

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN YÖNETİCİLER GÖZÜYLE DEĞERLENDİRİLMESİ: İZMİR İLİ ALAN ÇALIŞMASI

Muhammed TENŞİ*

Ömer GİDER**

Ertuğrul BAYER***

ÖZ: Bu çalışmanın amacı, Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin şehir hastaneleri ekseninde ele alınarak sağlık sektörü yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmada İzmir ilindeki Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarının üst ve orta düzey yönetim grubuna mensup personelin sağlık sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modeli hakkındaki görüşlerini almak üzere anket uygulanmıştır. Çalışmada kullanılan anket; bilgi düzeyi, finansman ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik, projelendirme ve yönetim alt boyutlarına sahip toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Çalışmada katılımcıların Kamu-Özel Ortaklığı Modeli hakkındaki bilgi düzeyinin çok düşük olduğu ve kamuoyuna daha çok bilgilendirmenin yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Kalite boyutu açısından bakıldığında ise katılımcıların şehir hastanelerinin olumlu bir etki bırakacağına yönelik görüş bildirdikleri anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kamu-Özel Ortaklığı Modeli, Şehir Hastaneleri, Sağlık Politikası, Sağlık Yönetimi, Sağlık Sektörü.

Jel Sınıflandırması: I18, I19

Makale Türü : Araştırma

DOI: 10.29131/ uibd.944632

Geliş tarihi: 29.05.2021/ **Kabul Tarihi:**17.06.2021 / **Yayın Tarihi:**29.06.2021

EVALUATION OF THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN THE HEALTH SECTOR THROUGH THE PERSPECTIVE OF MANAGERS: İZMİR PROVINCE FIELD STUDY

ABSTRACT: The purpose of this study is to evaluate the views of the health sector managers by considering the public-private partnership model in terms of city hospitals. In the study, a questionnaire was applied to get the opinions of the personnel belonging to the upper and middle level management group of the health institutions of the Ministry of Health in İzmir province about the Public-private Partnership Model in the health sector. The questionnaire used in the study consists of 36 questions with knowledge, financing and cost, quality, access to health services, efficiency, projecting and management sub-dimensions. In the study, it was concluded that the level of knowledge of the participants about Public-Private Partnership Model was very low and more information should be made to the public. In terms of quality aspect, it is understood that the participants expressed their opinion that city hospitals will have a positive effect.

Key Words: Public-Private Partnership Model, City Hospitals, Health Policy, Health Management, Health Sector.

Jel Classification: I18, I19

Article style: Research

DOI: 10.29131/ uibd.944632

Received: 29.05.2021/ **Accepted:** 17.06.2021 / **Published:** 29.06.2021

* Uz., mtensie@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7820-0972

** Prof.Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, omergider@mu.edu.tr ORCID: 0000-0002-0838-8754

*** Dr.Öğretim Üyesi, Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Isparta, ertugrulbayer@isparta.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1099-8703

"Bu araştırma, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 18/003 Proje numarasıyla desteklenmiştir."

Kaynak gösterimi için:

TENŞİ, M. GİDER, Ö. ve BAYER E. (2021). SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN YÖNETİCİLER GÖZÜYLE DEĞERLENDİRİLMESİ: İZMİR İLİ ALAN ÇALIŞMASI, Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 7(1), 104-123

1. Giriş

Kamu hizmetlerinin yapılanmasında tercihler 1970’li yılların ortalarından itibaren kapitalizmin krizden çıkış tariflerine uygun olarak farklılaşmış, birbirini izleyen neo-liberal siyasal politikaların özelleştirme ve düzenleme dışı bırakma gibi uygulama araçları ile devletin sınırları yeniden belirlenmiştir. 2000’li yıllarda devlete biçilen roller; küçülme ve piyasalaşması sonrası yapıda düzenleme-denetleme, piyasayı rahatlatmaya yönelik kaynak aktarımı şeklinde doğrudan müdahale etme (şirket kurtarmaları, şirket yönetimlerine el koyma, devletleştirme uygulamaları) ve Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) gibi büyük yatırım projeleri ile özel sektöre kârlı alanlarda yatırım olanağı sağlama biçiminde sayılabilir. Bu rollerin ortak özelliği gerektiğinde devleti anlayışını temel almasıdır. (Karasu, 2011: 208).

1980’lerin sonlarında kamu yönetiminde dönüşüm sürecine girilmiş, bürokratik ve hiyerarşik bir yapıdan, esnek ve piyasa tabanlı bir yöne doğru evrilmiştir. Bundan hareketle hizmet sunumunda verimlilik ve etkinlik kriterleri öne çıkmıştır (Kerman vd., 2012: 2). 1980 sonrası kamu hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda geleneksel yöntemlerin yerini alternatif yöntemler almaya başlamıştır. Kamu hizmetleri sunumunda alternatif bir yol olarak çeşitli biçimlerle karşımıza çıkan Kamu Özel Ortaklık/İşbirlikleri son dönemlerde yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanan bir yöntemdir. Özel sektör ile kamu tüzel kişiliğinin bir sözleşme çerçevesinde iş birliği içinde hareket etmeleri sonucu öne çıkan ve çeşitli kavramsal tanımlamalara sahip olan Kamu Özel İşbirliği (Ortaklığı) Modeli 2000’li yıllarda öne çıkmış ve hala güncelliğini korumaktadır. İçinde Türkiye’nin de olduğu gelişmekte olan ülkelerde, KÖİ’lere başvurmanın asıl ve temel nedeni, etkin ve verimli hizmet/mal sunum/dağıtım yanında özellikle sınırlı kamu kaynaklarına ek finansal kaynaklar yaratarak vatandaşların hizmet ya da mallarda buluşmasını sağlamaktır (Erdem, 2014: 12). KÖİ modeli, genellikle yüksek sermaye isteyen altyapı yatırımları, sağlık, enerji sektörü ve eğitim hizmetleri gibi alanlarda uygulanmaktadır. Kamu Özel İşbirliği/Ortaklığı Modeli son dönemlerde Türkiye’de sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

2. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli

Altyapı ihtiyacını karşılamada çoğu ülke için önemli bir finansman modeli olan “Public–Private–Partnership” Türkçe yazında Kamu–Özel Ortaklığı (KÖO) ya da Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) olarak bilinmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 81).

Kamu Özel İşbirliği 1990’lardan beri kullanılmasına rağmen halen genel kabul görmüş bir tanım ve model yoktur ve görüş ayrılıkları devam etmektedir (Uz, 2007: 1168, Boz 2013: 282, Gürkan, 2014: 5, Çakır, 2016: 22). Tablo 1, Kamu Özel İşbirliği Modeline ilişkin çeşitli tanımları göstermektedir;

Tablo 1. Kamu Özel İşbirliği Tanımları

Kaynak	Tanım
Alfen vd. (2009)	Kamu hizmetleri altyapısının inşaat, finansman, işletme, geliştirme ve tasarım aşamalarının herhangi birine veya tümüne özel sektörün de dahil olması, kamu hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için gerekli kaynakların, kamu ve özel sektör arasında ortakların risk yönetimi yeterliliğine göre dağıtılmasını içeren, uzun vadeli, sözleşmeye bağlı olarak düzenlenen işbirliğidir.
Amponsah ve Gatete (2014)	Bağlayıcılığı olan bir sözleşmeyle gerçekleştirilen kamu özel işbirlikleri, bir altyapı projesinin yapım, yönetim ve işletilmesi ile ilgili sorumlulukların kamu ve özel sektör arasında paylaşılması/bölüşülmesidir.

Avrupa Komisyonu (2003); Khan vd. (2014)	Ortak ve/veya uyumlu hedeflere yönelik olarak işbirliği içinde çalışmayı kabul eden ve paylaşılan yetki ve sorumlulukların bulunduğu; risklerin paylaşıldığı iki veya daha fazla taraf arasındaki ortaklık düzenlemesidir
Corner (2006)	Devletin hizmet sunma amaçlarıyla özel sektörün kâr etme hedefinin özel sektöre yeterli risk aktarımına bağlı olduğu, hizmetin özel sektör tarafından sunulduğu, bir veya daha fazla özel sektör tarafıyla yaptığı sözleşmedir.
Donahue ve Zeckhauser, (2006)	Özel sektörün yönetimde ve sonunda yoğun olarak yer aldığı, seçilen kamusal hedefler doğrultusunda takdir yetkisinin kamu ve özel sektör arasında paylaşıldığı işbirliğine dayalı yönetimdir. Katılımcıların çeşitliliği, ortak hedefler için kararlılık ve takdir yetkisi işbirliğinin en önemli ayırt edici özellikleridir.
Eker (2007)	Kamu hizmeti olarak tanımlanan ve sadece devletin yapabileceği düşünülen, imtiyaz teşkil eden, devletin tam anlamıyla çekilmek istemediği ve devlet olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği/kaçındığı hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorunu aşmak amacıyla geliştirilen bir modeldir.
Garvin ve Bosso (2008)	Karşılıklı çıkarların arandığı, yönetim ve işletme hizmetlerini özel sektörün sağladığı veya/ve özel finansman imkânlarından yararlanıldığı, kamu ve özel sektör arasındaki uzun süreli bir sözleşmedir.
Gözler ve Kaplan (2009)	Kamu tüzel ve Özel hukuk kişisi arasında imzalanan uzun zamanlı sözleşmedir şöyle ki, tesisin inşası, bakımı, onarımı ve hizmete elverişli halde bulundurulmasını özel hukuk kişisi, bunun karşılığında her yıl belirli miktarda para ödemesini de kamu tüzel kişisi yapar.
Güzelsarı (2009)	Bir altyapı projesi veya bir hizmetin sunulmasında, projenin tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesi gibi mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralanması, bakım-onarımının yapılması ve işletilmesinde kamu ve özel sektör arasında özel sektör katılımının sağlandığı yöntemler bütünüdür.
IMF (2006)	Genelde kamu kurumları tarafından sağlanan altyapı varlıkları ve hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması.
Iossa ve Martimort (2014)	Kamu altyapı yatırımlarını inşa etmek ve yönetmek için tedarikçinin sorumluluk aldığı imtiyaz sözleşmeleridir.
Kalkınma Bakanlığı (2016)	Sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması, kamu ve özel sektör arasında uzun süreli sözleşme kapsamında hizmetlere ilişkin amortisman da dahil olmak üzere ücretlerin bir kısmının veya tamamının ödenmesi şeklinde maliyetin düşürülmesidir.
Keşli (2009)	Kamu ile özel sektör arasında yapılan sözleşme çerçevesinde, kamusal mal ve hizmetlerin özel sektörün katılımıyla yapıldığı, eser meydana getirme riskini ve hazırda bulundurma veya hizmetin sunulmasını sağlama riskinin en iyi yönetecek tarafta bulunduğu esnek sözleşme modelleriyle kurulan (kamu sorumluluğunun devam ettiği) sözleşmeler bütünüdür.
Li ve Akintoye (2003)	Kamu hizmetlerinin özelleştirmesine yönelik bir harekettir.
Joyner (2007)	Kamu ile özel sektör yapılan sözleşmeye dayanan mal veya hizmetin sunulması için yapılan bir ortaklıktır.
OECD (2012)	Devlette bir veya daha fazla özel ortağın devletin sunum amaçları ve özel sektörün kar etme amacıyla uzlaştırarak hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre yeterli risk transferine bağlı olduğu bir anlaşmadır.
Tan (2011)	Bir projeye (tasarım, finansman, yapım ve işletimleyle mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralama, geliştirme, bakım-onarım yapma ve işletime gibi noktalarda) özel sektörün katılımının sağlanmasıdır.
Taylor (2003)	İdare ile özel sektör arasında imzalanan bir sözleşmeyle özel girişimcin ön görülen faaliyetleri yerine getirmeyi üstlendiği ortaklıktır.
Tekin (2007)	Kamu hizmetlerinin geleneksel yollardan sağlanmasıyla, bütün hizmetleri özel sektör aracılığı ile yapılması arasında yer alan, özel ve devletin birlikte olduğu bir kavramdır.

The World Bank (2015)	Risk ya da maliyete en az %25 katılım ya da en az %5 özel sektör sermaye katılımıyla özel firma ya da yatırımcı tarafından paylaşılan projeler kamu özel işbirliği projeleri olarak tanımlanır.
Vives vd. (2010)	Kamu altyapı projelerinin neredeyse tümünde özel sektör bir şekilde veya dolaylı olarak projeye dahil olduğu için tüm projeler kamu özel işbirliği projesidir.
Williams (2010)	Kamu ile özel sektör arasında karşılıklı menfaatlerin arandığı ve sonuçta özel sektörün işletme hizmetlerini sağladığı ya da özel sektörün mali risk aldığı uzun vadeli bir sözleşmedir.

Kaynak: Oral, 2017: 7-8, Gürkan, 2014: 8-10, Çakır, 2016: 23.

KÖİ Avrupa Birliği düzeyinde de tanımlanmamış fakat Avrupa Birliği Komisyonu tarafından 2004'te yayımlanan "Yeşil Belge" olarak bilinen Kamu Özel Ortaklıkları Belgesinde; "Bir altyapının maddi olarak desteklenmesi, yapılması, yenilenmesi, yönetilmesi ve sürdürülmesi ya da bir hizmetin temin edilmesi için kamu sektörü ile özel sektör arasında yapılan işbirliği biçimleri" olarak bahsedilmektedir (Avrupa Komisyonu, 2004: 3).

Kamu özel işbirliği modeline dair uygulamalar, İngiltere'de 1660'larda özel sektörün dahil olduğu yol inşaat projeleri ile başlamış, endüstri devrimi sonrasında kanal ve demiryolu projeleriyle devam etmiş, 1860'larda üst seviyeye ulaşmıştır fakat Avrupa'daki ekonomik kriz birçok yatırımcı iflas etmesine yol açmıştır. İngiltere'den sonra Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Fransa'da da kamu özel ortaklığı modeli uygulanmaya başlamıştır. 1869 yılında tamamlanan Süveyş Kanalı da bir kamu özel ortaklığı olarak karşımıza çıkmaktadır (Boz, 2013: 20-80).

16-17. Yüzyıllarda, başta Fransa ve İngiltere Avrupa'da posta dağıtımı, aydınlatma, kanal inşaatları ve nehir yatakları gibi hizmetler özel sektör aracılığıyla yapılmıştır. Liberal ekonominin hâkim olmasıyla 19. Yüzyıldan itibaren ise imtiyaz sözleşmelerinin tüm Avrupa'da yaygınlaşması kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün daha etkin hale gelmesine yol açmıştır (Minow, 2003: 1237).

Kamu-özel ortaklığının (KÖİ) Türkiye'deki çıkış noktası ve gelişimi, dönemsel ve özgün koşullardan dolayı Batılı ülkelere göre farklı olmuştur. Avrupa'da KÖİ modellerinin yerli sermaye ile gelişmesine olanak sağlarken, Osmanlı'da ise yoğun sermaye ve yüksek teknik gerektiren hizmetler, yabancılar tarafından doğrudan gerçekleştirilmiştir. Bu imtiyazlar, Türkiye Cumhuriyeti tarafından 1930 ve 1940'lı yıllarda geri alınmıştır (Esen ve Erdem, 2013).

Türkiye için yeni olmayan ve son yıllarda popüler olan KÖİ'ler örnek olarak, 1980'li yıllarda sıkça görülen "Kamu Hizmeti İmtiyazları" gösterilebilir (Karasu, 2009: 79).

Ülkemizde, KÖİ'nin ilk yasal zemini Osmanlı döneminde yürürlüğe giren, 10 Haziran 1326 tarihli (23 Haziran 1910) "Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun"u oluşturmaktadır. Bu kanun Cumhuriyetin kurulmasından sonra da imtiyaz oluşturan hizmetlerin özel sektöre devrinin genel yasal dayanaklardan biri olmaya devam etmiştir (Eker, 2007: 59; Tekin, 2007: 2).

Cumhuriyet sonrası ekonomik stratejileri üzerinde de 1854 yılında başlayan KÖİ ve dış borçlanma stratejisinin sonuçları, borçların son taksitinin ödendiği 1954 yılına kadar etkili olmuştur. 1980'li yıllara kadar borçlanma ve bu kapsamdaki KÖİ yatırımlarından uzak durulmaya çalışılmıştır. 1980'lerden sonra, değişen/dönüşen dünya ve ülke şartlarının ortaya çıkardığı ihtiyaçlar için, dış kaynak kullanımı Türkiye ekonomisi için önemli bir finansman yöntemine dönüşmüştür. Türkiye'de uygulanan bu politikalar, maliyetler, kaynak yetersizlikleri, döviz ihtiyacı gibi birçok nedenle yurtdışındaki kaynaklara yönelen özel sektörün, dış kaynak kullanımlarının ülke ekonomisindeki gelişmelere/değişimlere göre artıp azaldığı görülmektedir. Bu kullanımların bütün ekonomilerde olduğu gibi, Türkiye

ekonomisinde de getirdiği yük ve kazandırdığı katkılar geçmişten beri tartışılmaktadır (Alagöz ve Yokuş, 2017: 119).

Ülkemizde, 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yapılması Hakkında Kanun" ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, yat limanlarından gümrük kapılarına kadar pek çok farklı sektörde başarıyla uygulanan KÖİ projeleri, günümüzde 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kapsamında Yap-Kirala modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsleriyle yeni bir boyut kazanmıştır ve 652 sayılı "Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile eğitim-öğretim tesislerinin, 351 sayılı "Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu" ile de yurt ve benzeri öğrenci konaklama tesislerinin kamu özel işbirliği yöntemiyle gerçekleştirilmesinin yolu açılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 20).

World Bank Institute (2012: 53 aktaran Songur, 2016: 49) kamu sektöründe KÖİ'den yararlanma nedenlerini şu üç temel başlık altında gruplandırmıştır. Bunlar:

Aşırı Risklerden Kaçınma: Altyapı projesinin yüksek risk içermesi durumunda bu risklerin özel sektöre transferi kamu sektörü için faydalı olabilmektedir. Bunun için risk transferi yapılmadan önce olası risklerin türleri ve bunların etkileri doğru bir şekilde değerlendirilmelidir. Ancak bu risklerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi her zaman kolay olmayabilmektedir. Özellikle yeni bir projeye başlandığında yeni bir pazara girildiğinde ya da finansal piyasalarda belirsizlik ya da aksamaların olduğu dönemlerde KÖİ modeli uygun bir seçenek olabilmektedir.

Kamu Riskini Azaltma: Kamu sektörü tarafından gerçekleştirilmesi planlanan altyapı projelerinin ödemeleri devlet tarafından yapılan sınırlı ve düzenli ödemelere bağlı olduğundan, büyük çaplı projeleri karşılamada kamu bütçesi yetersiz kalabilmektedir. Bununla birlikte genel bütçedeki nakit akışının bozulması sonucu ödenmesi gereken kamu ödemelerinin yapılmaması önemli bir sorun olabilmektedir. Bu da ek bütçe ya da sübvansiyon ihtiyacını arttırdığından, kamu sektörü zorunlu olarak özel sektöre yönelebilmektedir.

Finansmanın Farklı Alanlarda Kullanılabilirliğinin Arttırılması ya da Maliyetinin Düşürülmesi: Sermaye piyasalarının bozulduğu ya da kesintiye uğradığı dönemlerde kamu sektörünün finansman ihtiyacına karşılık uzun vadeli finansal kaynak temin etmek sorun olabilmektedir. Bu da kamu sektörünü zorunlu olarak KÖİ'den yararlanmaya zorlayabilmektedir.

Kamu Özel Ortaklığı Model'inin avantajlarından bahsederken konuya, "devletler neden bu modeli tercih etmelidir" şeklinde düşünmek gerekmektedir. Genel olarak kamu özel ortaklığı modeli doğru bir şekilde formülize edilir ve uygulanırsa devletlere, büyük avantajlar sağlamaktadır. Bu avantajlar: (Zhang, 2006, aktaran: Yusufoglu, 2017: 160):

- Risklerinin özel sektöre transferi,
- Kamu borçlarının bilanço dışı finansman yoluyla azaltılması,
- Ekonomiye olan katkısı,
- Hizmet sunumu ve projelerin hızlıca hayata geçmesi,
- Devletin faaliyete hazır bir tesis elde etmesi,
- Hizmet süresini arttırması ve maliyeti azaltması,
- Optimal biçimde kaynak kullanımı,
- Özel sektörün becerilerinden faydalanılması.

Geniş anlamda KÖİ'nin dezavantajları ise şu şekilde sıralanabilir (Tekin, 2007: 5);

- Yapılan sözleşmelerin karmaşık/kompleks bir yapıda olması
- Yeni alanlardaki KÖİ için kamu kesiminde yeterli bilgi birikimin olmaması riski artıran unsurlardandır.
- Özel sektörde yapılan borçlanmanın kaynak maliyeti daha yüksek olabilir.
- Yabancı sermayenin ilgisi, yabancılaşma ve kapitülasyonları çağırabileceğinden kamuoyu tepkisi oluşturabilir. Zaten bu modelin özelleştirmenin yeni bir yolu olduğu düşüncesi de artmaktadır.
- KÖİ sözleşmelerinin çok uzun olmaları sebebiyle genel bütçe esnekliği azalmakta ve yatırım planlama daha karmaşık bir hale gelmektedir.
- KÖİ'deki ödemeler bilançoya gider olarak yansıdığından ve boyut olarak görülmediğinden dikkat edilmelidir.
- Sözleşmeler yapılırken dikkatli bir şekilde tüm ayrıntılar düşünülerek hazırlanmalıdır aksi takdirde uzun vadeli ciddi sorunlara yol açılabilir.

Kamu özel işbirliği uygulamaları; projelerin niteliğine ve içeriğine, kamu kesimi ile özel sektörün katılım seviyesine göre ve tarafların üstlendikleri risk dağılımına bağlı olarak çok değişik şekil ve isimlerde karşımıza çıkmaktadır. KÖİ modellerinin başlıca uygulamaları arasında; yap- işlet-devret, yap-kirala, yap-işlet, işletme hakkı devri, yap-kirala-devret ve yönetim anlaşmaları, yap kirala işlet devret, tasarla yap finanse et işlet, ortak girişimler (joint venture), kısmi özelleştirme, tasarla yap modelleri örnek gösterilebilir. Bununla beraber geliştir-işlet, yap-işlet-sahip ol-devret, ek yatırım yap-tüm tesisi işlet-ek yatırıma sahip ol, yap-devret-işlet, işletme-bakım, menkul kıymetleştirme gibi yöntemler de alanda dile getirilmiştir (Güzelsarı, 2009: 43). Tasarla-Yap-Finanse et- İşlet modeli genellikle kamusal hizmeti sunma ve sosyal altyapı projelerinde kullanılmaktadır (Dewulf vd., 2006: 50).

22.07.2006 tarih ve 10655 sayılı *Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik*'in 4. maddesinin (i) bendinde entegre sağlık kampüsleri ya da şehir hastaneleri şöyle tanımlanmaktadır:

Entegre sağlık kampüsü; eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma-geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava ve deniz teçhizatları dâhil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkezi ile destek birimleri dâhil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesisleri kapsar.

KÖİ kapsamında yapılan Şehir Hastaneleri/Entegre Sağlık Kampüsleri projelerinde Yap-Kirala-Devret türü kullanılmaktadır. Bu kapsamda devletçe özel sektöre arazi sağlamak ve üst hakkı vermektedir. Özel sektör genellikle inşaat için gerekli sermayeye sahip olmakla birlikte arsayı satın almak için yeterli mali kaynak bulamamaktadır. Özel sektör böyle bir kaynağa sahip olsa bile bunun arsa bedeline ayrılmasını istemeyebilir. Bu yüzden özel sektör, gösterilen toprak üzerine inşaat yapmakta ve karşılığında bir süre işletme hakkı elde etmektedir. İnşaatı özel sektör yapıp devlete kiralamaktadır. Kira süresince özel sektör devletten tesisin bakımı onarımı, güvenliği, ekipmanı, yeni malzeme sağlama karşılığında kira ödemesi almaktadır. Süre bittikten sonra sağlık tesisinin devlete devredilmesi gerekmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2011: 55-56).

Dünya Bankası verilerine göre, 1990-2016 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde KÖİ yöntemiyle toplam 2,6 trilyon ABD doları tutarında 7132 adet proje gerçekleştirilmiştir. KÖİ

projelerinde 1 trilyon dolar ile en yüksek payın Latin Amerika ve Karayipler bölgesine ait olduğu, bunu Doğu Asya ve Pasifik ile Avrupa ve Orta Asya'nın izlediği görülmüştür (European Investment Bank, EPEC, 2018). İlk olarak İngiltere'de geliştirilen KÖİ Modeli Türk sağlık sisteminde "entegre sağlık kampüsleri" ve "şehir hastaneleri" olarak uygulanması planlanmış çalışmalar başlatılmıştır (Acartürk ve Keskin 2012: 45).

Sağlık sektörü entegre kampüs inşası ile kamu hizmetlerinin daha modern koşullarda sunulmasının amaçlandığı ve Türkiye'de son dönemde KÖİ'nin yoğun kullanıldığı sektörlerden birisi olmuştur.

Aralık 2017'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan/yapımı planlanan şehir hastanelerinin/entegre sağlık kampüslerinin sayısı 32'dir. Planlanan toplam yatak kapasitesi 42.199 ve 5.681 tanesi hizmete açılmıştır (Atasever ve Gözlü, 2018: 46). Aşağıdaki tabloda ise Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne sözleşmesi imzalanan 18 şehir hastanesinin bilgileri yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne Göre Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri

NO	PROJE ADI	Yatak Kapasitesi	Kapalı İnşaat Alanı (m2)	Hedeflenen Bitim Tarihi
1	Adana Şehir Hastanesi	1.550	539.824	AÇILDI
2	Mersin Şehir Hastanesi	1.294	374.125	AÇILDI
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	222.571	AÇILDI
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	141.235	AÇILDI
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	464.094	AÇILDI
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	179.399	AÇILDI
7	Elâzığ Şehir Hastanesi	1.038	355.752	AÇILDI
8	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.711	1.285.686	AÇILDI
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	333.303	AÇILDI
10	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	459.589	AÇILDI
11	İstanbul Başakşehir Şehir Hast.	2.682		AÇILDI
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	277.774	2020
13	Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	480	152.984	2020
14	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.210		2021
15	Kütahya Şehir Hastanesi	610	168.570	2021
16	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.624		2021
17	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875		2021
18	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	573.546	2020

Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> **Erişim Tarihi:** 24.07.2020

Türkiye'de sağlık alanında yoğun şekilde uygulanmaya başlanan KÖİ ve bu kapsamda yapılan, yapımı devam eden ve yapılacak olan Şehir Hastaneleri/Entegre Sağlık kampüsleri ve

hastane yönetim grubunun bu konu hakkındaki görüşleri bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

3. Yöntem

3.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde ele alınarak sağlık sektörü yöneticilerinin (üst ve orta düzey yöneticiler) görüşlerinin değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme KÖİ modelinin şehir hastaneleri uygulanmasında bilgi düzeyi, finansman ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik, projelendirme ve yönetim alt boyutlarında ele alınmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığına bağlı İzmir ilindeki 34 sağlık kuruluşu (devlet hastaneleri, dış sağlığı merkezleri ve eğitim araştırma hastaneleri) oluşturmaktadır. Bu evren içerisinde çalışma için izin alınabilen 18 sağlık kuruluşuna ulaşılmıştır. Bunlar: Aliğa Devlet Hastanesi, Bergama Necla-Mithat Öztüre Devlet Hastanesi, Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi, Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Foça Devlet Hastanesi, Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi, Menemen Devlet Hastanesi, Bornova Ağız ve Dış Sağlığı Merkezi, Karşıyaka Ağız ve Dış Sağlığı Merkezi, Menemen Ağız ve Dış Sağlığı Merkezi, İzmir Eğitim Dış Hastanesi, Ödemiş Devlet Hastanesi, Tire Devlet Hastanesi, Torbalı Devlet Hastanesi, Bayındır Devlet Hastanesi, Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi, Gaziemir Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi, Selçuk Devlet Hastanesidir.

Söz konusu 18 sağlık kuruluşunda üst ve orta düzey yönetici olarak (Başhekim, Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali İşler Müdürü, İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı,) 96 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada bu grubun seçilme sebebi çalışma yapılacak konuya hâkim, konu hakkında en fazla bilgiye sahip katılımcılara ulaşmaktır.

3.3. Sınırlılıklar

Araştırma, İzmir ilinde hizmet sunan sağlık kuruluşlarından izin alınabilen sadece 18'i ile sınırlı olup İzmir ilindeki ve Türkiye'deki tüm sağlık kuruluşlarına genellenmesi mümkün değildir.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde araştırmacı tarafından oluşturulan katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, kurum, görev ünvanı ve idari pozisyonda çalışma süresi gibi sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 7 soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde Songur (2016) ve Keskin (2011) tarafından tez çalışmasında kullanılan anketlerden faydalanılarak oluşturulan anket kullanılmıştır. Anketin meydana getirilmesinde büyük ölçüde Songur (2016) tarafından kullanılan anketten faydalandığı için ilgili anketin geçerlilik ve güvenilirlik katsayısı referans alınmıştır. Anketin boyutları ve tüm sorular için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı 0,70 değerinden yüksek bulunmuştur. Anket soruları kişisel bilgiler hariç 6 boyutta 36 sorudan oluşmakta olup 5'li Likert ölçeğine göre ölçülmüştür. Bu ölçekte yer alan ifadeler '1' Kesinlikle Katılmıyorum, '2' Katılmıyorum, '3' Orta Düzeyde Katılıyorum, '4' Katılıyorum, '5' Kesinlikle Katılıyorum şeklinde bir puanlamaya sahiptir.

Toplam puan hesaplaması yapılmayıp her bir soru tek tek ele alınmıştır. Araştırma 16.08.2018 ve 16.11.2018 tarihleri arasında kesitsel olarak yapılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan çalışanların sosyo-demografik özelliklerini incelemek için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, frekans, standart sapma vb.) kullanılmıştır. Sağlık kuruluşlarındaki yönetim grubunun sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modeli ve şehir hastaneleriyle ilgili görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerle olan ilişkisinin incelenmesinde çeşitli istatistik yöntemler uygulanmıştır. Meslek grubu ve Kamu Özel Ortaklığı ve Şehir Hastaneleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde Mann Whitney U testi, kullanılmıştır.

4. Bulgular

Araştırmadan elde edilen bulgular ve bu bulgulara ilişkin açıklamalar aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Personelin Demografik Bilgileri

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	50	52,08
Kadın	46	47,92
Eğitim Durumu		
Lisans	35	36,46
Yüksek Lisans	47	48,96
Doktora	14	14,58
Çalışılan Kurum Türü		
Kamu	96	100
Çalışılan Kurum		
Sağlık Bakanlığı	96	100
Meslek Grubu		
Hekim	41	42,71
İdari Personel	55	57,29
Görev Ünvanı		
Başhekim	10	10,42
Başhekim Yardımcısı	30	31,25
İdari ve Mali İşler Müdürü	15	15,62
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	11	11,46
İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı	17	17,71
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	13	13,54

Yaş		
25-32 Yaş	6	6,25
33-40 Yaş	32	33,33
41 Yaş ve Üstü	58	60,42
İdari Pozisyonda Çalışma Süresi		
0-60 Ay	71	73,96
61-120 Ay	12	12,50
121 Ay ve Üstü	13	13.54
Toplam	96	100

Katılımcıların demografik bilgilerine yönelik olarak Tablo 3'e bakıldığında %47,92'sinin kadın %52,08'sinin erkek olduğu; meslek durumuna göre yapılan sınıflandırmada katılımcıların %42,71'inin hekim, %57,29'unun idari personelden oluştuğu görülmektedir. Eğitim durumuna göre yapılan sınıflandırmada ise katılımcıların %36,46'sının lisans, %48,96'sının yüksek lisans ve %14,58'sinin doktora mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların görev unvanı sınıflandırmasında Başhekim %10,42, Başhekim Yardımcısı %31,25, İdari Mali İşler Müdürü %15,62, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü %11,46, İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı %17,71, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı %13,54 olarak oluşmuştur.

Tablo 4. KÖİ Modeline İlişkin İfadeler ve Kısaltmalar

Sıra No.	BOYUTLAR
	BİLGİ DÜZEYİ (BD)
BD1	Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim.
BD2	Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeteri kadar seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılmaktadır.
BD3	Kamu Özel Ortaklığı Modeli hakkında daha çok bilgilendirme gereklidir.
	FİNANSMAN VE MALİYET (FM)
FM1	Şehir hastaneleri projelerinde özel sektörden yararlanmak yatırım ve hizmetlerin maliyetinden oluşabilecek risk ve sorumlulukların özel sektörle paylaşılmasını sağlayacaktır.
FM2	Özel sektör eliyle yapılan şehir hastaneleri devlete az maliyetle yüksek fayda sağlayacaktır.
FM3	Şehir hastanesi yatırımlarının finansmanının özel sektör tarafından sağlanması kamu sektörü için daha karlı olacaktır.
FM4	Türkiye'nin şehir hastaneleri altyapısı için genel bütçe finansman imkânları yetersizdir.
FM5	Şehir hastaneleri uzun vadeli sözleşmeleri kapsadığı için gelecekteki kamu gelirleri bugünden ipotek altına alınmış olacaktır.

FM6	Aynı kampüs içinde birbirinden farklı hastane türünün olması kamu sektörü hizmet sunum maliyetini düşürecektir.
FM7	Aynı kampüs içinde birbirinden farklı hastane türünün olması sağlık hizmet kullanıcıları açısından daha ekonomik olacaktır.
FM8	Türkiye’de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur.
	KALİTE (K)
K1	Şehir hastaneleri, bu hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini arttıracaktır.
K2	Şehir hastaneleri sağlık hizmetleri sunumuna bağlı olarak hizmet kullanıcıları memnuniyetini arttıracaktır.
K3	Şehir hastaneleri, sağlık turizmi konusunda özel hastanelerle rekabet gücünü arttıracaktır.
K4	Şehir hastaneleri ile yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (insan kaynakları, finansman, vs.) kalitesinde ölçülebilir gelişmeler olacaktır.
K5	Şehir hastaneleri ile klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji vb.) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde ölçülebilir gelişmeler olacaktır.
K6	Şehir Hastaneleri ile hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın-doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde ölçülebilir gelişmeler olacaktır.
K7	Şehir Hastaneleri, sağlık hizmetlerinin daha modern koşullarda sunulmasına imkân sağlayacaktır.
	SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM (SHE)
SHE1	Şehir hastaneleri ile birlikte herkes sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu ölçüde erişecektir.
SHE2	Şehir hastaneleri uzun randevu sürelerini kısaltacaktır.
SHE3	Aynı kampüs içinde birbirinden farklı hastane türünün olması sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık hizmetlerinden daha çabuk yararlanmasını kolaylaştıracaktır.
SHE4	Şehir Hastaneleri ile halkın daha kapsamlı sağlık hizmeti alması kolaylaşacaktır.
SHE5	Şehir Hastaneleri kişilerin daha kolay ve ulaşılabilir sağlık hizmeti alımını kolaylaştıracaktır.
	VERİMLİLİK (V)
V1	Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hizmet sunumu daha hızlı gerçekleşecektir.
V2	Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özel kesimdeki atıl sermayenin ekonomiye kazandırılmasını sağlayabilir.
V3	Kamu Özel Ortaklığı, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır.
V4	Kamu Özel Ortaklığı Modeli, ülke kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılmasına yol açar.
V5	Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlar.

	PROJELENDİRME VE YÖNETİM (PY)
PY1	Özel sektör, kamu-özel işbirliği ile yapılan projelerin riskinin yönetimi konusunda kamu sektörüne göre daha başarılıdır.
PY2	Devletin borçlanmak yerine uluslararası sermayenin direkt yönlendirilmesi altyapı projeleri için daha etkili bir çözümdür.
PY3	Özel sektör kamuya göre altyapı projelerini daha çabuk gerçekleştirmektedir.
PY4	Özel sektör altyapı projelerinde kamu sektörüne göre daha yenilikçidir.
PY5	Kamu Özel Ortaklığı Modeli kamu sektörünün aşırı risklerden kaçınmasını sağlar.
PY6	Kamu Özel Ortaklığı Modeli kamu sektörü ve özel sektörün en iyi bildiği, uzman olduğu ana işi yapmasını kolaylaştırmaktadır.
PY7	Kamu Özel Ortaklığı Modelinin uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.
PY8	Kamu Özel Ortaklığı Modeli kamu kaynaklarının farklı alanlarda kullanılabilirliğini arttırmaktadır.

Tablo 4, ankette yer alan bilgi düzeyi, finansman ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik, projelendirme ve yönetim olmak üzere 6 boyutu ve bu boyutlara ilişkin 36 soru ifadesini içermektedir.

Tablo 5. Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi Katılım Düzeyleri (n=96)

Boyutlar	Ort. ± SS	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
Bilgi Düzeyi (BD)	3,27 ± 1,04					
BD1	3,07 ± 1,12	9,38	19,79	35,42	25	10,42
BD2	2,34 ± 1,00	18,75	44,79	22,92	10,42	3,13
BD3	4,39 ± 0,99	3,13	5,21	2,08	29,17	60,42
Finansman ve Maliyet (FM)	3,16 ± 1,19					
FM1	3,28 ± 1,28	13,54	11,46	27,08	29,17	18,75
FM2	3,15 ± 1,37	19,79	7,29	31,25	21,88	19,79
FM3	3,26 ± 1,29	15,63	8,33	28,13	30,21	17,71
FM4	2,86 ± 1,10	12,5	25	31,25	26,04	5,21
FM5	2,99 ± 1,13	6,25	33,33	27,08	21,88	11,46
FM6	3,51 ± 1,18	9,38	8,33	23,96	38,54	19,79
FM7	3,69 ± 1,07	5,21	8,33	20,83	43,75	21,88
FM8	2,57 ± 1,08	14,58	38,54	28,13	12,5	6,25
Kalite (K)	3,66 ± 1,14					
K1	3,15 ± 1,21	10,42	22,92	20,83	33,33	12,5
K2	3,60 ± 1,16	7,29	11,46	15,63	44,79	20,83
K3	3,91 ± 1,06	5,21	5,21	13,54	45,83	30,21

K4	3,59 ± 1,20	9,38	8,33	18,75	40,63	22,92
K5	3,78 ± 1,07	4,17	10,42	13,54	46,88	25
K6	3,71 ± 1,12	4,17	13,54	15,63	40,63	26,04
K7	3,89 ± 1,19	6,25	4,17	19,79	34,38	35,42
Sağlık Hizmetlerine Erişim (SHE)	3,60 ± 1,11					
SHE1	3,52 ± 1,11	6,25	10,42	28,13	35,42	19,79
SHE2	3,48 ± 1,22	7,29	17,71	16,67	36,46	21,88
SHE3	3,66 ± 1,04	4,17	8,33	27,08	38,54	21,88
SHE4	3,70 ± 1,07	3,13	8,33	32,29	28,13	28,13
SHE5	3,63 ± 1,13	6,25	10,42	19,79	41,67	21,88
Verimlilik (V)	3,36 ± 1,19					
V1	3,48 ± 1,11	6,25	12,5	26,04	37,5	17,71
V2	3,27 ± 1,20	10,42	14,58	28,13	31,25	15,63
V3	3,31 ± 1,19	11,46	10,42	28,13	35,42	14,58
V4	3,34 ± 1,28	11,46	13,54	26,04	27,08	21,88
V5	3,41 ± 1,18	7,29	14,58	29,17	28,13	20,83
Projelendirme ve Yönetim (PY)	3,44 ± 1,11					
PY1	3,15 ± 1,15	8,33	21,88	29,17	28,13	12,5
PY2	3,31 ± 1,15	7,29	16,67	29,17	31,25	15,63
PY3	3,49 ± 1,20	8,33	12,5	21,88	36,46	20,83
PY4	3,36 ± 1,08	8,33	8,33	34,38	36,46	12,5
PY5	3,28 ± 1,00	3,13	19,79	33,33	33,33	10,42
PY6	3,49 ± 1,06	5,21	11,46	28,13	39,58	15,63
PY7	3,82 ± 1,25	5,21	13,54	15,63	25	40,63
PY8	3,61 ± 0,96	2,08	6,25	40,63	30,21	20,83

Tablo 5, sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modelinin şehir hastaneleri ekseninde değerlendirilmesine yönelik katılım düzeylerini göstermektedir. Genel olarak bilgi düzeyi, finansman ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik, projelendirme ve yönetime ilişkin ortalama değerler hesaplandığında en yüksek ortalama değer 3,66±1,14 ile kalite boyutuna ait olduğu, bunu 3,60±1,11 ortalama değeri ile sağlık hizmetlerine erişim, 3,44±1,11 ile projelendirme ve yönetim, 3,36±1,19 ile verimlilik, 3,27±1,04 ile bilgi düzeyi ve 3,16±1,19 finansman ve maliyet boyutunun izlediği görülmektedir. Soru bazında değerlendirildiğinde ise en yüksek ortalamanın 4,39±0,99 'Kamu Özel Ortaklığı Modeli hakkında daha çok bilgilendirme gereklidir' ifadesine ait olduğu görülmüştür. En düşük ortalamalar ise 2,34±1,00 'Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeteri kadar seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılmaktadır.' ve 2,57±1,08 ile 'Türkiye'de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur.' ifadeleri olmuştur.

Yüzdesel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların %60,42'si 'Kamu Özel Ortaklığı Modeli hakkında daha çok bilgilendirme gereklidir.', %40,63'ü 'Kamu Özel Ortaklığı Modelinin uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.', %30,21'i 'Şehir

hastaneleri, sağlık turizmi konusunda özel hastanelerle rekabet gücünü arttıracaktır.’ ifadelerine kesinlikle katılmaktadır.

Katılımcıların %46,88’i ‘Şehir hastaneleri ile klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji vb.) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde ölçülebilir gelişmeler olacaktır.’, %45,83’ü ‘Şehir hastaneleri, sağlık turizmi konusunda özel hastanelerle rekabet gücünü arttıracaktır.’ ve %44,79’u ‘Şehir hastaneleri sağlık hizmetleri sunumuna bağlı olarak hizmet kullanıcıları memnuniyetini arttıracaktır.’ ifadelerine katılmaktadırlar.

Katılımcıların, sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modelinin şehir hastaneleri ekseninde değerlendirilmesinin; bilgi düzeyi, finansman ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik, projelendirme ve yönetim gibi boyutların KÖİ üzerindeki etkisi konusunda olumlu düşündüğünden Tablo 3’e kesinlikle katılmayanların ve katılmayanların oranının birkaç soru dışında düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların %44,79’u ‘Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeteri kadar seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılmaktadır.’, %38,54’ü ‘Türkiye’de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur.’, %33,33’ü ‘Şehir hastaneleri uzun vadeli sözleşmeleri kapsadığı için gelecekteki kamu gelirleri bugünden ipotek altına alınmış olacaktır.’ ifadelerine katılmamaktadır.

Yine aynı şekilde 36 sorunun tamamında kesinlikle katılmıyorum diyenlerin oranı %20’nin altında hatta 10 soru dışında yüzdeler oranlar tek hanelerde kalmıştır. Bunlardan bazıları; %3,13’ü ‘Şehir Hastaneleri ile halkın daha kapsamlı sağlık hizmeti alması kolaylaşacaktır.’ yine %3,13’ü ‘Kamu Özel Ortaklığı Modeli kamu sektörünün aşırı risklerden kaçınmasını sağlar.’ %2,08’lik en düşük yüzdeye sahip soruyla ‘Kamu Özel Ortaklığı Modeli kamu kaynaklarının farklı alanlarda kullanılabilirliğini arttırmaktadır.’ ifadelerine katılımcılar kesinlikle katılmıyorum cevabı vermiştir. %19,79’luk yüzdeye sahip olan ‘Özel sektör eliyle yapılan şehir hastaneleri devlete az maliyetle yüksek fayda sağlayacaktır.’ ve %18,75 ‘Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeteri kadar seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılmaktadır.’ ifadeleri en yüksek kesinlikle katılmıyorum yüzdelerine sahip ifadeler olarak görülmektedir.

Tablo 6. Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi İlişkin Görüşlerin Yönetici Grubuna Göre Karşılaştırılması

	Yönetici Grubu	N	Ort.	SS	U**	P
Bilgi Düzeyi						
BD1	Hekim	41	2,73	1,141	784,5	0,008*
	Hekim Dışı	55	3,33	1,037		
	Toplam	96	3,07	1,117		
BD2	Hekim	41	2,15	0,989	885,5	0,057
	Hekim Dışı	55	2,49	0,998		
	Toplam	96	2,34	1,003		
BD3	Hekim	41	4,2	1,289	1077	0,667
	Hekim Dışı	55	4,53	0,663		
	Toplam	96	4,39	0,988		

Finansman ve Maliyet						
FM1	Hekim	41	3,22	1,441	1114	0,918
	Hekim Dışı	55	3,33	1,156		
	Toplam	96	3,28	1,279		
FM2	Hekim	41	3,1	1,446	1084	0,74
	Hekim Dışı	55	3,18	1,321		
	Toplam	96	3,15	1,369		
FM3	Hekim	41	3,2	1,47	1104,5	0,861
	Hekim Dışı	55	3,31	1,153		
	Toplam	96	3,26	1,292		
FM4	Hekim	41	2,49	1,028	746,5	0,004*
	Hekim Dışı	55	3,15	1,079		
	Toplam	96	2,86	1,101		
FM5	Hekim	41	3,27	1,205	884	0,062
	Hekim Dışı	55	2,78	1,031		
	Toplam	96	2,99	1,129		
FM6	Hekim	41	3,44	1,285	1097	0,814
	Hekim Dışı	55	3,56	1,102		
	Toplam	96	3,51	1,179		
FM7	Hekim	41	3,54	1,164	1005	0,338
	Hekim Dışı	55	3,8	0,989		
	Toplam	96	3,69	1,069		
FM8	Hekim	41	2,41	1,161	902	0,081
	Hekim Dışı	55	2,69	1,016		
	Toplam	96	2,57	1,083		
Kalite						
K1	Hekim	41	3,1	1,428	1117,5	0,939
	Hekim Dışı	55	3,18	1,038		
	Toplam	96	3,15	1,214		
K2	Hekim	41	3,59	1,245	1106	0,866
	Hekim Dışı	55	3,62	1,097		
	Toplam	96	3,6	1,156		
K3	Hekim	41	3,88	1,166	1113	0,909
	Hekim Dışı	55	3,93	0,979		
	Toplam	96	3,91	1,057		

K4	Hekim	41	3,46	1,398	1082	0,724
	Hekim Dışı	55	3,69	1,034		
	Toplam	96	3,59	1,202		
K5	Hekim	41	3,61	1,302	1048,5	0,532
	Hekim Dışı	55	3,91	0,845		
	Toplam	96	3,78	1,068		
K6	Hekim	41	3,59	1,396	1112	0,904
	Hekim Dışı	55	3,8	0,869		
	Toplam	96	3,71	1,123		
K7	Hekim	41	3,71	1,365	1046,5	0,529
	Hekim Dışı	55	4,02	0,913		
	Toplam	96	3,89	1,132		
Sağlık Hizmetlerine Erişim						
SHE1	Hekim	41	3,29	1,27	919,5	0,109
	Hekim Dışı	55	3,69	0,96		
	Toplam	96	3,52	1,114		
SHE2	Hekim	41	3,24	1,319	933	0,135
	Hekim Dışı	55	3,65	1,126		
	Toplam	96	3,48	1,222		
SHE3	Hekim	41	3,59	1,245	1121,5	0,963
	Hekim Dışı	55	3,71	0,875		
	Toplam	96	3,66	1,045		
SHE4	Hekim	41	3,56	1,246	1035,5	0,478
	Hekim Dışı	55	3,8	0,911		
	Toplam	96	3,7	1,067		
SHE5	Hekim	41	3,37	1,356	945	0,156
	Hekim Dışı	55	3,82	0,884		
	Toplam	96	3,63	1,126		
Verimlilik						
V1	Hekim	41	3,37	1,28	1063	0,619
	Hekim Dışı	55	3,56	0,977		
	Toplam	96	3,48	1,114		
V2	Hekim	41	3,15	1,406	1056	0,585
	Hekim Dışı	55	3,36	1,025		
	Toplam	96	3,27	1,201		

V3	Hekim	41	3,29	1,401	1075	0,686
	Hekim Dışı	55	3,33	1,019		
	Toplam	96	3,31	1,19		
V4	Hekim	41	3,27	1,467	1100,5	0,837
	Hekim Dışı	55	3,4	1,132		
	Toplam	96	3,34	1,28		
V5	Hekim	41	3,37	1,337	1123,5	0,976
	Hekim Dışı	55	3,44	1,067		
	Toplam	96	3,41	1,184		
Projelendirme ve Yönetim						
PY1	Hekim	41	3,1	1,281	1083,5	0,737
	Hekim Dışı	55	3,18	1,056		
	Toplam	96	3,15	1,151		
PY2	Hekim	41	3,2	1,249	1027,5	0,444
	Hekim Dışı	55	3,4	1,065		
	Toplam	96	3,31	1,145		
PY3	Hekim	41	3,54	1,286	1059	0,599
	Hekim Dışı	55	3,45	1,136		
	Toplam	96	3,49	1,196		
PY4	Hekim	41	3,49	1,075	1010	0,361
	Hekim Dışı	55	3,27	1,079		
	Toplam	96	3,36	1,077		
PY5	Hekim	41	3,27	1,049	1107	0,874
	Hekim Dışı	55	3,29	0,975		
	Toplam	96	3,28	1,002		
PY6	Hekim	41	3,37	1,113	982,5	0,26
	Hekim Dışı	55	3,58	1,013		
	Toplam	96	3,49	1,056		
PY7	Hekim	41	3,88	1,144	1119,5	0,95
	Hekim Dışı	55	3,78	1,329		
	Toplam	96	3,82	1,248		
PY8	Hekim	41	3,59	0,948	1091,5	0,778
	Hekim Dışı	55	3,64	0,969		
	Toplam	96	3,61	0,956		

*p<0,05 anlamlı farklılık, ** Mann Whitney U Testi

Tablo 6, sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modelinin şehir hastaneleri ekseninde değerlendirilmesi ilişkin yönetici grubunun görüşlerini içermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların 41'inin Hekim yönetici ve 55'inin ise Hekim Dışı Yönetici (idari mali işler müdürü, idari mali işler müdür yardımcısı, ebe, hemşire, devlet memuru) olduğu görülmektedir.

Genel olarak kamu-özel ortaklığı modelinin şehir hastaneleri ekseninde değerlendirilmesiyle ilgili görüşler bilgi düzeyi, finansman ve maliyet, kalite, sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik, projelendirme ve yönetim gibi boyutlara ait sorularla yönetici gruplarına göre karşılaştırılmış ve iki ifadede hekim yöneticiler ile hekim dışı yöneticiler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 'Bilgi düzeyi 1: Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim.' ($u=784,500$; $p=0,008$; $p<0,05$) ve 'Finansman ve Maliyet 4: Türkiye'nin şehir hastaneleri altyapısı için genel bütçe finansman imkânları yetersizdir.' ($u=746,500$; $p= 0,004$; $p<0,05$) ifadelerinde katılımcıların meslek gruplarına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

5. Sonuç ve Öneriler

KÖİ Modeli ile ilgili olarak Türkiye'de yapılan çalışmaların ortak noktasının KÖİ modeli ile maliyet avantajının yakalanması, kamu sektöründe kaynak tasarrufunun sağlanması, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalitenin sağlanması konularının olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise elde edilen bulgular değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Kamu Özel Ortaklığı Modeli bilgi düzeyi boyutunda katılımcıların yeterli bilgiye sahip olmadıkları noktasında yüksek oranda bir ortalama oluşmuştur. Katılımcıların çok az bir kısmı (%13,5) konu hakkında yapılan konferans, seminer ve bilgilendirmenin yeterli olduğu noktasında görüş bildirmişler ve daha çok bilgilendirme yapılması noktasında (%79,59) ise neredeyse hemfikirlerdir.

Projelendirme ve yönetim açısından yapılan değerlendirmelerde 'Özel sektör, kamu-özel işbirliği ile yapılan projelerin riskinin yönetimi konusunda kamu sektörüne göre daha başarılıdır.' ifadesi en düşük ortalama sahip ifade olmuştur. Buradan hareketle risk yönetimi konusunda özel sektöre güvenin az olduğu ya da tam güven olmadığı söylenebilir. Yine 'Kamu Özel Ortaklığı Modelinin uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.' ifadesine verilen cevabın ortalamasının yüksek olmasından hareketle kurulan ortaklık içinde devletin baskın olması gerektiği düşüncesi ön plana çıkmaktadır. Çalışmanın alt amaçlarından biri hekim ve hekim dışı yönetici grubunun sağlık sektöründe Kamu-Özel Ortaklığına yönelik görüş farkları olup olmadığının ortaya konulmasıdır. Bu bağlamda hekim yöneticiler ile hekim dışı yöneticilerin görüşleri arasında sadece iki ifade de anlamlı fark olmakla birlikte diğer ifadelerde büyük oranda benzerlik söz konusudur.

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde görev yapan üst ve orta düzey yöneticilerin şehir hastaneleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı anlaşıldığından araştırma bulguları doğrultusunda şehir hastanelerinin organizasyon yapısı, rol ve fonksiyonları, finansal yönetimi, kalite hedeflerine ulaşma vb. konularda Sağlık Bakanlığı tarafından yeterli bilgilendirme yapılması önerilebilir. Bu hastanelerin büyük ölçekli organizasyonlar olduğundan hareketle ve bireyin tüm sağlık gereksinimlerine cevap verecek boyutta tasarlandığı dikkate alınırsa kamuoyunun bu hastaneler hakkında bilgilendirilmesi ve sağlık hizmeti almaya teşvik edici tanıtımların yapılması önem arz etmektedir. Nitekim İngiltere'de KÖİ projelerinde çalışan toplam 68 kişi ile görüşme usulü yapılan bir çalışmada, KÖİ projelerinin daha maliyet-etkili ve kolay yönetilebilir olması için sözleşmelerin standartlaştırılmasının gerektiği öne çıkmıştır (Şenel Tekin, 2010: 213).

Bunun yanı sıra KÖİ modelinin ekonomik olarak uygun bir model olup olmadığını değerlendirmek amacıyla hastane düzeyinde maliyet-fayda ve maliyet-etkililik analizleri yapılması, hastane performans ölçümleri yapılarak şehir hastanelerinin diğer hastanelerle karşılaştırılmasının yapılması, bu hastanelerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmada kayda değer bir fark ortaya koyup koymadığının araştırılması diğer öneriler olarak sunulabilir.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E., Keskin S. (2012). "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli". Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(17), 25-51.
- Alagöz, M., Yokuş, T. (2017). "Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Yatırımları ve Ekonomik İllüzyon Etkisi". Karaman: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 19 (32): 115-122.
- Atasever, M., Gözlü, M. (2018). Şehir Hastaneleri Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü. EVOS Basım ve Yayın.
- Avrupa Komisyonu, (2004). Report on the Public Consultation on the Green Paper on PPP and Community Law on Public Contracts and Concessions, SEC(629), Brüksel.
- Boz, S. S. (2013). "Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli". Malatya: İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2(4), 277-332.
- Çakır, M. K. (2016). 6428 Sayılı Kanun'a Göre Kamu Özel İşbirliği Kavramı ve Yeni Bir Model: Yap Kirala Devret, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Dewulf, G., Bult-Spiering, M. (2006). Strategic Issues in Public-Private Partnerships An international perspective, Malden: Blackwell Publishing.
- Eker, A.Y. (2007). "Kamu Özel Sektör Ortaklıkları". Bütçe Dünyası, 2, (25), 60.
- Erdem, A. (2014). Doktora Tezi: Kamu-Özel Ortaklığında Belediyelerin Sunduğu Hizmetler: Türkiye-İsveç Karşılaştırması, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Esen, E., Erdem, A. (2013). "Kamu-Özel Ortaklığının Değişen Koşulları: Türkiye Örneği". Edirne: Elektronik Siyaset Bilimi Araştırmaları Dergisi, 2(4), 100-121.
- European Investment Bank (2018). EPEC Data Portal. <http://data.eib.org/epec>. (18.12.2018).
- Gürkan, M. F. (2014). Kamu Özel Ortaklığı, Ankara: Adalet Yayınevi.
- Güzelsarı, S. (2009). "Kamu Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme". Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Yayın No: 5, 43-77.
- Kalkınma Bakanlığı (2014). Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara: Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
- Kalkınma Bakanlığı. (2012). Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler. Ankara.
- Karasu, K. (2009). Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın No: 5, 79-91.
- Karasu, K. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı", Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(66), 217-262.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., Eke, E. (2012). "Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması", Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(17),1-23.
- Keskin, S. (2011). Yüksek Lisans Tezi: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu – Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği), Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Minow, M. (2003). Public and Private Partnerships: Accounting for the New Religion, <https://dash.harvard.edu/handle/1/3138655> (06.11.2018).
- Oral, B. G. (2017). Kamu Özel Sektör İşbirlikleri Finansmanı Rant Vergisi, Ankara: Gazi Kitapevi.
- Sungur, C., (2016). Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Entegre Sağlık Kampüslerinde Uygulanmasında Paydaşların Görüş ve Değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Şenel Tekin, P. (2010). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi. (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi).
- Tekin, A. G. (2007). “Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu-Özel Ortaklıkları”. Ankara: İdarecinin Sesi Dergisi, 122(21), 1-6.
- Türk Tabipler Birliği (2011). Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu: 6-7 Mayıs 2011. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Uz, A. (2007). Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (Ppp) (Kavram ve Hukuksal Çerçeve). Ankara: Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 1-2(11), 1165-1182.
- Yusufoğlu, A. (2017). “Kamu Özel Ortaklığı Projelerinde Koşullu Yükümlülükler ve Mali Riskler: Avrasya Tüneli, Osmangazi ve Yavuz Sultan Selim Köprüleri Üzerine Bir Değerlendirme”. Ankara: Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2017 Özel Sayısı, 156-174.
- 22.07.2006 tarih ve 10655 sayılı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> (Erişim: 24.07.2020)