötü hazırlanması	1	1
Hesaplanandan yüksek maliyet	1	1
Uygulama örneklerinin olmaması	1	1
Fizibilite yokluğu	1	1
Yönetim modelinin olmaması	2	1
Kamu sektörü ve özel sektör yöneticilerinin sık sık değişmesi, proje bütünlüğünün yok olması	7	1
Kamuda çalışanların danışman ağırlıklı olması ve işe bağlılığının azalması	8	1
Proje görevlileri arasındaki ücret statüsü ve ücret farklılığı	9	1
İşletme sürecinin belirsizliği	1	1
Şeffaf olmayan yönetim	1	1
Kamunun yetişmiş bürokrat ve uzmanlarının süreci iyi yönetememesi	1	1

4- KÖİ ile İlgili Risk Faktörlerine İlişkin Görüşler

Çalışmada ESK projeleri konusunda KÖİ’ye ilişkin olası risk faktörleri altı kategoride toplanmış ve katılımcılardan bunları önceliklendirmeleri istenmiştir. Buna göre ESK projelerinde en büyük risk, finansal risk olarak düşünülmüştür. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu çevresel risklerin ESK altyapısında diğer risklere göre daha düşük öncelikli olduğunu düşünmektedir. Bu soruda sadece bir katılımcı diğer seçeneğini yanıtlamış ve KÖİ projelerinde “uluslararası tahkim riskinin” bir risk unsuru (öncelik sırası 7) olabileceğini savunmuştur.

Şekil 4. KÖİ ile İlgili Risk Faktörlerine İlişkin Görüşler*

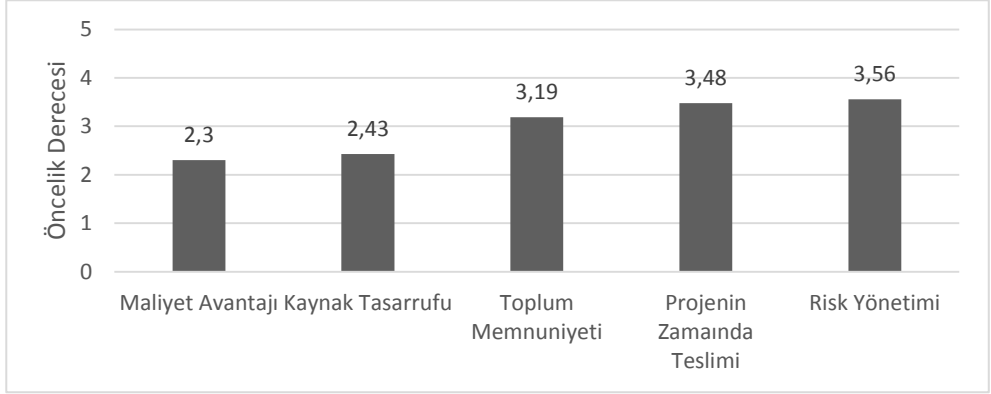


* Bu soruyu 95 katılımcı yanıtlamıştır.

5- Kamu-Özel İşbirliği Başarısını Değerlendirmede Etkili Olan Kilit Performans Göstergelerine İlişkin Görüşler

Çalışma kapsamında ESK projeleri konusunda KÖİ modelinin başarısını değerlendirmede etkili olan kilit performans göstergelerini katılımcılardan önceliklendirmeleri istenmiştir. Buna ilişkin elde edilen bulgularda katılımcıların önemli bir kısmı ESK projeleri konusunda KÖİ uygulamasının başarısını değerlendirmede en önemli performans göstergesinin “maliyet avantajı” ve “kaynak tasarrufu” olduğunu savunmuştur (Bakınız Şekil 5). Maliyet avantajı ile projenin diğer altyapı gerçekleştirme yöntemlerine göre ekonomik avantaj sağlaması, kaynak tasarrufu ile ise devletin hazinesine bir mali yük getirmeksizin projelerin gerçekleştirilmesi ve kamu kaynaklarının başka alanlarda kullanılabilmesi ifade edilmektedir.

Şekil 5. Kamu-Özel İşbirliği Başarısını Değerlendirmede Etkili Olan Kilit Performans Göstergelerine İlişkin Görüşler*



* Bu soruyu 94 katılımcı yanıtlamıştır.

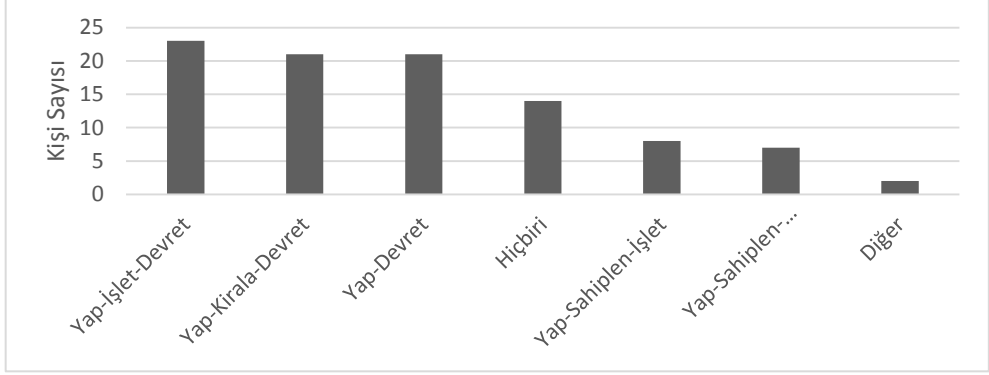
Bu soruda iki katılımcı KÖİ başarısını değerlendirmede yukarıdaki seçeneklere ilave olarak “siyaset” (öncelik derecesi 4) ve “sağlık hizmetlerine ulaşımın” (öncelik derecesi 1) da önemli olduğunu ifade etmiştir.

6- ESK Projeleri İçin Uygun Olan KÖİ Türüne İlişkin Görüşler

Çalışma kapsamında katılımcılara “Size göre KÖİ türlerinden hangisi ESK projeleri için en uygundur?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılara göre ESK projeleri için uygun olan KÖİ türünün ne olduğuna ilişkin sorulan soruda katılımcılar arasında en çok paylaşılan görüş Türkiye’de özellikle başta otoyol ve köprü gibi alanlarda sıklıkla tercih edilen ve en bilinen KÖİ türü olan YİD olmuştur. Şu an ESK yapımında kullanılan YKD modeli ise YD modeli ile beraber ikinci sırada yer almıştır. Katılımcıların %14,58’i ise KÖİ modellerinin hiçbirinin ESK projeleri için uygun olmadığını savunurken, katılımcıların %2,08’i ise bu modellerin haricinde farklı bir model önermiştir. Bir katılımcı sağlık tesisi altyapısının özel sektörde yapılması ve kâr ortağı olarak

işletilmesinin (Yap- Kâr Ortağı Olarak İşlet) uygun olabileceğini savunmuştur. Diğer bir katılımcı ise sağlık altyapısının özel sektöre yapılması, devlete kiralanması ve özel sektöre işletiminin yapılmasının (Yap-Kirala-İşlet) daha uygun olabileceğini savunmuştur.

Şekil 6. ESK Projeleri İçin Uygun Olan KÖİ Türüne İlişkin Görüşler*



* Bu soruyu katılımcıların tamamı (97 katılımcı) yanıtlamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışma kapsamında katılımcılara altı adet soru yöneltilmiştir. Sorulardaki seçeneklerde yer alan ifadeleri ESK projeleri odaklı düşünerek, kendi değerlendirmelerine göre önem sırası “1, 2, 3... olacak şekilde” sıralamaları istenmiştir. Önceliklendirme ile ilgili soruların hepsinde diğer seçeneği konulmuştur. Böylece alternatif seçeneklerin dışında olası yanıtlara da yer verilmesine çalışılmış ve bu soruya verilen yanıtlar ayrı olarak değerlendirilmiştir. Alternatifler arasında önceliklendirme sorularının birinde katılımcılara “Sağlık sektöründe KÖİ’nin neden tercih edilmesi gerektiği” sorulmuştur. Bu soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde en öncelikli tercih edilme nedeni sırasıyla “1) özel sektörün altyapı becerisi, 2) özel sektörün verimli çalışması, 3) büyük projeleri kapsamı, 4) paranın karşılığının elde edilmesi (VFM), 5) yasal düzenlemeler” olmuştur. Bu çalışma kapsamında sorulan bu ve diğer birkaç önceliklendirme sorusu aslında Agyemang (2011)’in ABD’de kamu sektörü ve özel sektör profesyonelleri üzerinde (KÖİ ile ilgili) yaptığı bir çalışmadan uyarlanarak alınmıştır. Bu çalışmada katılımcıların bu soruya sağlık sektörü temelli düşünerek değerlendirmeleri istenmiştir. Genel olarak KÖİ modelinin tercih edilme nedenlerinin ne olması gerektiğine ilişkin Agyemang tarafından sorulan bu soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde öncelikli tercih edilme nedeni sırasıyla “1) paranın karşılığının elde edilmesi (VFM), 2) özel sektörün verimli çalışması, 3) özel sektörün altyapı becerisi, 4) büyük projeleri kapsamı 4) yasal düzenlemeler²” olmuştur. Bu çalışmada özel sektörün altyapı becerisi öne çıkarken, Agyemang’in çalışmasında paranın

² Agyemang (2011) tarafından yapılan çalışmada, büyük projeleri kapsamı yanıtları ile yasal düzenlemeler yanıtının öncelik derecesi eşit bulunmuştur.

değer karşılığı yanıtı öne çıktığı görülmüştür. Diğer yandan, bu çalışmada sağlık sektöründe KÖİ'nin başarısını değerlendirmede etkili olan kilit başarı göstergeleri sırasıyla “1) maliyet avantajı, 2) kaynak tasarrufu, 3) toplum memnuniyeti, 4) toplum memnuniyeti, 5) projenin zamanında teslimi, 6) risk yönetimi” olarak bulunmuştur. Agyemang’ın çalışmasında ise KÖİ'nin başarısını değerlendirmede kilit başarı göstergeleri “1) KÖİ'nin geleneksel temin etme modeline göre maliyet, zaman, parasal avantaj sağlaması, 2) toplum memnuniyeti, 3) kaynak tasarrufu, 4) risk yönetimi, 5) paranın karşılığının elde edilmesi” olarak sıralanmıştır. Bu bağlamda ESK projelerinde KÖİ modelinin başarısının değerlendirilmesinde maliyet avantajı, kaynak tasarrufu, toplum memnuniyeti, projenin zamanında teslimi ve risk yönetimi konularının her biri ayrı bir öneme sahip olduğu ifade edilebilir. Çalışmada KÖİ modelinden en çok beklenen ESK projelerinden maliyet avantajının ve kaynak tasarrufunun sağlanması olmuştur. Fakat KÖİ projelerinde risk yönetiminin sağlanması da en az bu göstergeler kadar önemlidir, çünkü sağlık kuruluşlarında maliyet avantajının, kaynak tasarrufunun, toplum memnuniyetinin ya da projenin zamanında tesliminin garanti altına alınması önemli ölçüde risklerin iyi yönetilmesine bağlıdır. KÖİ modelinde maliyet avantajının sağlanması uygun risk paylaşımına bağlı sağlıklı bir maliyet fayda analizinin yapılması ile mümkündür. Bu aynı zamanda düşük fiyatta yüksek kalitede sağlık hizmeti almanın ön koşuludur.

Çalışma kapsamında sağlık sektöründe KÖİ ile ilgili problemler “1) çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler, 2) uzun ihale süreci, 3) hükümet müdahalesi, 4) yalnızca büyük projelerle ilgili olması, 5) toplum şikâyeti” olarak sıralanmıştır. Agyemang (2011)’in çalışmasında ise KÖİ ile ilgili problemler “1) toplum şikâyeti, 2) çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler, 2) sadece büyük projeleri kapsamı³, 3) hükümet müdahalesi, 4) uzun ihale süresi” olacak şekilde sıralanmıştır. Sağlık sektöründe KÖİ ile ilgili risk faktörlerine ilişkin bu çalışmada sorulan soruya verilen yanıtların öncelik derecesine göre “1) finansal risk, 2) işletme riski, 3) politik risk, 4) yasal risk, 5) pazar ve gelir riski, 6) çevresel risk” olarak sıralanmıştır. Agyemang’ın çalışmasında KÖİ ile ilgili risk faktörleri sırasıyla “1) çevresel risk, 2) işletme riski, 3) politik risk, 4) yasal risk, 5) pazar ve gelir riski, 6) finansal risk” olarak bulunmuştur. Anyemang’ın çalışmasında en riskli olarak bulunan çevresel risk, bu çalışmada en az riskli olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Anyemang’ın çalışmasında finansal risk en az önemli risk olarak bulunurken, bu çalışmada en önemli risk olarak kabul edilmesi dikkat çekicidir. Bu çalışmada finansal riskin en yüksek çıkmasında çok sayıda yüksek yatak kapasiteli hastanelerin yapılması ve bunların getirdiği finansal endişelerin etkisi olduğu düşünülebilir.

Tekin (2010) çalışmasında, KÖİ uygulamalarında bazı problemlerin ortaya çıkabileceğine ve bunun için sorunların politikanın ilk aşamasında tespit edilip

³ Agyemang (2011) tarafından yapılan çalışmada, çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler ile sadece büyük projeleri kapsamı yanıtı eşit bulunmuştur.

çözüm üretilmesinin önemi vurgulanmıştır. Bu çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde bazı katılımcılar (özellikle üniversite katılımcıları) sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği uygulamalarının başarı ile neticelenmesi için öncelikle projelerin iyi kurgulanması gerektiğine ve dolayısıyla proje başında özenle hazırlanmamış fizibilite çalışmasının olmaması ve sözleşmelerde şeffaflığın sağlanmaması halinde projenin büyük oranda başarısızlıkla sonuçlanabileceğine işaret etmiştir.

Çalışmada katılımcılardan alınan yanıtlara göre ESK için uygun olduğu düşünülen KÖİ türü konusunda öne çıkan bir model ortaya konulamamıştır. Fakat yine de YİD modelinin ilk sırada yer alması Türkiye’nin otoyol, köprü, havaalanı gibi konularda bu modeli tercih etmesinin ve daha baskın bir model olmasının bir etkisi olduğu düşünülebilir. Fakat sağlık sektöründe YİD modelinin (yukarıda da bahsedildiği üzere) sağlık hizmeti sunucularının iş güvencesine zarar verme ihtimali ve yukarıda bahsedilen diğer endişelerden dolayı sağlık sektörü için YİD modelinin uygun bir model olmadığı düşünülmektedir. Türkiye’de değişen yeni paradigma ile birlikte günümüzde hastane altyapılarının gerçekleştirilmesinde KÖİ’nin YKD modeli tercih edilmektedir. Bu kapsamda özel sektör sağlık altyapısını inşa etmekte, temel sağlık hizmeti sunum alanı dışındaki yerleri belli bir süre işletmekte ve 25 yıl sonra sağlık altyapısını devlete devretmektedir. Bu modelde özel sektör destek hizmetlerini işletmekten elde edeceği gelirin yanında hastane döner sermayesinden elde edeceği kira geliri ile kar elde etmektedir. Türkiye genelde köprü, otoyol, tünel, enerji vb. alanlarda çok sayıda projede KÖİ’nin YİD biçimini tercih etmektedir. Öyle ki, uluslararası literatürde KÖİ’nin YİD biçimi artık Türkiye ile özdeşmiştir. Bu yüzden sağlık sektöründe KÖİ’nin YKD biçiminin tercih edilmesi bir farklılık olarak kabul edilebilir. YİD modelinde özel sektörün hizmet sunum noktasında daha çok sorumluluk alması ve altyapıyı belirli bir süre işletmesi söz konusudur. Özellikle sağlık sektöründe kamu sektörüne duyulan ihtiyaç ve sağlık kurumlarını diğer kurumlardan ayıran başlıca özellikleri (yapılan işler oldukça değişken ve karmaşık olması; yapılan işler, belirsizlik ve hataları çok az tolere edebilir olması; yapılan işlerde uzmanlaşma seviyesi çok yüksek olması vb.) YİD modelinden çok YKD modelini gerekli kılmıştır.

KÖİ projelerinde en önemli konulardan biri taraflar arasında uygun risk dağılımının sağlanmasıdır. Özel sektör tarafı altyapı konusunda birçok riski üstlendiğinden, buna karşılık gelirlerini daha da artırmak istemektedir. Fakat KÖİ projelerinde önemli olan husus her iki tarafın da kendi adına iyi olduğu ve yönetebileceği riskleri üstlenmesidir. Bu, projenin başarıyla sonuçlanması için oldukça önemlidir. Türkiye’de KÖİ modeli aracılığıyla yapılan ve yapımı devam eden ESK projeleri konusunda paydaşlar daha çok finansal risk ve işletme riski ile karşı karşıya kalılabileceğini düşünmektedir. Özellikle küresel piyasadaki siyasi istikrarsızlık ve buna bağlı olarak döviz kurumdaki dalgalanmalar finansal riski artırabilecek en temel faktörlerdendir. ESK projelerinin çok yüksek yatak kapasiteli olması ve belirli alanlarda özel sektör ve kamu

sektörünün birlikte hareket etme mecburiyetinin getirebileceği olası sorunlar işletme riskini artırabilir.

ESK projeleri ile gerçekleşen sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetlerinde algılanan kalitede önemli derecede artış olacağı düşünülmektedir. Türkiye’de mevcut sağlık kurumlarının önemli bir kısmı eskimiştir. Bunların bir kısmı artık sağlık hizmeti veremeyecek seviyededir. Örneğin Cumhuriyetin ilk yıllarında (1924 yılı) Refik Saydam tarafından kurulan numune hastaneleri (İstanbul, Ankara, Diyarbakır, Sivas, Erzurum’da) halen sağlık hizmeti vermektedir. Bu yüzden ESK projeleri ile kuşkusuz daha modern sağlık kuruluşlarının elde edileceği aşikârdır. ESK projelerinin çoğu yerleşim yeri dışına inşa edilmektedir. Bu durum kısa vadede sağlık hizmeti kullanıcılarının fiziksel erişime bağlı sorunlar yaşamasına neden olabilir. Diğer taraftan ESK projeleri için kamu tarafından %70 yatak doluluk oranı garantisi vermesi nedeniyle, daha düşük yatak doluluk oranı kamu kesimi adına kaynak israfının yaşanmasına neden olabilir. Bu yüzden ESK ile koordineli semt polikliniklerinin kurulması ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında özel hastaneler tarafından sunulan bazı sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılması düşünülebilir.

Kaynakça

- Denizli, Agyemang, Pius Francis Kwaku. (2011). Effectiveness of Public Private Partnership in Infrastructure Projects. (The University of Texas at Arlington, The Faculty of the Graduate School of Engineering, Master Thesis of Science in Civil Engineering).
- Ahmed, F. ve Nisar, N. (2010). Public-private partnership scenario in the health care system of Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 16,8. 910-912.
- Akintoye, A. ve Beck, M. (2009). *Policy, Management and Finance of Public-Private Partnerships*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Akintoye, A., Meck, M. ve Hardcastle, C. (2003). Public-Private Partnership: Managing risk and opportunities. UK: Blackwell Science Ltd.
- Alpar, R. (2014). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık. 3.Baskı.
- Atabey, E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Barrows, D., Macdonald, I., Supapol, A., ve Jet, O.D. (2011). *Public Private Partnerships in Canadian Healthcare a Case Study of The Brampton Civic Hospital*. Canada: York University.
- Birinci, Ş. (2016). Şehir Hastaneleri ve Gelecek. Sağlık Yöneticisinin Gündemi. Özel Ankara Güven Hastanesi. 06 Nisan 2016. Güven Hastanesi Konferans Salonu.
- Boussabaine, A. (2014). *Risk Pricing Strategies for Public-Private Partnership Projects*. UK: Wiley Blackwell.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2006). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships An international perspective*. Malden: Blackwell Publishing.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2006). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships An international perspective*. Malden: Blackwell Publishing.
- Corbacho, M. A., Funke, K., & Schwartz, M. G. (2008). *Public Investment and Public Private Partnerships: Addressing Infrastructure Challenges and Managing Fiscal Risks*. International Monetary Fund.
- Cruz, C.O. ve Marques, R.C. (2013). *Infrastructure Public-Private Partnerships: Decision, Management and Development*. Verlag Berlin: Springer.
- Delmon, J. (2011). *Partnership Projects in Infrastructure*. New York: Cambridge University Press.
- Dewulf, G., Blanken, A., & Bult-Spiering, M. (2012). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships (second ed.)*. UK: Wiley-Blackwell.
- Emek, U. (2010). *Altyapıda Kamu Özel İşbirliği Yöntemleri*. İstanbul: İktisadi Araştırmalar Vakfı.
- Fuente, J.M.R. (2013). *Spain: Public-Private Partnerships in Healthcare and Network Services*. Julian Teicher, Bernadine van Gramberg, Marius Profiroiu ve Cristina Neesham (Ed.) *Sharing Concerns: Country Case Studies in Public-Private Partnerships içinde* (s. 95 115). Cambridge Scholars Publishing, UK.
- Geoffrey, H., Kachkynbaeva, M., Wachsmuth, I. ve Masaki, E. (2012). A Preliminary Reflection on The Best Practice In PPP in Healthcare Sector: A Review of Different Ppp Case Studies And Experiences. (Erişim: 02.03.2017). [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pf].

- Geoffrey, H., Kachkynbaeva, M., Wachsmuth, I. ve Masaki, E. (2012). A Preliminary Reflection on the Best Practice In PPP in Healthcare Sector: A Review of Different Ppp Case Studies and Experiences. (Erişim: 02.03.2017). [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf]
- Greve, C. ve Hodge, G. (2005). *The Challenge of Public-Private Partnerships*. UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Gürkan, M.F. (2014). *Kamu-Özel Ortaklığı*. Ankara: Adalet Yayınları.
- Hodge, G. ve Greve, C. (2013). *Rethinking Public-Private Partnerships: Strategies for Turbulent Times*. Oxon: Routledge.
- İslamoğlu, A. H. ve Alniaçık, Ü. (2013). *Sosal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Beta Yayıncılık. 3.Baskı.
- Jokozela, M.J. (2012). *Public-Private Partnerships' Contribution to Quality Healthcare: a Case Study for South Africa After 1994*. Johannesburg: Magister Commercii.
- Kalkınma Bakanlığı (2015). Kamu Özel İşbirliği ile Yürütülen Projeler. (Erişim: 26 Aralık 2015).[http://koi.kalkinma.gov.tr/].
- Kalkınma Bakanlığı (2016). Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015. Ankara: Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M. ve Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17,3,123.
- Keskin, S. (2011). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli. (Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dal. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Koppenjan, J.F. ve Enserink, B. (2009). Public-Private Partnerships in Urban Infrastructures: Reconciling Private Sector Participation and Sustainability. *Public Administration Review* 69, 2. 284-296.
- Levy, S.M. (1996). *Build, Operate, Transfer: Paving the Way for Tomorrow's Infrastructure*. New York: John Wiley & Sons.
- Mota, J. ve Moreira, A.C. (2015). The importance of non-financial determinants on public private partnerships in Europe. *International Journal of Project Management* 33. 2015: 1563-1575.
- Osborne, S.P. (2000). *Public-Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective*. London: Routledge.
- Resmi Gazete (1987). 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun, 19461. 07 Mayıs 1987.
- Resmi Gazete (1994). 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanun, 21959. 8 Haziran 1994.
- Resmi Gazete (2005). 5396 Sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 25876, 03 Temmuz 2005.
- Resmi Gazete (2006). 10655 Sayılı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması ile Resmi Gazete (2011). 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 28103. 02 Kasım 2011.
- Resmi Gazete (2012). Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge, 847. 05.10.2012.

- Roehrich, J.K., Lewis, M.A. ve George, G. (2014). Are Public-Private Partnerships a Healthy Option?, A Systematic Literature Review. *Social Science & Medicine*. July 2014. 110-119.
- Sağlık Bakanlığı (2017). Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri. [http://www. saglikyatirimlari.gov.tr/enus/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.asp?CtegroryNme=T%C3%BCm-Projeler-31.]. (Erişim Tarihi: 27.12.2017).
- Schneider, J. (2003). Public Private Partnerships for Urban Rail Transit: Forms, Regulatory Conditions, Participants, Wiesbaden: Springer Science & Business Media.
- Sekhri, N., ve Feachem, R. ve Ni, A. (2011). Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality. And Efficiency. *Health Affairs*. 30(8):1498-1507.
- Shen, L.Y., Platten, A. ve Deng, X.P. (2006). Role of Public Private Partnerships To Manage Risks in Public Sector Projects in Hong Kong. *International Journal of Project Management*. 24: 587-594.
- Şahin, M. ve Uysal, Ö. (2008). Kamu Ekonomisi Perspektifinden Kamu – Özel Sektör Ortaklıkları. Bursa.
- Şenel Tekin, P. (2010). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi ile Analiz Edilmesi. (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi).
- Tekin, P. Ş. (2010). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi ile Analiz Edilmesi. (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi).
- Tekin, A. G. (2004). Özelleştirmede Yeni Yaklaşım: Özel Sektör Kamu İşbirlikleri. *Ekonomistler Bülteni*. 2004 Mayıs. (Erişim: 02.01.2015). [http://www.angelfire.com/ok4/aligunerte-kin/200405KOO.pdf.]
- Tekin, A. G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu - Özel Ortaklıkları. *İdarecinin Sesi Dergisi*. Mayıs- Haziran 21(122): 10-14.
- Türk Tabipler Birliği (2011). Sağlık Alanında Kamu - Özel Ortaklığı Sempozyumu: 6-7 Mayıs 2011. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Urio, P. (2010). *Public-Private Partnerships: Success and Failure Factors for in Transition Countries*. ABD: University Press of America.
- Yereli, A.B. ve Kızıltan, M. (2011). Kamu-Özel İşbirliği Projeleri ve Kırgızistan Ekonomisi Açısından Önemi. *International Conference on Eurasian Economies*. 246-252.
- Yescombe, E.R. (2007). *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*. Great Britain: Elsevier.
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Kapsam Geçerlilik & İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi*. 28-30 Eylül 2005. Denizli.

