

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI ÜZERİNE YAPILMIŞ ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ: YÖKTEZ VE DERGİPARK İNCELEMESİ

BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF STUDIES ON PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH SECTOR IN TURKEY: A REVIEW OF YOKTEZ AND DERGIPARK

Arş. Gör. Buse FİDAN TÜRKÖN¹

Doç. Dr. Erdal EKE²

ÖZ

Kamu özel ortaklığı, günümüzde çok farklı sektör ve projelerde kullanılan bir model olarak bilinmektedir. Bu noktadan hareketle çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı üzerine YÖKTEZ ve Dergipark veri tabanlarında yayınlanmış olan çalışmaların bibliyometrik analiz yöntemine tabi tutulması ve bu doğrultuda geniş kapsamlı bir çerçeve çizilmesidir. İlgili veri tabanlarından “sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı, sağlık sektöründe kamu özel iş birliği, şehir hastanesi ve şehir hastaneleri” anahtar kelimeleri kullanılarak 2010-2020 yılları arasında yayınlanmış olan Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modelini konu alan yayınlar analize dâhil edilmiş; şehir hastanelerini farklı araştırma konuları için veri toplama sahası olarak kullanan çalışmalar kapsam dışı bırakılmıştır. Gerçekleştirilen taramalar sonucunda YÖKTEZ veri tabanı üzerinden çalışma kapsamına giren toplam 20 yüksek lisans tezi, Dergipark veri tabanı üzerinden ise toplam 25 makale analiz edilmiştir. Çalışma bulgularına göre, son on yılda en fazla tez çalışmasının 2019 yılında yapıldığı; makalelerde ise son üç yılda yazılan makale sayısının, toplam makalelerin %60’ını oluşturduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de nispeten yeni olan kamu özel ortaklığı uygulamalarındaki deneyim ve uzman görüşlerinin artırılmasına ve yoğunlaştırılmasına, akademik çalışmaların da ciddi oranda destek sağlayacağı öngörülmekte ve bu yönde çeşitli önerilerde bulunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel Ortaklığı, Sağlık Sektörü, Bibliyometrik Analiz, YÖKTEZ, Dergipark.

JEL Sınıflandırma Kodları: I18, L32, L98.


ABSTRACT

Public private partnership is known as a model used in various sectors and projects today. From this point of view, the aim of the study is to subject the studies published in YOKTEZ and Dergipark databases on public-private partnership in the health sector in Turkey to the bibliometric analysis method and to draw a comprehensive framework in this direction. Publications on the public-private partnership model in the health sector in Turkey, which were published between 2010-2020 using the keywords "public private partnership in the health sector, public private cooperation in the health sector, city hospital and city hospitals" from the relevant databases, are included in the analysis, studies that use city hospitals as data collection sites for different research topics are excluded. As a result of the review, a total of 20 master's theses within the scope of the study are analyzed on the YOKTEZ database, and a total of 25 articles on the Dergipark database. According to the study findings, in the last ten years, the most thesis work is done in 2019; in the articles, it is determined that the number of articles written in the last three years constituted 60% of the total articles. It is foreseen that in the relatively new public-private partnership practices in Turkey academic studies would provide significant support to increase and intensify the experience and expert opinions, and various suggestions are made in this direction.

Keywords: Public Private Partnership, Health Sector, Bibliometric Analysis, YOKTEZ, Dergipark.

JEL Classification Codes: I18, L32, L98.

¹  İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, buse.turkon@iuc.edu.tr

²  Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The services that the state was obliged to provide to the public constituted a financial burden on the budget in the periods when the welfare state understanding was dominant. Until the new public administration approach became dominant, with the policy change that took place in the late 1980s. With the new public management approach, the public-private partnership model has emerged as a governance style in which the state and the private sector can complement each other's weaknesses, almost like a ying-yang. Although the definition of the public-private partnership model has been made recently, the application examples of the model in various sectors have a historical background dating back to antiquity. Public-private partnership practices, which emerged in the energy sector in the 1980s in Turkey and started to be used in the health sector after 2005. In this study, first the conceptual framework of the public-private partnership model was drawn, focusing on the city hospitals established with this model in the health sector in Turkey. Furthermore, the studies in the literature on this subject were examined with the bibliometric analysis method. It is aimed to present some guiding ideas about the trends and deficiencies in the literature to the authors who are working or will start working on "Public-Private Partnership Practices in the Health Sector".

Design/methodology/approach:

In the study, bibliometric analysis was used, one of the qualitative research methods. Searches were carried out using the keywords public-private partnership in the health sector, public-private cooperation in the health sector, city hospital, city hospitals in the YOKTEZ database for thesis studies and in the Dergipark database for the articles, on 17.12.2020. The scope criteria of the studies accessed from the databases were determined as follows; It was published between 2010-2020, focused on the applications of the public-private partnership model in the health sector in Turkey, and excluded publications where city hospitals were used as fields to study different topics. Among the studies that met the criteria, duplicate studies were eliminated and the obtained studies were categorized according to publication years, universities and departments, cities, journals in which they were published, page numbers, author titles and numbers, study subjects, methods and keywords used, and publication languages, and their numerical distribution was expressed in graphics. In addition, the objectives, findings and suggestions of the studies were summarized in the tables by making detailed readings.

Findings:

As a result of the searches, 20 of the 215 master's and doctoral theses reached from the YOKTEZ database and 25 of the 104 articles from the Dergipark database met the study criteria and were included in the study. While the most thesis work was done in 2019 with 12 theses, the most studies among the articles were made with 5 articles in 2018, 2019 and 2020. In theses and articles, quantitative and compilation methods were used the most, and qualitative and mixed methods were used least. 45% of thesis authors work in health management, 30% in finance, 10% in public administration, 56% of article authors work in health management, 20% in public administration, and 12% in finance. Ankara is the province with the highest number of publications with 9 theses and 13 articles, on the other hand, Isparta is the second province with the most studies with 8 articles among the articles. The journals with the most publications on the subject, with two articles each; International Journal of Health Management and Strategies Research, Suleyman Demirel University The Journal of Faculty of Economics Administrative Sciences, Journal of Social Security.

Conclusion and Discussion:

In addition to the bibliometric features of the studies, their contents were also examined in detail. As a result; The thesis focused on the examination of the public private partnership practices in the health sector in Turkey, and the analysis of the view and satisfaction levels of the stakeholders. It has been concluded that positive views have been reached in terms of general quality and services provided in the hospital, but stakeholders are lacking in informing about the public-private partnership model. On the other hand, the suggestions of the study were to provide transparent information to the stakeholders about the processes in general, to plan the resources fairly to meet the increasing demand and to solve the transportation problems. The topics focused on the articles were not different from the thesis. In addition to the findings in the theses about public private partnership practices, legal infrastructure deficiencies and financial risks were identified in the articles. At the same time the suggestions in the theses, the suggestions presented in the articles; It can be expressed as making detailed risk analyzes in which the processes are discussed, making the contracts transparent by detailing, and employing experts in the field of health management related to public-private partnership in the projects. As can be seen from this study, the public-private partnership in the health sector, which is rarely studied in the literature, is closely related to the health management department. In order to develop these studies qualitatively and quantitatively, the students and graduates of the health management department should be given the necessary support by city hospital administrators for the recognition of their research area and data sharing.

1. GİRİŞ

İkinci Dünya Savaşından sonra gelişen sosyal devlet anlayışı, devletlerin kamu hizmeti sunma konusundaki sorumluluklarının artmasına neden olmuştur. 1960'larda refah devleti anlayışının hâkim olması ile devletlerin halka sunmakla yükümlü oldukları hizmetler; eğitim, sosyal hizmetler, finansman, alt yapı, sigortacılık, ulaşım, madencilik vb. gibi pek çok alanda geniş bir yayılım göstermiştir. Refah devleti anlayışının beraberinde getirdiği sorumluluklar, devlet bütçelerinde ekonomik bir yük oluşturarak pek çok devlet tarafından kamu hizmetlerinin karşılanmasını zorlaştırmıştır. Aynı zamanda devlet bütçelerinde borçlanmalar yoluyla finansal açıklar oluşturarak kamu kesiminin verimsizliğine vurgu yapan birtakım tartışmalara konu olmuştur (Yılmaz, 2001, s. 3). 1970'li yıllarda benimsenen neo-liberal politikaların sonucunda refah devleti anlayışı, devletlerin kamu hizmeti sunumunda küçülmeye gitmesi yoluyla bir değişime uğramıştır (Altın, 2013, s. 102). 1980'lerin sonuna doğru hantal devlet yapısındaki verimsiz bürokrasi kaynaklı sorunların, özel sektör politikaları aracılığıyla çözülmesi hedeflenmiştir. Böylece değişim sürecindeki refah devleti anlayışı, yerini yeni kamu yönetimi kavramına bırakmıştır (Ökmen ve Parlak, 2015, s. 24).

Yeni kamu yönetimi anlayışı, klasik tek öznelli bir karar verici yapıdan ve verimsizlikten uzak, farklı disiplinlerin bir arada iş birliği halinde çalışmasını içeren yönetim kavramı üzerinde şekillenmiştir (Ökmen, 2015, s. 118-119). Zaman içerisinde değişen politika ve benimsenen yeni kamu yönetimi anlayışı ile yönetişimin yani farklı tarafların katılımının ön planda tutulduğu bir kamu hizmeti sunum modeli ortaya çıkmıştır. Kamu özel ortaklığı olarak adlandırılan bu modelde, devletin kamu hizmetlerini sunmasına engel teşkil eden finansal darboğazlar, özel sektörün katılımı ile çözüme ulaştırılarak vatandaşlara daha kaliteli, hızlı, ulaşılabilir hizmetler, klasik hizmet sunum modeline göre daha hızlı ve daha az risk üstlenilerek sunulmakta öte yandan da kâr amacı güden özel sektöre büyük ölçekli projelerin yüklenicisi olma imkânı tanınmaktadır (Bayansar, 2020, s. 133).

Kamu hizmetlerinin özel sektör girişimcileri tarafından sağlanması antik çağdan beri farklı şekillerde görülmektedir. Milattan sonra Roma İmparatorluğu'nda liman, pazaryeri, hamam işletmelerinin imtiyaz anlaşmalarıyla özel girişimcilere teslim edildiği bilinmektedir. 16. ve 17. yüzyıllarda Fransa'da nehir yatakları, kanal inşaatları, atık toplama, aydınlatma, toplu taşıma, genel mağazalar, opera evleri ve posta dağıtım hizmetleri; İngiltere'de ve İspanya'da da kanal imtiyazları gibi çeşitli kamu hizmetleri özel girişimciler tarafından sağlanmıştır. Kamu hizmetlerinin özel girişimciler tarafından imtiyaz usulü ile gördürülmesi, 19. yüzyılda Avrupa'da yaygın bir uygulama haline gelmiştir (UN/ECE BOT Expert Advisory Group, 2000, s. 5-6). Aynı dönemin kamu özel ortaklığı uygulamalarından bir diğeri de Osmanlı İmparatorluğu'nda 1859-1869 yılları arasında Mısır valisi Said Paşa tarafından desteklenen Süveyş Kanalı'dır (Aktaran Çekirge, 2006, s. 5). Dünya'da savaşların sebep olduğu ekonomik kriz ve dalgalanmalar sonucunda duraksama dönemine giren kamu özel ortaklığı uygulamaları, 1980'lerden sonra gerçekleşen politika dönüşümü ile tekrar gündeme gelmiş ve günümüzde de sıklıkla tercih edilen bir hizmet sunum biçimi olarak yayılım göstermiştir (Kömürlü ve Akyel, 2018, s. 977).

Türkiye'de 1986 yılında enerji sektöründeki yatırımlarla başlayan kamu özel ortaklığı projelerinin sayısı, 2011 yılında 53'ü enerji sektörü olmak üzere 8 farklı sektörde toplam 134'e ulaşmıştır. 1994 yılında 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yapılması Hakkında Kanun" ile mevzuat temelleri atılan kamu özel ortaklığı projelerinin, daha sonra 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kapsamında Yap-Kirala modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsleriyle sağlık sektöründe, 652 sayılı "Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ve 351 sayılı "Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu" ile eğitim sektöründe yeni bir boyut kazandığını ifade etmek mümkündür (Yatırım Proglamlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, 2012, s. 20-24).

Odağında piyasa yönelimli, esnek örgüt yapısı, etkinlik, etkililik ve verimlilik gibi işletmecilik ilkelerinin yer aldığı yeni kamu yönetimi anlayışının sağlık sektörüne de bu doğrultuda etkileri söz konusu olmuş; yönetim ve hizmet sunumu anlayışında yeni modeller tartışılır hale gelmiştir (Balcı ve Kırılmaz, 2007). Bu modellerden birisi olarak kamu özel ortaklığı modeli öne çıkmış; bu model sağlık sektöründe özel sektörün daha fazla rol üstlenmeye başladığı çeşitli projelerde kullanılmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada, Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı konusunda YÖKTEZ ve Dergipark veri tabanlarında yayınlanmış olan çalışmaların bibliyometrik özelliklerinin incelenerek bu konuda çalışma yapmakta olan ya da çalışmaya başlayacak olan yazarlara konu hakkında literatürdeki genel eğilimler ve eksiklikler ile ilgili birtakım yön verici fikirler sunulması amaçlanmaktadır. Lisansüstü eğitim veren kurumların ve öğrencilerin

Türkiye’de kamu özel ortaklığı çalışmaları ile ilgili eğilimlerinin incelenmesi amacıyla YÖKTEZ veri tabanı; Türkiye’de 2020 yılı itibariyle toplam 2015 adet dergiyi ve 485723 adet makaleyi bünyesinde barındırması sebebiyle hakemli dergilerde yayınlanan makale çalışmalarındaki eğilimin incelenmesi amacıyla da Dergipark veri tabanlarında tarama yapılmasına karar verilmiştir (Dergipark, 2020). Çalışmanın ilk bölümünde kamu özel ortaklığı modeli ve Türkiye’de sağlık sektöründeki uygulamaları hakkında kavramsal bir çerçeve çizilmiştir. Sonraki bölümlerde, seçilen her iki veri tabanında yapılan tarama sonuçları, bibliyometrik analiz kriterlerine göre incelenerek özetlenmiştir. Çalışmanın literatüre katkısı ise kamu özel ortaklığı modelinin Türkiye sağlık sektöründeki çalışmaları hakkında alandaki yazarlara bir bakış açısı sağlayacak olmasıdır.

2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Kamu özel ortaklığı uygulamaları dünya çapında yaygın bir kullanıma ulaşmış olsa da literatürde net ve ortak bir tanım bulunmamaktadır. Kwak vd. (2009, s. 52), kamu özel ortaklığı ile ilgili farklı kurumların yapmış olduğu tanımlamaları modelin genel hatları ve belirleyici kriterleri çerçevesinde özetleyerek bir tanımlama yapmıştır. Bu tanıma göre kamu özel ortaklığı; kamu hizmetlerinden bir alt yapı sisteminin oluşturulması gibi ortak ve uyumlu hedefleri gerçekleştirmek üzere kamu ve özel sektörün bir araya gelerek kaynakların, risklerin, yetkilerin, sorumlulukların ve ödüllerin belirlenen iş birliği sözleşmeleri doğrultusunda paylaşıldığı girişimlerdir. Uysal’ın (2020, s. 3) tanımına göre kamu özel ortaklığı, “bir kamu hizmetinin sunulması amacıyla kamu ve özel sektör aktörleri arasında yapılan bir sözleşmeye dayanarak, altyapı tesisinin planlanması, inşası, işletilmesi, bakımı ve onarımının yapılması ve kamu hizmetlerinin sunulması gibi faaliyetlerin birinin veya daha fazlasının özel sektör girişimcilerine bırakıldığı, özel sektör girişimcilerinin de ya hizmeti doğrudan talep edenlerden ya da kamu ortağından hizmet ve kullanım bedellerini tahsil ettiği, kamu ve özel sektör temsilcileri arasında dengeli bir risk dağılımının benimsendiği uzun süreli bir işbirliği ilişkisidir”.

Kamu özel ortaklığı modeli, yapısal anlamda uygulanan ülkelere göre değişkenlik gösterse de bu modeli diğerlerinden ayıran genel karakteristik özelliklerini; katılımcılar ve aralarındaki ilişkiler, kaynak bulma, paylaşımda bulunma ve süreklilik öğeleri etrafında kategorize etmek mümkündür. Katılımcılar ifadesi, iki veya daha fazla katılımcı arasından birinin muhakkak kamu kesiminden olması anlamına gelmekle beraber resmi bir sözleşme ile ortaklığa katılımın mümkün olacağı vurgusu yapılmakta ve bununla birlikte katılımcılar arasında sözleşme bağı ile gerçekleştirilen ortaklık ilişkilerinin kalıcı olması beklenmektedir. Projelere kaynak bulma noktasında her katılımcı, ortaklığa sermaye, tesis, alt yapı, teknoloji, yetki, her bir katılımcının uzmanlık alanında en iyi bildiği işi üstlenmesi gibi bilgi birikimi vb. değerler katmalıdır. Paylaşım kavramı, ortaklar arasında ulaşılmak istenen bir sonuç için projeye dair sorumlulukların, risklerin ve ödüllerin paylaşımını içermektedir. Kamu ve özel sektör amaçları çelişebilir nitelikte olsa da farklı çıkarların karşılıklı kaynaklardan yararlanma yoluyla elde edilmesi kısaca kazan-kazan yaklaşımını paylaşım çatısı altında konumlandırmak mümkündür. Süreklilik ise ortaklar arasındaki sözleşmenin, önceden belirlenen politikaların, birtakım önceliklerin ve değerlerin etrafında belirli bir güven ölçüsünde hazırlanmış olması gerekliliğini belirtmektedir (Grimsey ve Lewis, 2004, s. 13-14).

1980’lerden sonra meydana gelen politika değişimi ile neo-liberal politikaların bir ürünü olan kamu özel ortaklığı, 1990’lardan sonra hükümetler tarafından kamusal hizmetlerin sunumunda benimsenmiştir. İlk adımlarını İngiltere’de 1992 yılında atan kamu özel ortaklığı modelinin olumlu sonuçları, diğer ülkeleri de etkisi altına alarak sağlık, alt yapı, eğitim, ulaşım vb. kamusal hizmetlerde kullanımıyla yaygınlaşmaya başlamıştır (Uysal, 2017, s. 170). Günümüzde de popülerliğini koruyan kamu özel ortaklığı, genellikle yüksek sermaye isteyen büyük çaplı projelerde tercih edilmektedir. Kamu özel ortaklığı modelinin kullanım amaçlarından en önemlisi, özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği ve devletin de finansman sorunları sebebiyle sunmakta zorlandığı kamu hizmetlerini bir sözleşme çerçevesinde iki sektörün iş birliği içinde sunabilmektir. Kamu özel ortaklığı modelinin adımlarını; proje kapsamının belirlenmesi, stratejinin oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, sözleşme yapılması, hizmet sunumunun başlaması şeklinde özetlemek mümkündür (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 2).

Devletin sorumluluğunda olan kamu hizmetleri sunumunda finansal kaynak yetersizlikleri bir kısıt oluşturmaktadır. Ancak kamu özel ortaklığı modeli ile devlet, özel sektördeki finansal güçten yararlanarak kamuya sunmayı hedeflediği hizmetleri sunabilir hale gelirken, özel sektör de yalnız girmekten çekineceği bu büyük çaplı projelere devlet garantisi ile girebilme avantajı yakalamaktadır (Çalışkan ve Çınar, 2018, s. 101). Finansman desteğinin yanı sıra özel sektör tarafından büyük çaplı projelerin tamamlanma süreleri kamuya kıyasla daha kısa olmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 15). Avantajlardan bir diğeri ise, kamu hizmetlerinin finansmanını özel

sektör yüklenicisine devreden kamu kesimi, mevcut bütçeyi farklı harcama kalemlerine dağıtma serbestliğini elde etmektedir. Ayrıca sunulan kamu hizmetlerinin özel sektörün işletme mantığı ve tecrübesi doğrultusunda daha kaliteli bir şekilde sunulması halkın memnuniyetini sağlamada daha etkili olması hedeflenmektedir (Uysal, 2017, s. 179). Kamu özel ortaklığı modelleri, kamu ve özel sektörden birden çok paydaşın bağlayıcı bir sözleşme ile bir arada çalışmasını gerektiren karmaşık bir yapıdır. Özellikle sözleşme içeriklerinin teknik, uzun ve karmaşık olması, bu konuda uzman kişilerin projeye dâhil edilmesini gerektirmektedir. Dolayısıyla tecrübesiz ülkelerde kamu özel ortaklığı uygulanırken model hakkında uzman personel eksikliği, projelerin yürütülmesi için bir dezavantaj olduğu ifade edilebilmektedir (Uysal, 2020, s. 389). Modele ilişkin diğer dezavantajlar ise özetle hedefler, kaynak maliyetleri, güç eşitsizliği, klik bir grup tarafından gücün ele geçirilmesi, ortaklardaki felsefe farklılıkları şeklinde ifade edilebilmektedir. Sektörlerin karakteristik yapısından kaynaklanan amaç farklılıkları, ortaklık ilişkisi içerisinde hedeflerin net bir şekilde belirlenmemesi birtakım koordinasyon eksikliklerine sebep olabilmektedir. Kaynak maliyetleri her bir ortak için farklılık göstereceğinden ötürü tarafların sadece kendi fayda ve maliyetlerine odaklanmaları alınan kararlara zarar verebilmektedir. Kamu ve özel sektör paydaşlarının güçlerinin eşit olması doğası gereği mümkün değildir ancak genel işleyişte kaynak sunma anlamında daha ağır basan taraf gücü elde etme eğiliminde bulunarak projelerin amaçlarından sapmalara ya da sahiplenme güdüsünün zayıflamasına yol açmaktadır. Ortaklık ilişkilerinde farklı çıkarlara sahip bir grup tarafından karar verme gücünün ele geçirilmeye çalışılması projenin genel refahtan ziyade bir grubun çıkarlarına hizmet etmesi ile sonuçlanabilmektedir. Son olarak ortakların farklı felsefelere sahip olmaları davranış ve etik farklılıkları, paydaşların aynı ortamda bir arada çalışmaları halinde birtakım çatışmalara sebep olmaktadır (Osborne, 2005, s. 22-25). Kamu özel ortaklığı modellerinden bazıları Tablo 1.'de belirtilmiştir (Kerman vd., 2012, s. 10).

Tablo 1. Kamu Özel Ortaklığı Modelleri

Yap İşlet-Devret	Kamu ile özel sektör arasında gerçekleştirilen bir sözleşme kapsamında, bir projenin yapım, işletim, tasarım ve finansmanının, özel sektör tarafından üstlenilerek sözleşmede belirlenen sürede idareye devredildiği KÖO modelidir.
Yap İşlet	Bu modelin Yap-İşlet-Devret modelinden farkı, yapı mülkiyetinin kamuya devredilmemesi, özel sektörde kalmasıdır.
Yap Kirala	Kamu ile özel sektör arasında gerçekleştirilen bir sözleşme kapsamında, bir projenin yapım, tasarım ve finansmanının, özel sektör tarafından üstlenilerek sözleşmede belirtilen süre zarfında idareye kiralandığı ve kiralanın yapı üzerindeki birimlerin kısmi ya da tamamıyla yüklenici firma tarafından işletilebildiği ve yapının kira dönemi bitiminde sözleşmede belirtilmesi halinde kamuya geçtiği KÖO modelidir.
İşletme Hakkı Devri	İdarelerin sahip oldukları mal veya hizmet üretim birimlerinin kısmen ya da tamamen, mülkiyet hakkı saklı kalmak koşuluyla belirlenen bedel, süre vb. şartlarla işletilmesi hakkının özel sektöre verildiği KÖO modelidir.

Kaynak: (Kerman vd., 2012, s. 10).

Dünya Bankası'nın sunmuş olduğu verilere göre, Dünya'da kamu özel ortaklığı modelinin kullanım oranları gelişmekte olan ülkelerde Brezilya, Hindistan, Çin, Türkiye ve Meksika önde olmak üzere, 1990-2018 yılları arasında toplam 6135 adet proje gerçekleştirilmiştir. Projelerin toplam yatırım tutarlarının ise 1.491 milyar ABD Doları'na ulaştığı tespit edilmiştir. Aynı zaman aralığında Avrupa'da toplam yatırım tutarı 383,2 milyar Avro olan 1841 projenin %56'sı İngiltere'de gerçekleştirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde kamu özel ortaklığı projelerinin sektörel dağılımı yatırım tutarlarına göre ilk sırada elektrik olmak üzere, demiryolu, havayolu, liman, su-atık su, doğalgaz şeklinde sıralanmaktadır. Avrupa Birliği'nde ise yatırım tutarlarına projelerin sektörel dağılımı sırasıyla; ulaşım, haberleşme, çevre, eğitim, sağlık, kamu düzeni ve güvenliği, rekreasyon ve kültür, genel kamu hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır. Aynı parametreler üzerinden Türkiye verileri incelendiğinde ise 1986-2018 yılları arasında sözleşme değeri yaklaşık 140 milyar ABD doları olmak üzere toplam 242 adet kamu özel ortaklığı projesi hayata geçirilmiştir. Bu projelerin yatırım tutarlarına göre sektörel dağılımı sırasıyla; havaalanı, enerji, karayolu, sağlık, liman, yat limanı ve turizm, endüstri, gümrük, madencilik, demiryolu ve son olarak kültür ve turizm şeklindedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, s. 5-30).

Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modellerinden YKD (Yap Kirala Devret) modeliyle ilk deneyim, entegre sağlık kampüsleri bir diğer adıyla şehir hastaneleri projeleri ile hayata geçirilmiştir. Bu uygulamalara yönelik ilk yasal adımlar, Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetleri İnşaatına İlişkin YKD Yönetmeliği ile birlikte 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun Ek 7 Maddesi'nin eklenmesiyle 2005-2006'da atılmıştır (Mezvuat Bilgi Sistemi, 2006).

Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamalarının amaçları özetle, “özel sektörün finansman kaynağı sunması, hızlı karar alma ve bu kararları uygulamaya koyma becerisi ile yaratıcılığının proje sürecine entegrasyonu, riskin paylaşılması, her kesimin en iyi bildiği ve uzman olduğu ana işini yapabileceği bir altyapının oluşturulması, sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi, ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım sürelerinin kısaltılması, kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması, tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılmasıdır” (Kerman vd., 2012, s. 12-13). Türkiye’de kamu özel ortaklığı modeli ile yapımı devam eden ve tamamlanan şehir hastanelerinin güncel bilgileri Tablo 2.’de aktarılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Tablo 2. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ile Yapımı Tamamlanan ve Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri

No	Proje Adı	Yatak Kapasitesi	Hizmete Başlama Durumu
1	Adana Şehir Hastanesi	1.550	Hizmete Girdi
2	Mersin Şehir Hastanesi	1.294	Hizmete Girdi
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	Hizmete Girdi
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	Hizmete Girdi
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	Hizmete Girdi
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	Hizmete Girdi
7	Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	Hizmete Girdi
8	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.711	Hizmete Girdi
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	Hizmete Girdi
10	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	Hizmete Girdi
11	İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi	2.682	Hizmete Girdi
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	8 38 (1.250 Kapasiteli)	Hizmete Girdi
13	Tekirdağ Şehir Hastanesi	486	Hizmete Girdi
14	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.210	Yapımı Devam Etmektedir
15	Kütahya Şehir Hastanesi	610	Yapımı Devam Etmektedir
16	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.624	Yapımı Devam Etmektedir
17	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	Yapımı Devam Etmektedir
18	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	Yapımı Devam Etmektedir

Kaynak: (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, 2020).

3. YÖNTEM

Rumca kitap anlamına gelen “bibliyon” ve yazmak anlamına gelen “garefein” kelimelerinin birleşiminden oluşan bibliyografya, bir kitabın kaynak bilgilerini okuyucuya ileten bir aracı şeklinde tanımlanmaktadır (Kılıçarslan ve Altuğ, 2016, s. 338). Bibliyografya kavramı yerine kullanılmak üzere ilk defa Alan Pritchard tarafından 1969 yılında ortaya atılan bibliyometri kavramı, yazılı iletişim kaynaklarının gelişimi adına onlara ışık tutabilmek için matematiksel ve istatistiksel yöntemlerin kullanılması şeklinde tanımlanmıştır (Lawani, 1981, s. 294). Bibliyometrik analiz, bilimsel yayınların bibliyografik materyallerini kantitatif olarak inceleyerek sınıflandırmak için kullanılan bir yöntemdir. Yapılan analiz sonucunda araştırmacıya, araştırma yapılan alan ile ilgili genel eğilimler ve etkili yayınlar ile ilgili bilgiler içeren bir fotoğraf sunmaktadır (Merigó ve Yang, 2017, s. 72). Akademik çalışmaların ele alındığı bibliyometrik çalışmalarda ilgili dönemin bir durum analizi yapılarak araştırmacılara adeta bir akademik harita çıkarılmaktadır (Demir Askeroğlu, 2018, s. 191).

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden bibliyometrik analiz yöntemi kullanılmıştır. YÖKTEZ ve Dergipark veri tabanlarında “sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı, sağlık sektöründe kamu özel iş birliği, şehir hastanesi ve şehir hastaneleri” anahtar kelimeleri kullanılarak 2010-2020 yılları arasında yayınlanan çalışmalar analize tabi tutulmuştur. Tarama sonucu konu ile ilgili elde edilen çalışmalar, yayınlanma yılı, yeri, yazarların, kurum, bölüm ve unvan bilgileri, çalışılan konu başlıkları, çalışmaların sayfa sayıları, kullanılan anahtar kelimeler, yayın dili,

amaç, kullanılan yöntem, bulgular ve öneriler incelenmiş, grafik ve tablolarla belirtilmiştir. Kullanılan veri tabanlarından elde edilen çalışma türleri tez ve makale olarak farklılık gösterdiği için kendi çalışma türleri içinde değerlendirilmiştir.

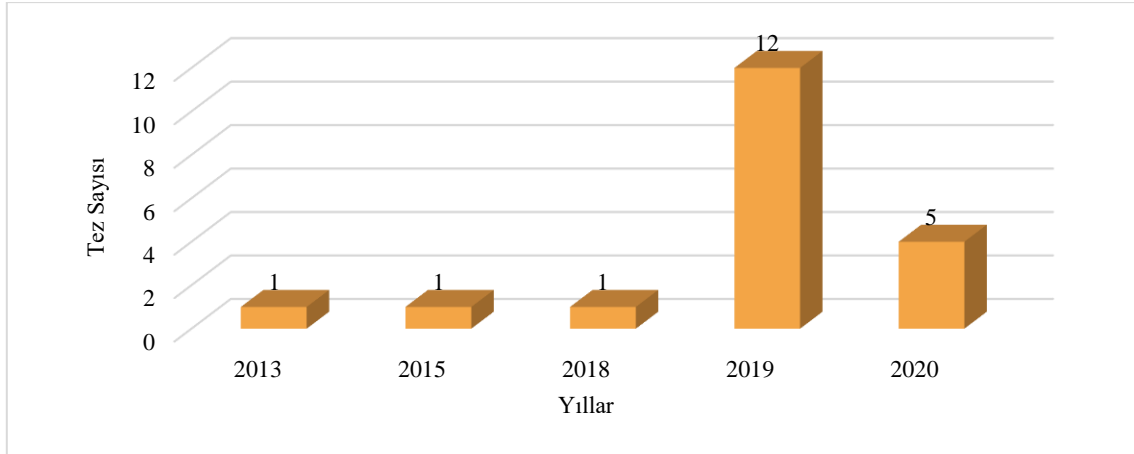
Bu çalışmanın kapsamı, sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı/iş birliği kavramlarının incelenmesine odaklanan bilimsel araştırmaların bibliyometrik analizinin yapılmasıdır. Dolayısıyla YÖKTEZ ve Dergipark veri tabanlarında bulunan yayınlar arasından çalışmanın kapsamına girmeyenler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmanın kapsamına giren ve girmeyenleri ayırt edebilmek için kabul edilen kısıt, elde edilen yayınların sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli üzerine yoğunlaşmış olmasına dikkat edilmiştir. Çalışmaların özetlerinden incelemeler sağlanarak gerekli elemeler yapılmıştır. Örneğin; sağlık sektöründe kamu özel ortaklığının bir ürünü olan şehir hastanelerini farklı konuları incelemek üzere sadece veri toplama sahası olarak kabul eden çalışmalar bu analizin dışında tutulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. YÖKTEZ Veri Tabanından Elde Edilen Bulgular

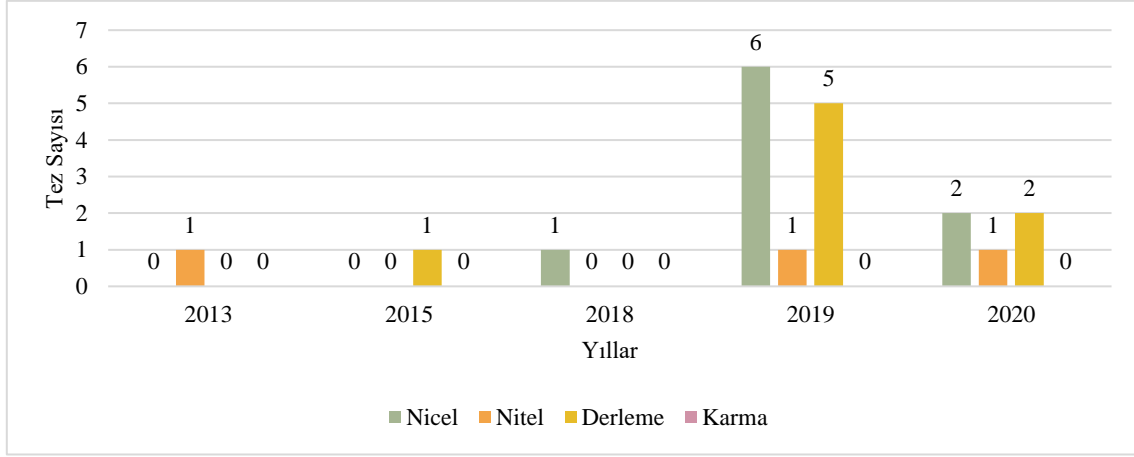
17.12.2020 tarihinde YÖKTEZ gelişmiş arama sekmesinden “sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı” veya “sağlık sektöründe kamu özel iş birliği” aranacak alanların “tümü”, arama tipi “içinde geçsin” seçimi yapılarak, 2010-2020 yılları arasında Türkçe yayınlanan toplam 6 adet yüksek lisans tezine ulaşılmıştır. Ulaşılan tezlerin hepsi konu kapsamında olduğundan değerlendirmeye dâhil edilmiştir. “Şehir hastanesi” veya “şehir hastaneleri” anahtar kelimesi kullanılarak aranacak alanların “tümü”, arama tipi “içinde geçsin” seçimi yapılmış, 2010-2020 yılları arasında Türkçe yayınlanan toplam 215 adet yüksek lisans ve doktora tezine ulaşılmıştır. Arama sonuçları çalışmanın kapsam ve kısıtları doğrultusuna göre incelendiğinde toplam 19 adet yüksek lisans tezinden 5 tanesi ilk yapılan arama sonuçları ile mükerrer olduğu tespit edilerek elenmiştir. “Şehir hastanesi” veya “şehir hastaneleri” anahtar kelimeleri ile yapılan arama sonucunda toplam 14 adet yüksek lisans tezi çalışmaya dâhil edilmiştir. Yapılan her iki arama sonucunda elde edilen toplam 20 adet yüksek lisans tezi, bibliyometrik analize tabi tutulmuştur.

Şekil 1. Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı



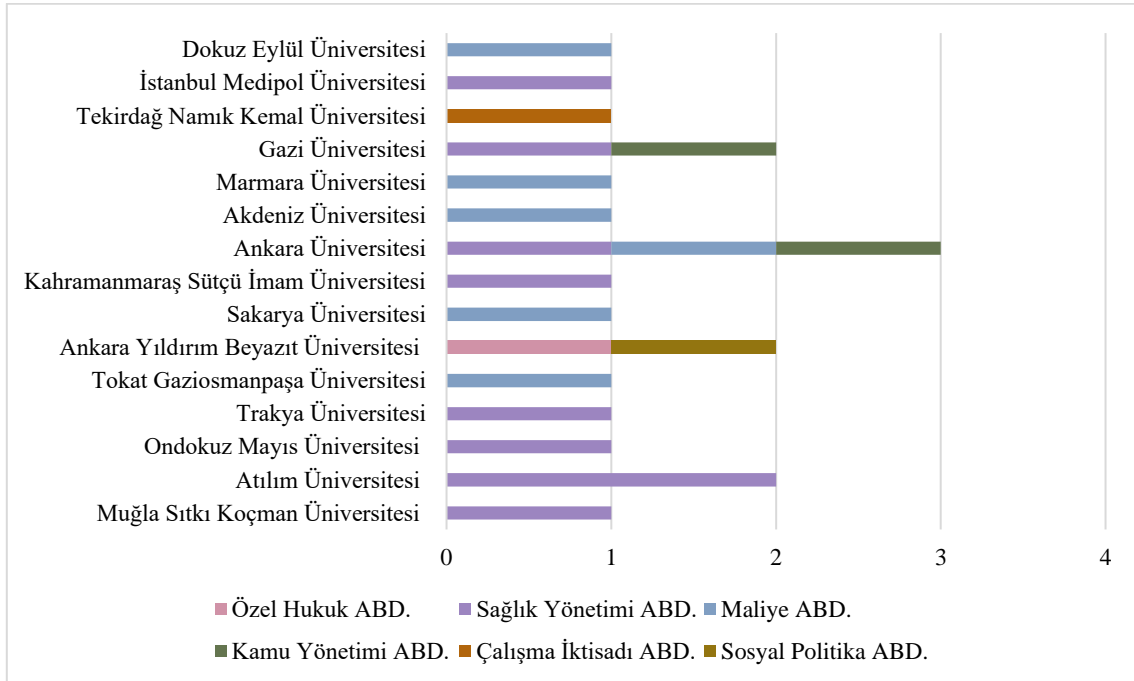
Şekil 1’de tezlerin yıllara göre dağılımları belirtilmiştir. 2013, 2015 ve 2018 yıllarında 1’er adet, 2019 yılında 12 adet, 2020 yılında 5 adet yüksek lisans tezi yayınlanmıştır.

Şekil 2. Araştırma Yöntemlerinin Yıllara Göre Dağılımı



Şekil 2.'de yüksek lisans tezlerinde kullanılan araştırma yöntemlerinin yıllara göre dağılımları belirtilmiştir. 2013 yılında nitel araştırma yöntemi kullanılarak 1, 2015 yılında derleme ile 1, 2018 yılında nicel araştırma yöntemi kullanılarak 1 yüksek lisans tezi yayınlanmıştır. Karma yöntem kullanılan bir çalışma yapılmamıştır. 2019 yılında yayınlanan yüksek lisans tezlerinden altısında nicel, birinde nitel, beşinde derleme yöntemleri kullanılmıştır. 2020 yılında yayınlanan yüksek lisans tezlerinden ikisinde nicel, birinde nitel araştırma yöntemleri kullanılmış olup diğer ikisinde derleme yapılmıştır.

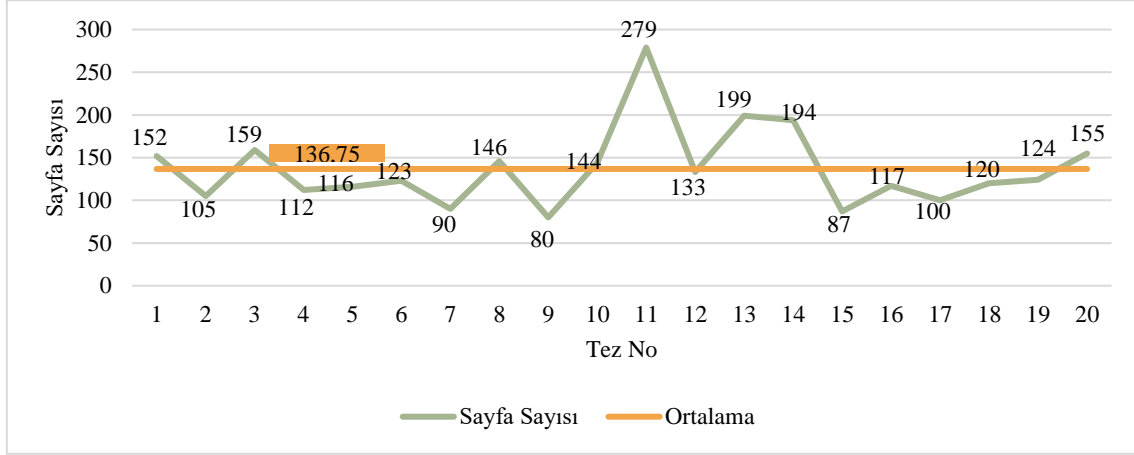
Şekil 3. Tezlerin Üniversite ve Ana Bilim Dallarına Göre Dağılımları



Şekil 3'te yayınlanan yüksek lisans tezlerinin üniversite ve ana bilim dallarına göre dağılımları ifade edilmiştir. Buna göre, İstanbul Medipol Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Trakya Üniversitesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi birer adet, Atılım Üniversitesi'nden ise iki adet yüksek lisans tezi Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda çalışılmış olup Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda toplam dokuz adet tez çalışması gerçekleştirilmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Sakarya Üniversitesi, Tokat Gaziosmanpaşa

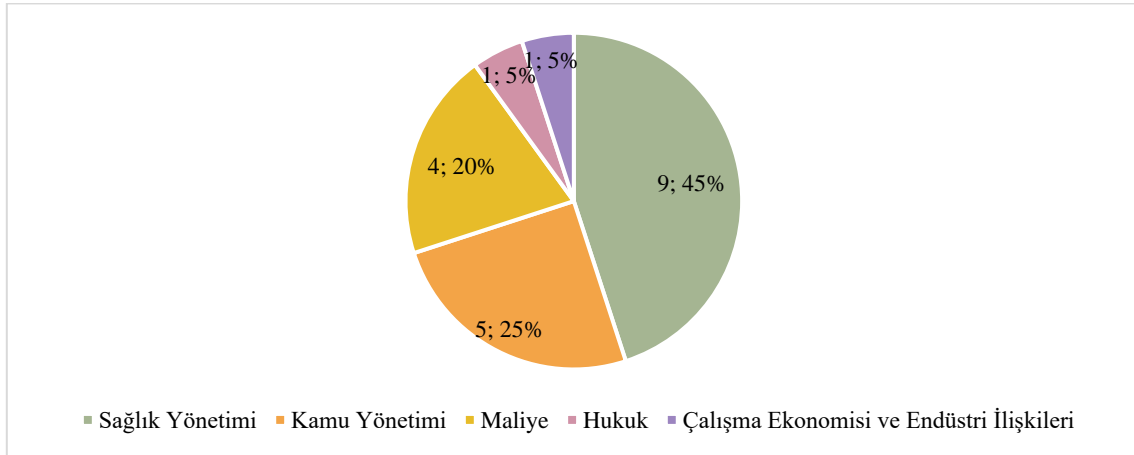
Üniversitesi'nde Maliye Ana Bilim Dalı'ndan toplam altı adet yüksek lisans tezi çalışılmıştır. Gazi Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi'nde Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı'ndan toplam iki adet yüksek lisans tezi çalışılmıştır. Son olarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde Özel Hukuk Ana Bilim Dalı ve Sosyal Politika Ana Bilim Dalından ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi'nde Çalışma İktisadı Ana Bilim Dalından birer adet yüksek lisans tezi çalışılmıştır.

Şekil 4. Tezlerin Sayfa Sayıları ve Ortalaması



Şekil 4.'te araştırma sonucu elde edilen yüksek lisans tezlerinin sayfa sayıları ve ortalamaları belirtilmiştir. Sayfa sayısı ortalama 136,75'tir. En az sayfa sayısı, 80 iken en fazla sayfa sayısı 279'dur.

Şekil 5. Tez Çalışmalarının Konularına Göre Dağılımı



Şekil 5.'te tez çalışmalarının konularına göre dağılımı belirtilmiştir. Tezlerin %45'i sağlık yönetimi, %25'i kamu yönetimi, %20'si maliye, %5'i de hukuk ve çalışma ekonomisi ve endüstri ilişkileri konularında çalışılmıştır.

Tablo 3. Türkiye’de Sağlık Sektöründe KÖO Alanında Çalışılan Yüksek Lisans Tezlerinin Amaç, Bulgu ve Önerileri

Amaç	Bulgu	Öneri
İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin üst ve orta düzyer yöneticilerinin sağlık sektöründe KÖO’ya ilişkin görüşlerinin demografik verilere göre karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Kalite, en yüksek ortalama puanı elde eden boyut olurken finansman ve maliyet boyutları ise en düşük ortalama puana sahip olmuşlardır. Soru bazında değerlendirildiğinde en yüksek ortalamanın “KÖO modeli hakkında daha çok bilgilendirme gereklidir” ifadesine ait olduğu, en düşük ortalamanın ise “Türkiye’de KÖO modeli konusunda yeteri kadar seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılmaktadır” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Çalışma katılımcılarının, şehir hastanelerinin kalite açısından olumlu bir etki bırakacağına ancak konu hakkında daha çok bilgilendirmenin yapılması gerekliliğine dair hemfikir oldukları sonucuna ulaşmıştır.	Şehir hastanelerinin organizasyon yapısı, rol ve fonksiyonlar, finansal yönetimi, kalite hedeflerine ulaşma vb. konularda Sağlık Bakanlığı tarafından yeterli bilgilendirme yapılması önerilmiştir.
Hizmet sunucuları ve alıcılarının KÖO hakkındaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi, KÖO modelinin öncesi ve sonrasının karşılaştırılması, memnuniyetlerinin araştırılması ve modelin sağlık çalışanları ve hastalar için yeterince faydalı olup olmadığına tespit edilmesi amaçlanmıştır.	Çalışma sonucunda şehir hastanesinden alınan hizmet memnuniyetinin yüksek olduğuna, kamu özel ortaklığı modeli hakkında sağlık çalışanları ve hastalar açısından yeterli bilgilendirmenin olmadığına, yöneticilerin modele daha olumlu yaklaşırken, diğer personellerin daha negatif bakış açısına sahip olduğu ifade edilmiştir.	Hizmet sunucularının model ve şehir hastanesi konusunda bilgilendirilmesi ve şeffaf bir yönetim anlayışı ile gelişmelerden haberdar edilmesi gereklidir.
Türk sağlık sektöründe kamu özel iş birliği (KÖO) uygulamalarının incelenmesi, irdelenmesi ve Türkiye’de son yıllarda açılmakta olan şehir hastaneleri konseptinin daha iyi anlaşılması amaçlanmaktadır.	Araştırmada şehir hastanelerinin çalışanların üstünde fazla iş yüküne sebebiyet verdiği, hastaların hastaneye ulaşılabilirliğine yönelik çözümlerin artırıldığı, mahkûm ve tutuklulara daha güvenli alanlarda hizmet verildiği, hasta bekleme sürelerine yönelik çalışmaların yapıldığı, hastanelerin sağlık turizmi konusunda önemli potansiyel taşıdığı, Sağlık Bakanlığının hastane üzerindeki denetleme rolünün arttığı, diğer kamu hastanelerine göre daha üstün kaliteli sağlık hizmeti alındığı, nitelikli sağlık hizmeti sunumuna yeni bir boyut kazandırdığı bulgularına ulaşılmaktadır.	Projelere ait finansal ve teknik bilgiler içeren bir web sitesinin kurulması, şehir hastanelerinde acilen sağlık personel sayısında yeni planlanmanın yapılması, güvenlik sayısının artırılması, cezai işlemlerin olduğu uyarı afişlerin asılması, personelin iletişim becerilerini geliştirecek kursların düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca hastane yöneticiliğinin yapısının değiştirilmesi, kapatılan hastane çevresinde yer alan ticari alanların mağduriyetinin giderilmesini sağlayacak önlemler alınması, ulaşım altyapılarının geliştirilmesi ve son olarak hastane bünyesinde hukuki birimlerin kurularak, personel ve çalışanlara KÖO modeli hakkında bilgi vermesi önerilmektedir.
KÖO modeli incelenerek uygulanabilirliğinin irdelenmesi amaçlanmıştır.	Yaşı 26 ve daha küçük olan çalışanlar KÖO’yu diğer yaş gruplarından daha az eleştirmektedirler. Buna karşın, 30 yaş üzerindeki katılımcıların KÖO modelini özelleştirme şeklinde yorumladıkları görülmektedir. Cinsiyet değişkeni ile KÖO eleştirileri faktörü incelendiğinde, erkeklerin KÖO’yu kadınlara göre daha fazla eleştirme eğiliminde oldukları söylenebilir. Eğitim durumu lise mezunu olan katılımcıların, üniversite mezunlarına göre sağlık hizmetlerine karşı olumlu yöndeki algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Görev durumuna göre Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktörü analizinde yönetici pozisyonunda çalışanların sunulan sağlık hizmetlerinden diğer çalışan gruplarına göre daha az olumlu yaklaşımları ifade edilebilir.	KÖO hakkında çalışanların ve vatandaşların bilinçlendirilmesi gereği ve kamuoyunun KÖO uygulamaları hususunda daha şeffaf biçimde bilgilendirilmesi önerilerinde bulunulmuştur.
Ülkemizde sağlık sektöründe yap-kirala-devret modeli ile imzalanan KÖO sözleşmelerinin incelenmesi ve diğer KÖO modellerine de değinilmesi amaçlanmıştır.	Bir projenin yapım, kiralama ve devir gibi süreçleri içeren KÖO sözleşmelerinin içeriği, alınan kararların sonuçları ve projenin sona ermesi gibi konular ele alınmıştır.	

Amaç	Bulgu	Öneri
Şehir hastanelerinin sunacağı hizmetle ilgili hizmet sunucu ve alıcılarının beklentilerini araştırmak, gruplar arasındaki bilgi, algı ve yaklaşım farklılıklarını incelemek amaçlanmıştır.	Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulaması hakkında vatandaşlara oranla daha olumsuz görüşlere sahip olduğu, özellikle hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre şehir hastaneleri uygulamasının negatif etkilerinin daha fazla olduğunu düşündüğü ve eğitim düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının da şehir hastaneleri uygulaması hakkında olumsuz görüşlere katıldığı söylenebilir.	KÖO çalışmalarının, detaylı ve titiz bir şekilde değerlendirilmesi, özenle planlanması gerekmektedir. Özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen projelerde diğer sektörlerden yapılan yatırımlara göre daha yoğun bir inceleme gerçekleştirilmelidir.
Şehir hastanelerinin KÖO kapsamında hukuki, idari ve finansman boyutlarında incelenmesi amaçlanmıştır.	Sağlık hizmetlerinde KÖO kullanımı ülkemizde çok büyük bir gelişim göstergeler de başarıları hakkında makul bir değerlendirme yapmak için henüz erkendir. Buna ek olarak, hastaların memnuniyeti ve optimum maliyet hakkında kamuya açık bilgi oldukça azdır. Bu nedenle, Türkiye'nin yeni sağlık hizmeti sunumunun büyük bir kısmı için KÖO'ya başvurusunun vatandaşlar için yüksek kaliteli, uygun fiyatlı sağlık hizmeti sağlama hedefine yaklaşmış yaklaşmadığı konusunda sonuçlara varmak şu anda mümkün değildir.	Türkiye, sağlık hizmetlerinde KÖO'ları konusunda daha tecrübeli ülkeleri yakından takip etmelidir. Şehir hastanelerinden kamuoyunun memnuniyet oranı sürekli değerlendirilmelidir. KÖO merkezlerinde sorun yaşayan ortaklar ve kişiler için danışmanlık kurumları kurulmalıdır. Süreçler sürekli değerlendirilerek daha şeffaf olmalıdır.
Şehir hastanelerinde tedavi gören hastaların hasta memnuniyetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Şehir hastanelerinde tedavi gören hastaların memnuniyetlerinin doktorların ilgisi, temizlik hizmetleri ve çalışanların ilgisi konularında yoğunlaştığı belirlenirken, şehir hastanelerinin büyük ve karmaşık olması, hastaneye giderken yaşanan ulaşım sıkıntıları ile araç park yerinde yaşanan sıkıntı konularında ise hastaların memnuniyetsizliklerinin yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmada şehir hastanelerinde tedavi gören hastaların yaşları, eğitim durumları ve aylık gelir durumları ile hasta memnuniyetine ilişkin algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.	Hastaların kurum içi ve kurum dışı ulaşımında yaşadıkları sıkıntıların çözümü için danışman personel sayısının artırılması, yönlendirme levhalarının daha görünür yerde ve boyutta olması sağlanmalıdır. Ulaşım olanakları göz önünde bulundurularak şehir hastanelerinin konumlandırılmalı ve belediyelerle gerekli iş birliklerinin sağlanarak ulaşım kolaylıkları sağlanmalıdır. Otopark sorununa katli otopark çözümleri getirilmelidir. Belirli aralıklarla memnuniyet değerlendirmesi yapılmalıdır. Birtakım etkinlikler düzenlenerek çalışanlar motive edilmelidir. Farklı illerde benzer çalışmalar ile kıyaslamalar yapılarak bu tarz çalışmalar geliştirilmelidir.
Adana Şehir Hastanesi'ndeki hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve hastaların demografik özellikleri ile hasta memnuniyet düzeyi arasında farklılık olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.	Hastaların genel memnuniyet düzeyinin tüm boyutlarda yüksek olduğu tespit edilmiştir, 5 puan üzerinden ortalama 3,93±0,71 olarak hesaplanmıştır. Kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin erkek hastaların memnuniyet düzeylerinden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu 60 yaş ve üstüdür (4,16±0,74). Hasta memnuniyetinin en düşük olduğu ifadeler incelendiğinde, muayene işlemlerinin karmaşıklığı ve uzunluğu (3,23±1,34), ziyaret saatlerinin yetersiz olması (3,30±1,52) ve hastanenin işleyişi hakkında verilen danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olması (3,37±1,40) memnuniyet düzeyinin vasat olduğu unsurlar olarak tespit edilmiştir. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin fiziksel koşullar boyutunda, ulaşım problemlerinin yaşanması (3,35±1,48) hasta memnuniyet düzeyinin vasat olarak tespit edildiği tek ifadedir.	Hastanede sunulan danışmanlık hizmetleri artırılarak hastanedeki tüm iş süreçleri iyileştirilmeli ve temizlik hizmetleri boyutunda sağlanan başarının devamlılığı sürdürülmelidir. Havalandırma, ses yalıtımı problemleri için teknoloji ve konusunda uzman kişiler destekli çözümler üretilmeli, ulaşım problemleri için yerel yönetim desteği ile şehir içi ulaşım olanakları iyileştirilmeli ve gerekli otopark düzenlemeleri hastane yönetimi tarafından gerçekleştirilmelidir. Hasta memnuniyet düzeyinin artırılması için düşük puanlı hizmetlere yönelik çalışan talepleri alınmalı, istihdam planı ve iş süreçleri gözden geçirilerek gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. İlgili çalışmalar yapılarak personele hizmet içi eğitim olanaklarının sunulmasıyla hasta memnuniyet düzeyinin artması öngörülmektedir.

Amaç	Bulgu	Öneri
Türkiye’de faaliyette olan şehir hastanelerinin mali açıdan etkin ve verimli olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.	Şehir hastanelerinin hizmet sunumu için kısa vadede harcama yapılmamasına rağmen uzun vadede bütçe için büyük bir mali yüke neden olduğu tespit edilmiştir. On şehir hastanesinin yapım maliyetleri ile toplamda 226 tane 1200 yataklı Erzurum Devlet Hastanesi yapılabildiği tespit edilmiştir. Ulaşım tercihi bakımından en ideal yer seçimi Ankara Şehir hastanesi olur iken, maliyetler açısından en verimsiz yer seçiminin Bursa Şehir Hastanesinin olduğu tespit edilmiştir. 149 ülke içerisinde sağlık hizmet kalitesi sıralamasında 2016 yılında 103. sırada bulunan Türkiye, 2020 yılında (2019 verileri ile meydana gelmiş sıralama) 70. Sıraya yükselmiştir	Şehir hastanesi projeleri Devlet İhale Kanunu, Sayıştay Kanunu, İmar Kanunu ve Çevre Kanunları ile entegre bir şekilde gerçekleştirilmesi Türkiye’de daha etkin projelerin gerçekleşmesini sağlayabilir. Projeyi üstlenen firmalara uzun dönemde kaynak aktarımı gerçekleşmemesi için vergiden muaf tutulmamalıdır. Projeyi üstlenen firmaların dış borç almaları engellenebilirse ödenen kira yurt içinde kalabilir. Şehir hastanelerinin var olan işletme süreleri yeniden düzenlenebilir. Şehir hastaneleri projelendirme, ihale süreci, kira bedelleri ve muhasebeleştirilmesi kamuoyuna açık bir şekilde gerçekleşmelidir. Türkiye bu konuda gerekli şeffaflığı sağlayarak hesap verilebilirliğini artırabilir.
Şehir hastaneleri projelerinin sağlık politikalarındaki kârlılık ilişkisinin belirleyiciliğine odaklanarak neden olabileceği toplumsal sonuçların belirlenmesi amaçlanmaktadır.	Mekânsal ölçeğin tedavi merkezi gereklilikleri ötesinde ticari niteliklerin öne çıkarılmış olduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanesi sözleşmelerinin özel hukuk hükümlerine tâbi olması nedeniyle özel ortağa ödenecek bedeller “ticari sır” kapsamında tutularak kamuoyuna açıklanmamaktadır. Bu durum, projelerin kamuya getireceği yükün sağlam ölçütlerle ve kamu finansmanı alternatifleriyle karşılaştırılmalı olarak tespit edilmesine engel olmaktadır. Plansız ve oldukça cömert bir şekilde sunulan kamu garantileri aracılığıyla hem kamu gücü geri dönülemez şekilde sermayenin kârlılık ilişkisine konu olmakta hem de geleceğin siyasetini apolitize edici bir yapının temellerini atılmaktadır.	HBYS sisteminin özel yüklenici kontrolünde olması bilgi ve kültür asimetrisine sebep olabilmektedir. Bağımsız bir yükleniciye devredilmelidir. Karmaşık yapının daha iyi yönetilebilmesi için her bine bir hastane olarak görülmeli ve yönetimleri ayrı gerçekleştirilecek şekilde bir CEO’ya bağlanmalıdır. Denetimlerin başarılı olabilmesi için denetçiler yetiştirilmelidir. Sağlık turizmi profesyonel kişilerce yerine getirilmeli, her Şehir Hastanesi birden fazla sağlık turizm acentesiyle esnek sözleşmeler yapabilmelidir. Modelin kamu yararı temelinde başarılı olması için temel konu şeffaflıktır. Model analizinde modeli uygulayan bütün ülkelerin şeffaflık ihtiyacı tespit edilmektedir. İnşaatı devam Şehir Hastanelerinin ulaşım planlaması yapılmalıdır.
Mersin Şehir Hastanesi’nin fiziki yapısı ve Mersin ilinin sağlık hizmeti sunumuna katkısının incelenmesi amaçlanmıştır.	Çalışmada Mersin Şehir Hastanesi, fiziki yapı ve süreçleri bağlamında örnek alınarak, fiziki özellikleri ve Mersin ilinin sağlık hizmeti sunumuna olan katkısı irdelenmiştir.	

Amaç	Bulgu	Öneri
Sağlık Bakanlığı bünyesindeki KÖO aktörlerinin birikimlerinden yararlanarak proje sürecindeki rollerinin tespit edilmesi ve fikirden uygulamaya bir KÖO projesinin gelişiminin incelenmesi amaçlanmıştır.	Sağlık Bakanlığı entegre şehir hastanelerinin yapım, yönetim ve sürdürülmesinde finansman problemini çözmek ve siyasi otoritenin özel ısrarı nedeniyle KÖO uygulamalarını geliştirmiştir. Sağlık Bakanlığı entegre şehir hastanelerinin yapım, yönetim ve sürdürülmesine için geliştirdiği Kamu Özel İş birliği uygulamaları için yeterli hukuksal ve bürokratik zemin yoktur. Sağlık Bakanlığı entegre şehir hastanelerinin yapım, yönetim ve sürdürülmesi için geliştirdiği KÖO uygulamaları süreci yeteri kadar şeffaf değildir. İhale sonuçları, sözleşmeye dair kamuoyunu aydınlatıcı bilgiler kamuoyuyla paylaşılmamaktadır.	Başarılı bir KÖO uygulamasının kurumlar arası koordinasyon, doğru proje tasarımı, optimum risk paylaşımı gibi ön şartları konusunda icracı kurumlara destek verecek bir merkezi KÖO birimi kurulmalıdır. Kurum, KÖO esnekliklerini etkilememeli, farklı sektörel şartlara uyum sağlama kabiliyetine sahip olmalı ve kendisini hiyerarşik olarak bir üst makam olarak değil rehberlik/müşavirlik yapan bir pozisyonda konumlandırılmalıdır.
KÖO modelinin yapısı, avantaj ve dezavantajları, 2000'li yıllardan sonra sağlık hizmeti sunumu özelinde gerçekleşen dönüşümler ile KÖO modeliyle sağlık hizmeti sunumunun nasıl yapılacağı ve bu yöntem ile kurulan şehir hastanelerinin yapısal olarak incelenmesi amaçlanmıştır.	Çalışmanın sonuçları doğrultusunda KÖO Modeli ile sağlık kurumlarının yapılmasının, atıl kalan sermayeler ile toplum yararına yeni yatırımlar yapılmasına, daha kısa bir süre içerisinde sonuçlanan etkin ve kaliteli kamu hizmetleri sunumunun gerçekleştirilmesine, kamunun bütçe sıkıntısından dolayı yapılamayan yatırımların yapılmasına faydalı olacağı düşünülmektedir.	
KÖO'ları hakkında kamuoyunda oluşan soru işaretlerine "Paramın Değeri Analizi" yöntemi kullanılarak yanıt aranması amaçlanmıştır.	Tesislerin beklenen finansal performansı veremediği ifade edilmiştir. Ancak sağlık hizmetlerini ülkeye eşit koşullarda ve kalitede ulaştırabilmek adına KÖO ile yapılmakta olan şehir hastaneleri, "ülkenin sosyal açıdan gelişmişliğini ve refah düzeyini bir adım öteye taşıyacak en büyük girişimlerden biri" şeklinde ifade edilmiştir.	
KÖO yap-kirala-devret yöntemi ile kurulan şehir hastaneleri örneğinin incelenmesi amaçlanmıştır.	KÖO yatırımlarının sağlık sektöründe uygulamaya girmesi ile belirli temel hizmetlere erişim pahalılaşmıştır. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinden yararlanmak için cepten yapılan ödemeler artış göstermektedir. TTB tarafından yapılan araştırmaların incelenmesi sonucunda kamu kaynaklarının aşırı tüketildiği ve sağlık çalışanlarına enfeksiyon riski, radyolojik veri kayıpları, yönetimde çift başlılık, mesafenin hizmete engel olması, sağlık çalışanı sayısının yetersizliği, tesiste merdiven bulunmaması, tasarımsal sorunlar, 112 yoğunluğu, hekimlerin iletişimi, yemek ve araç sorunu başlıkları altında birtakım olumsuzluklar oluşturduğu ifade edilmiştir.	

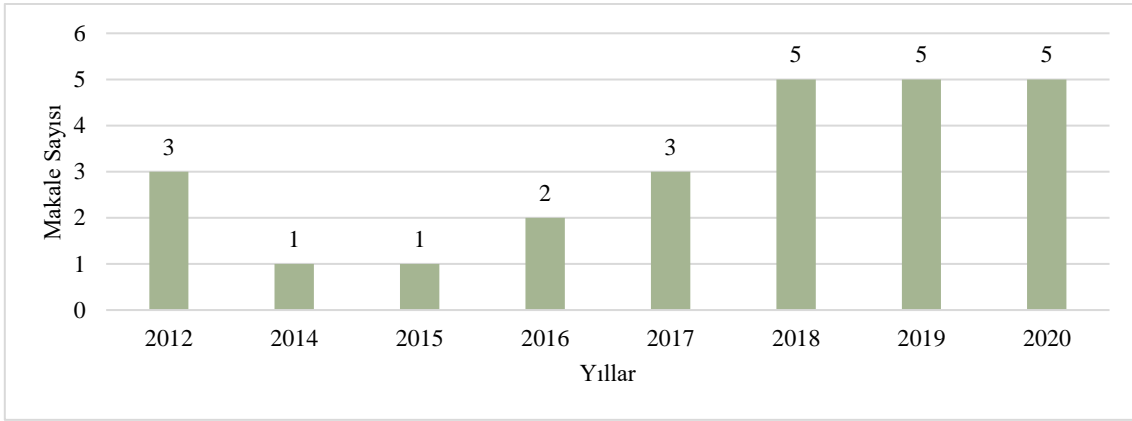
Amaç	Bulgu	Öneri
Çalışma, Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan, Yozgat Şehir Hastanesi’nden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.	Katılımcıların bütün ifadelerinin 3’ün üzerinde bir ortalama Yozgat Şehir Hastanesi’nden memnun olduğunu göstermektedir. Katılımcıların “Poliklinikler temiz ve ferahtr.” 4,14 – “Muayene olunan poliklinikler rahattır. (ısı, ışık, vs.)” 4,01 – “Polikliniklerin fiziksel imkânları görsel açıdan çekicidir.” 4,00 – “Poliklinik ortamı güvenlidir.” 4,00 ifadelerine katılım düzeyi en yüksek seviyede görülmekte iken, “Poliklinik de hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar vardır.” 3,21 – “Belirlenen süre içerisinde muayene oldum.” 3,34 – “Hastaneye ulaşım kolaydır.” 3,41 – “Poliklinik çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler.” 3,51 ifadelerine katılım ise en düşük seviyede görülmektedir. Yozgat Şehir Hastanesi’nden hizmet alan hastaların, %72,6 oranında personel memnuniyeti, %77,8 oranında fiziksel alan memnuniyeti ve genel olarak %74,4 oranında poliklinik memnuniyeti duyduğu tespit edilmiştir.	Poliklinik hizmetlerinden hastaneye ulaşım konusunda yaşanan problemleri aşmak için hastane yönetiminin ilgili kuruluşlarla (belediye vb.) görüşüp hastaların mağduriyetlerini gidermesi sağlanmalıdır. Poliklinik çalışanlarının hastalara verdikleri hizmeti zamanında yerine getirebilmesi için ve muayenelerinde hastaların belirlenen sürelerde muayene olmalarının sağlanmasının yanında hastalara özel ilgi gösterilmesinin sağlanması açısından hastane yönetiminin günlük bakılan hasta sayısını tekrar değerlendirmesi gerekmektedir. Polikliniklerden randevu almanın daha kolay bir hale gelmesi ve hekimler üzerinde biriken hasta yoğunluğunu almak için, Sağlık Bakanlığı tarafından hastanenin personel eksikliğini gidermesi yönünde çalışma yapması gerekmektedir.
Isparta, Mersin, Adana ve Yozgat Şehir Hastaneleri ele alınarak; hastanelerin yönetsel fonksiyonları ve uygulamalarının ilgili hastanelerin yöneticileriyle birlikte yüz yüze görüşme yöntemiyle incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Yapılan incelemeler sonucunda üst ve orta düzey yöneticilerin yorumlarından hareketle şehir hastanelerinin tesis kalitesine, teknolojik altyapısına ve iyi uygulama örneklerine değinilmiştir. Şehir hastanelerinde kullanılan trijenerasyon sistemleri ve leed sertifikaları ile birlikte yeşil hastane uygulamalarına da adım atıldığı ifade edilmiştir.	İşleyişteki hantal yapıyı gidermek adına şehir hastanelerine hususi olarak bir organizasyon şemasının kurgulanması ve buna yönelik gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılarak kılavuzların yayınlanması gerekliliği vurgulanmıştır.
Yeni kamu yönetimi perspektifinden kamu hizmeti ile KÖO’ya değinilerek pilot uygulama alanı olarak modelin sağlık hizmetine yansması ve kamu maliyesine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Kamu özel ortaklığı projelerinin kamu maliyesine etkilerinin; kaynak sıkıntısı açısından mali bir alan oluşturması, kısa vadede projelerin gerçekleştirilmesi, risk paylaşımı ile bütçedeki ve kamu borçlarındaki yükü azaltması, özel sektörün yenilikçi ve etkin çalışmasının, sağlık turizminin gelişmesine yardımcı olması gibi olumlu etkiler olduğundan bahsedilmiştir. Olumsuz etkiler ise; şeffaflık ve hesap verilebilirliğin azalması ile mali sürdürülebilirliğin riske girmesi, ihale aşamasında birkaç firmanın ön planda olması belli bir sermayedar sınıfın tekelinde olduğunun göstergesi olarak yorumlanmıştır.	Her projede kamu özel ortaklığı modeli uygulanmamalıdır ve projelerin başarılı olabilmesi için doğru bir analiz yapılmalıdır. Risk paylaşımının doğru bir şekilde yapılması ile başarılı kamu özel ortaklığı projelerinin kamu maliyesine olumlu yansyacağı belirtilmiştir.

Tablo 3.’te Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı konusunun çalışıldığı yüksek lisans tezlerinin amaç, bulgu ve sonuçları özetlenerek belirtilmiştir. Çalışma amaçlarının genel anlamda kamu özel ortaklığı modelinin sağlık sektöründeki uygulamalarının incelenmesi ve bu model hakkında çalışanların ve paydaşların görüş ve memnuniyet düzeylerinin incelenmesi konularına odaklandığını söylemek mümkündür. Çalışmaların bulgularını genellemek gerekirse, kamu özel ortaklığı modelleri incelenmiş, sağlık sektöründeki ve Türkiye’deki uygulama yöntemlerinin aktarılmış olduğu görülmektedir. Ayrıca memnuniyet çalışmalarından elde edilen bulgulara göre, kalite ve hastanede verilen hizmetler açısından olumlu görüşlere ulaşıldığını, bilgilendirilme ve model ile ilgili çerçeveye hâkimiyet açısından paydaşların eksik oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Çalışmaların sonuçları doğrultusunda yazarların önerilerini ise genel anlamda şu başlıklar altında genellemek mümkündür; KÖO hakkında çalışanların ve vatandaşların bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve kamuoyunun KÖO uygulamaları hususunda güveninin kazanılması için süreçler hakkında daha şeffaf biçimde bilgi aktarımının yapılması, ayrıca şehir hastaneleri ile artan yatak sayılarının ve artan talebin getirdiği personel ihtiyacının iyi bir planlama ile sağlanarak çalışanlara iş yükünün eşit bir şekilde dağıtılması, hastaneye ulaşım ve hastane içindeki ulaşım ve iletişim için gerekli altyapının sağlanması.

4.2. Dergipark Veri Tabanından Elde Edilen Bulgular

17.12.2020 tarihinde Dergipark veri tabanından gelişmiş arama kılavuzuna göre üç aşamada arama yapılmıştır. İlk aramada (sağlık sektöründe) AND (“kamu özel ortaklığı” OR “kamu özel iş birliği”) anahtar kelime biçimi kullanılarak 2010-2020 yılları arasında yayınlanan toplam 52 makaleye ulaşılmıştır. Çalışma kısıtları göz önünde bulundurulduğunda 21 makale çalışma kapsamına dâhil edilmiştir. İkinci aramada “şehir hastanesi” OR “şehir hastaneleri” anahtar kelime düzeni kullanılarak toplam 31 makaleye ulaşılmıştır. 14 tanesinin çalışma kapsamına girdiği tespit edilmiştir ancak içerlerinden 12 tanesi ilk arama sonuçları ile mükerrer olduğundan bu arama sonucundan yalnız 2 makale çalışmaya dâhil edilmiştir. Son aramada “sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı” OR “sağlık sektöründe kamu özel iş birliği” anahtar kelime biçimi kullanılarak toplam 21 makaleye ulaşılmıştır. 12 tanesi çalışma kapsamına girmekte olup içerlerinden 10 tanesi bir önceki arama sonuçları ile mükerrer bulunarak elenmiştir. 2 tanesi çalışmaya dâhil edilmiştir. Böylece yapılan 3 arama sonucunda ulaşılan 104 makaleden toplam 25 tanesi çalışma kapsamına dâhil edilerek bibliyometrik analize tabi tutulmuştur.

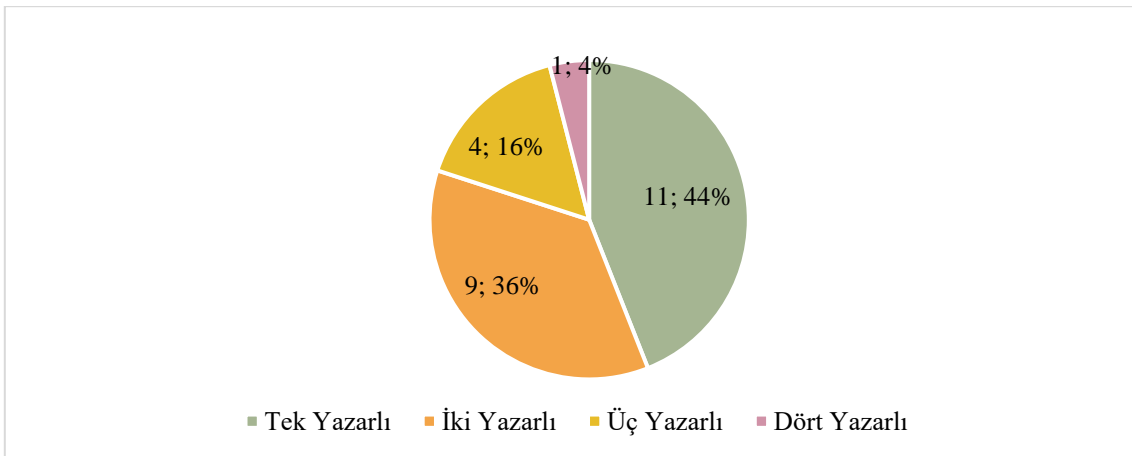
Şekil 6. Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı



Şekil 6.'da makalelerin yayınlanma yıllarına göre dağılımları belirtilmiştir. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamaları ile ilgili en az çalışma yapılan yıl 1 makale ile 2004 ve 2015 yılları iken en fazla çalışma yapılan yıllar 5 makale ile 2018, 2019 ve 2020 yılları olmuştur.

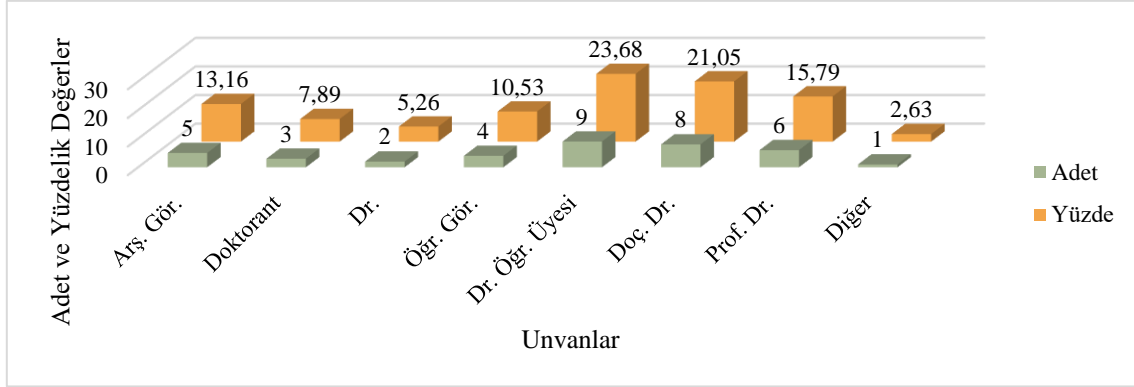
Makalelerin yazar sayısına göre dağılımları Şekil 7.’de belirtilmiştir. Makalelerin %44’ü (11 makale) tek yazarlı, %36’sı (9 makale) iki yazarlı, %16’sı (4 makale) üç yazarlı, %4’ü (1 makale) ise dört yazarlıdır.

Şekil 7. Makalelerin Yazar Sayısına Göre Dağılımları



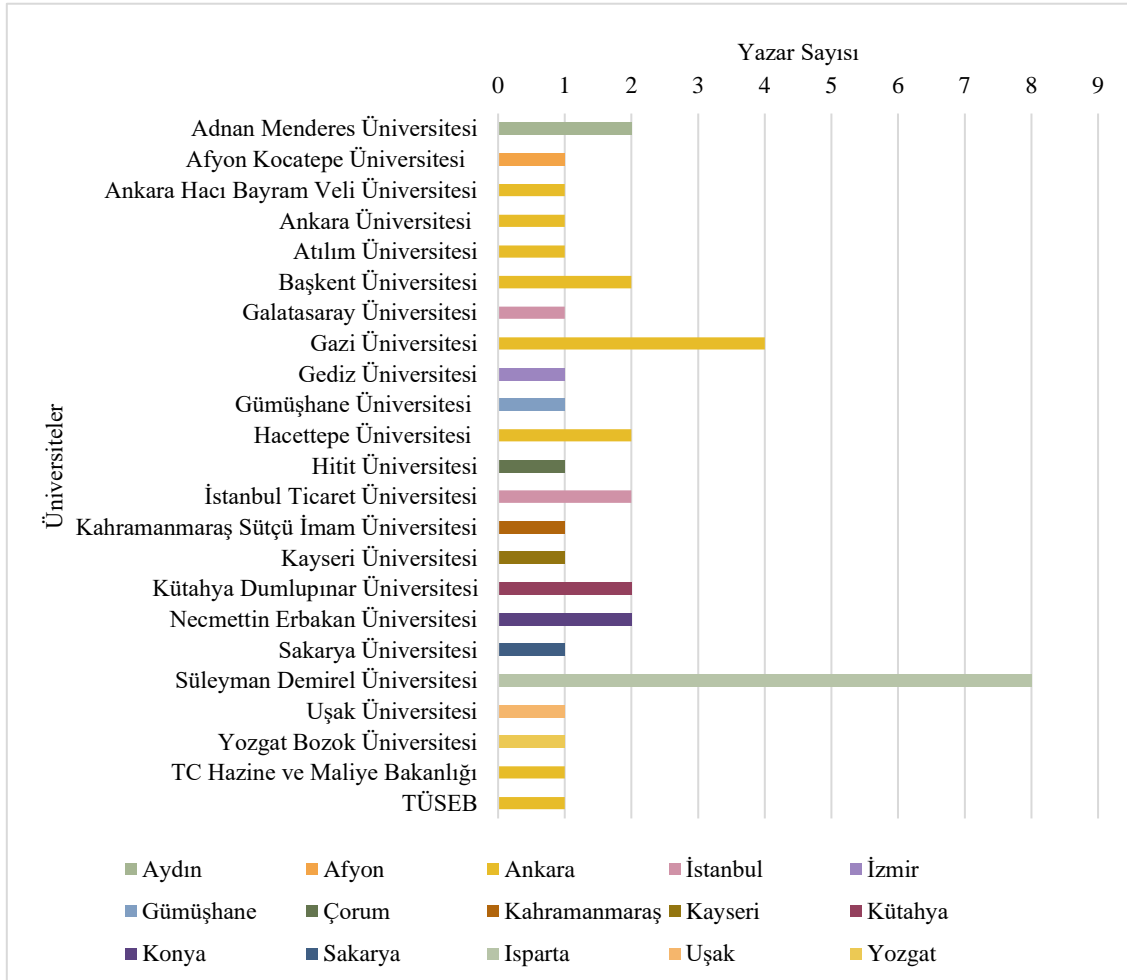
Yazarların unvanlarına göre dağılımları Şekil 8.’de belirtilmiştir. 38 yazarın %23,68’i Dr. Öğr. Üyesi, %21,05’i Doç. Dr., %15,79’u Prof. Dr., %13,16’sı Arş. Gör., %10,53’ü Öğretim Görevlisi, %7,89’u doktorant, %5,26’sı Dr., %2,63’ü diğer grubundadır.

Şekil 8. Yazarların Unvanlarına Göre Dağılımları



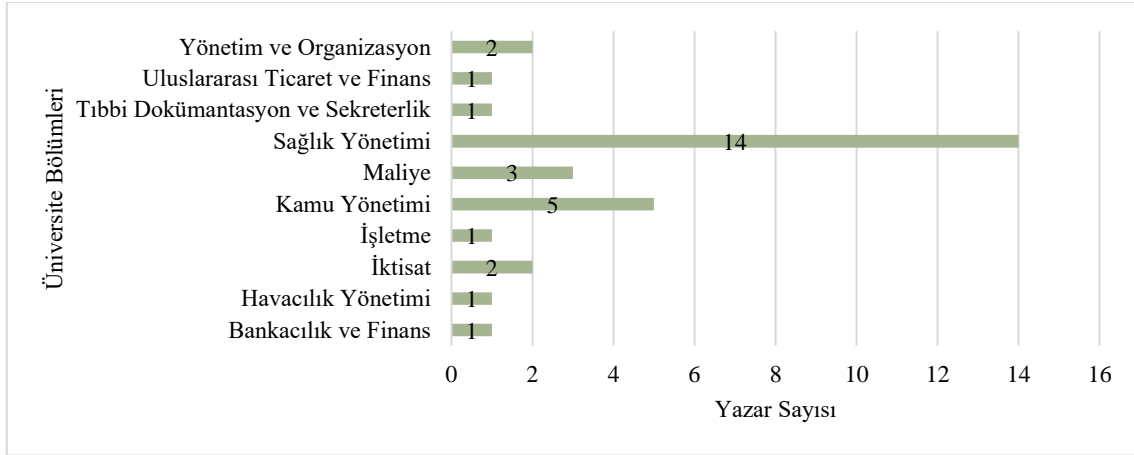
Makale yazarlarının görev yaptıkları kurum ve şehir dağılımları, Şekil 9.'da belirtilmiştir. En çok yazarın bulunduğu üniversite bazında sıralanacak olursa ilk 3 üniversite şu şekildedir; 8 yazar ile Süleyman Demirel Üniversitesi, 4 yazar ile Gazi Üniversitesi ve 2 yazar ile Andan Menderes Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Dumlupınar Üniversitesi ve Necmettin Erbakan Üniversitesi'dir. Aynı parametrede şehir dağılımına bakıldığında ilk üç sırada ise; 13 yazar ile Ankara, 8 yazar ile Isparta ve 3 yazar ile İstanbul yer almaktadır.

Şekil 9. Makale Yazarlarının Kurum ve Şehirlere Göre Dağılımları



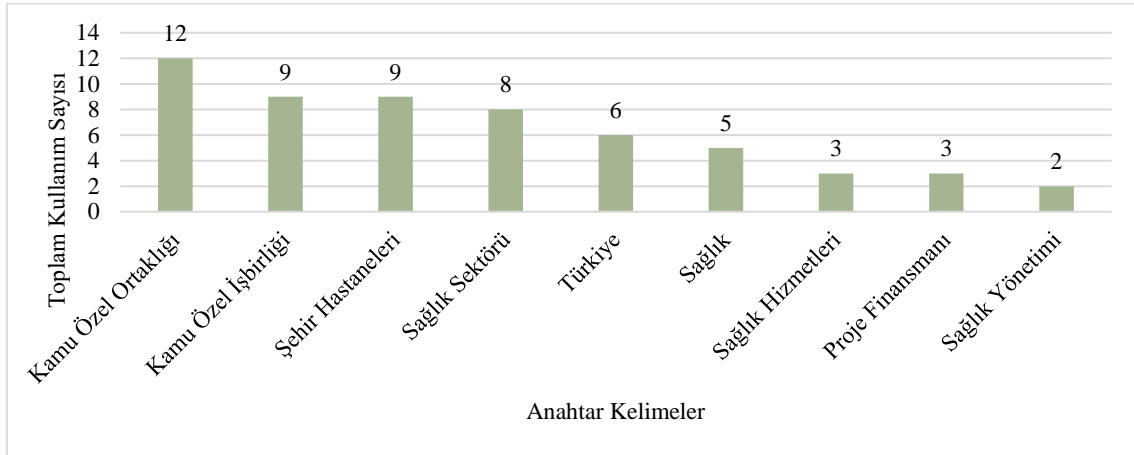
Makale yazarlarının görev yaptıkları üniversitelerin akademik bölümlerinin dağılımı Şekil 10.'da belirtilmiştir. Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı konusuna katkı yapmış olan yazarların 14'ü sağlık yönetimi ile 1. sırada, 5'i kamu yönetimi ile 2. sırada, 3'ü maliye bölümü ile 3. sırada yer almaktadır.

Şekil 10. Makale Yazarlarının Üniversite Bölümlerine Göre Dağılımları



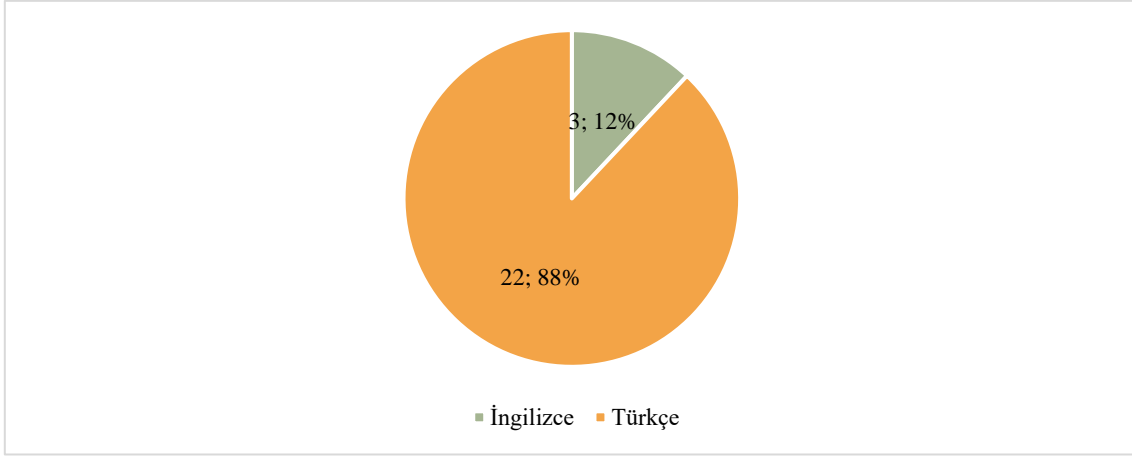
Makalelerde en sık kullanılan anahtar kelimeler Şekil 11.'de belirtilmiştir. En sık kullanılan anahtar kelimeler sırasıyla 12 makalede “kamu özel ortaklığı”, 9 makalede “kamu özel işbirliği” ve “şehir hastaneleri”, 8 makalede “sağlık sektörü”, 6 makalede “Türkiye”, 5 makalede “sağlık”, 3 makalede “sağlık hizmetleri” ve “proje finansmanı”, 2 makalede “sağlık yönetimi” şeklindedir.

Şekil 11. Makalelerde En Sık Kullanılan Anahtar Kelimeler



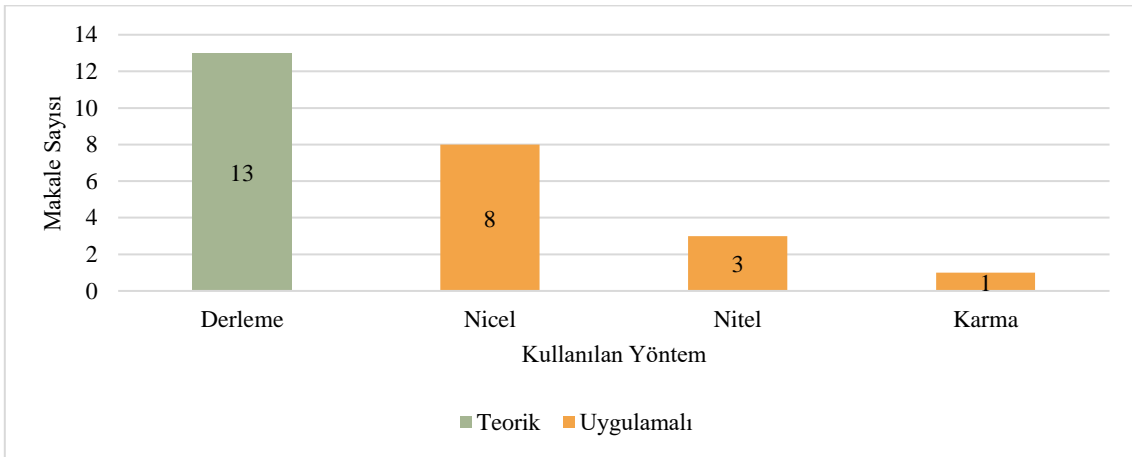
Makalelerin yayımlandıkları dile göre dağılımı Şekil 12.'de belirtilmiştir. %88 oranında 22 makalenin yayım dili Türkçe, %12 oranında 3 makalenin yayım dili ise İngilizce'dir.

Şekil 12. Makalelerin Yayınlandıkları Dile Göre Dağılımı



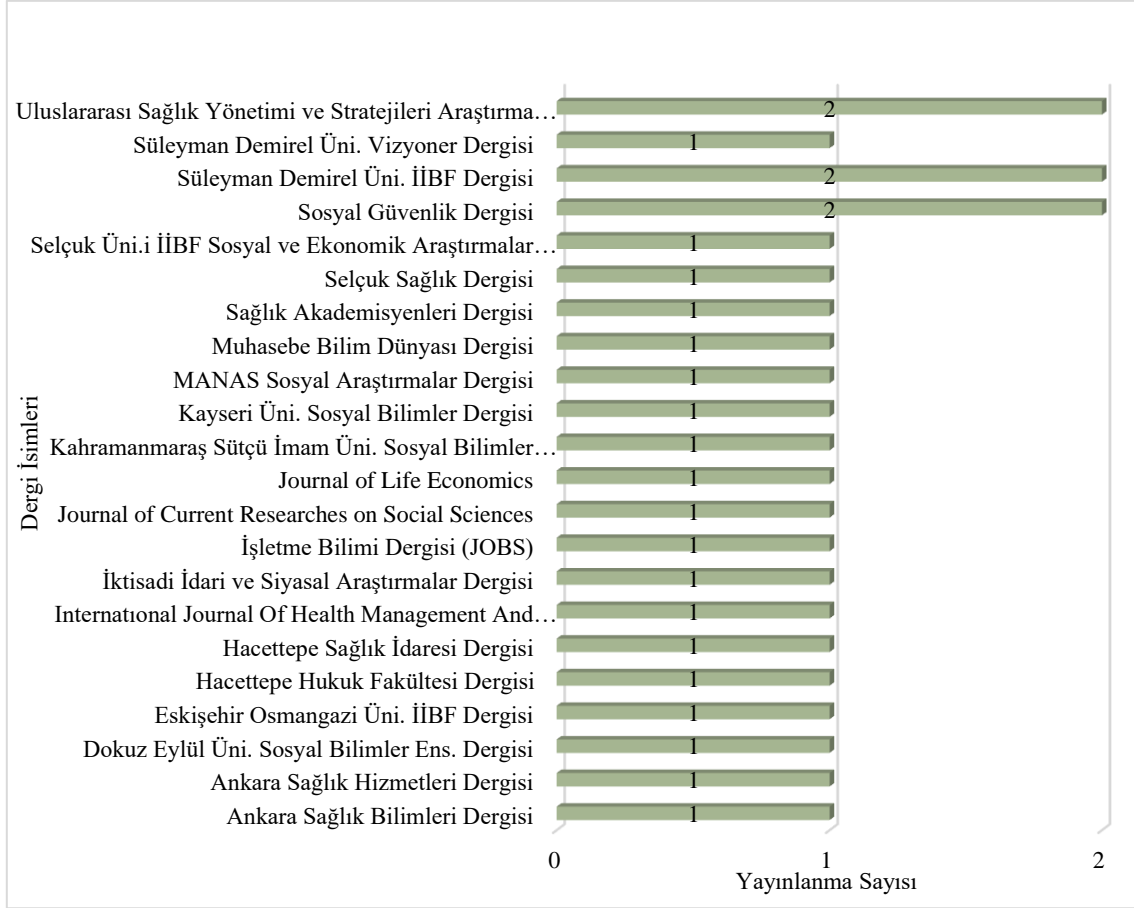
Makalelerde kullanılan araştırma yöntemlerine göre dağılımları Şekil 13.'te belirtilmiştir. Elde edilen 25 makaleden 13'ü derleme makalesi olup, araştırma makalelerinden 8'inde nicel araştırma yöntemleri, 3'ünde nitel araştırma yöntemleri son olarak 1'inde de nicel ve nitel birlikte olmak üzere karma araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Şekil 13. Makalelerde Kullanılan Araştırma Yöntemlerine Göre Dağılımları



Makalelerin yayınlandıkları dergi isimlerinin dağılımları Şekil 14.'te belirtilmiştir. En fazla yayın alma sayısı, 2 ile Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Sosyal Güvenlik Dergisi ve Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi ilk sırayı paylaşmaktadır. Diğer dergilerde birer makale yayınlanmıştır.

Şekil 14. Makalelerin Yayınlandıkları Dergilere Göre Dağılımları



Türkiye’de sağlık sektöründe KÖO alanında yayınlanan makalelerin amaçları ve araştırma yöntemlerinin dağılımı Tablo 4.’te belirtilmiştir. Derleme makalelerde amaç olarak yoğunlaşılacak konulardan birisi, 2 makalede KÖO uygulamalarının Türkiye sağlık sektöründeki uygulamalarının değerlendirilmesi üzerine diğeri ise 2 makalede şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerinin değişimi ve dönüşümü üzerine etkileri ve gelişmeler üzerine olmuştur. Araştırma makalelerinin nicel araştırma yöntemleri ile çalışılanlar arasında en çok üzerine çalışma yapılmış amaç, 3 makalede KÖO uygulamalarına ilişkin bireylerin bakış açılarını belirlemek ve 2 makalede şehir hastanesinde hasta ve çalışan memnuniyet düzeylerinin araştırılması olmuştur. Nitel ve karma yöntemlerle çalışılan makalelerin amaçları 1’er makalede sağlık sektöründe KÖO modellerinin finansal yapı, mevzuat yapısının ve politika haritalama yöntemi ile incelemesi, finansal risk, işletme riski pazar ve gelir riski ile çevresel riskin incelenmesi olarak dağılım göstermiştir.

Türkiye’de sağlık sektöründe KÖO alanında yayınlanan makalelerin bulguları ve önerileri detaylı bir şekilde Tablo 5.’te belirtilmiştir. Makalelerde en çok bulguya ulaşılan konular, sözleşmelerdeki belirsizlik, kamuoyu ve çalışanlardaki bilgi eksiklikleri, hastaneye ulaşım ve hastane içi ulaşım sıkıntıları, çalışanlardaki iş yükünün artması, finansal risk faktörleri, paydaşların sorumlulukları ve konu ile ilgili mevzuat altyapısı ve hukuki eksiklikler olarak özetlemek mümkündür. Öneriler ise bu konuları iyileştirmeye yönelik detaylı risk analizleri, ulaşım sıkıntılarının giderilmesi için yapılabilecekler; personel planlaması, sözleşmelerin detaylandırılarak kamuoyu ve çalışanlara şeffaf bilgi aktarımının sağlanması, projelerde KÖO ile ilgili alanında uzman kişilerin bulundurulması sağlık yönetimi bölümüne istihdam tanınması şeklinde özetlenebilir.

Tablo 4. Türkiye’de Sağlık Sektöründe KÖO Alanında Yayınlanan Makalelerin Amaçları ve Araştırma Yöntemleri

Yöntem	Çalışmanın Amacı	Sayı	Yöntem	Çalışmanın Amacı	Sayı	
Derleme	KÖO uygulamaları ve Türkiye sağlık sektörü perspektifinden bir değerlendirme	2	Nicel	Şehir hastanesinde hasta ve çalışan memnuniyet düzeylerinin araştırılması	2	
	Şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerinin değişimi ve dönüşümü üzerine etkileri ve gelişmeler	2		KÖİ uygulamalarına ilişkin bireylerin bakış açılarının belirlenmesi	3	
	Şehir hastanelerinin İngiltere KÖİ modeliyle karşılaştırılması	1		KÖO projelerinin mali analizi ve kurdaki olası değişimlerden kaynaklanan risk ölçümünün yapılması	1	
	Şehir hastanelerine tanınan teşvik uygulamalarının değerlendirilmesi	1		Bir şehir hastanesinde yatırımın değeri analizinin yapılması ve literatürdeki görüşlere ait çalışmaların test edilmesi	1	
	Sağlık hizmetlerindeki etkinliğin artırılabilmesi için Türkiye’de geliştirilen yeni yöntemlerin başarısının incelenmesi	1	Nitel	Bir şehir hastanesi çalışanlarının Kurumsal Sosyal Sorumluluk düzeylerinin belirlenmesi	1	
	Şehir hastanelerinde meydana gelebilecek hasta güvenliği risklerine karşı kırık pencereler teorisinin uygulanabilirliğinin tartışılması yoluyla yeni bir modelin ortaya konulması	1		KÖO yöntemi ile kurgulanan sağlık hizmetleri projelerinin finansal yapısının süreci deneyimleyen bankacılar ile görüşmeler gerçekleştirilerek incelenmesi	1	
	Sağlık sektöründe uygulama alanı bulan KÖİ projelerindeki başlıca risk türlerini, risk yönetimini ve risk yönetiminin aşamalarını incelemek.	1		Entegre sağlık kampüslerinin mevzuat boyutunda incelenmesi	1	
	KÖİ sözleşmelerinin performansını değerlendirmek	1		KÖO yönteminin politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi	1	
	Şehir hastanelerinin KÖO yöntemi ile yapılmasına yönelik eleştirilerin değerlendirilmesi	1		Karma	Şehir hastaneleri projelerinin finansal, işletme, pazar, gelir ve çevresel riskinin incelenmesi	1
	Şehir hastaneleriyle ilgili proje finansman yapısının irdelenmesi	1				
Türkiye sağlık sektöründe KÖO yönteminin uygulanabilirliğinin incelenmesi	1					

Tablo 5. Türkiye’de Sağlık Sektöründe KÖO Alanında Yayınlanan Makalelerin Bulguları ve Önerileri

Makale Bilgileri	Bulgular	Öneriler
(Özzybek vd., 2019)	Şehir hastaneleri uygulamalarına ilişkin sağlık çalışanlarının görüşleri olumsuz, vatandaşların ise olumludur. Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitim seviyeleri yükseldikçe bu olumsuz görüşlere ilişkin kaygı oranı daha da artış göstermiştir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının konu hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanları arasında özellikle hekimlerin şehir hastanelerinin olumsuz etkisine ilişkin görüşlerinin diğer sağlık çalışanlarına göre önemli ölçüde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Mesleğinde 16 yıl ve üzeri tecrübeye sahip sağlık çalışanları, şehir hastaneleri uygulamalarında diğerlerine göre daha az olumsuz yarıda bulunmuşlardır. Ayrıca sağlık çalışanları, artan yatak sayısının hastane yönetiminde sorun yaratacağını, projenin kamuya önemli bir borç getireceğini ve hedeflenen hasta sayısına ulaşılmadığında insanlardan alınan vergilerin de artacağını düşünmektedir.	KÖO projelerinin diğer kamu yatırımlarındaki gibi hassas bir şekilde değerlendirilmesi ve uygulama öncesi planlama aşamasına daha çok özen gösterilmesi gerekmektedir.
(Uysal, 2020a)	Şehir hastanelerinde tercih edilen KÖİ yönteminde İngiltere’nin referans alındığı sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere’den doğrudan kopyalama derecesinde olmasa bile öykünme veya karşım boyutlarında politika transferine konu olduğu söylenebilir.	
(Uysal, 2019)	Şehir hastanelerinin sağlık kurumlarındaki fiziki kapasitenin büyümesine, sağlık hizmetleri finansmanının bütçe üzerindeki baskının uzun vadelere yayılmasına, özel sektörün tecrübe ve yönetim deneyiminden yararlanılmasına ve sağlık hizmetlerinde daha yoğun bir teknoloji kullanımı ile kalite standartlarının yükseltilmesine katkı sağladığı ifade edilebilir.	

Makale Bilgileri	Bulgular	Öneriler
(Gökkaya vd., 2018)	Çalışma kapsamında hasta memnuniyeti fiziki ortam, genel memnuniyet, çalışan memnuniyeti ve zaman olmak üzere 4 farklı boyutta ele alınarak incelenmiştir. Hastaların ilgili boyutlar kapsamında hastane hizmetlerinden oldukça memnun oldukları tespit edilmiştir. Özellikle kullanılan ekipmanların kalitesi, muayenehanelerin konforu, hijyenik koşulların yeterliliğinin yanı sıra hastanenin fiziki görünümü ve ferahlığı da hastaları memnun eden faktörler arasındadır. Hasta memnuniyetini düşüren başlıca faktörler ise ulaşım sorunu, tıbbi sekreterlerin sayıca yetersizliği, hastane içi ulaşımın karmaşıklığı, otopark ve kantin gibi tesislerin yetersizliği yer almaktadır.	Hekimlerin daha iyi hizmet verebilmeleri için yeterli sayıda tıbbi sekreterin istihdam edilmesi. Hastane binasının büyüklüğü sebebiyle çeşitli yönlendirme levhaları ve işaretleriyle birlikte yönlendirme yapabilecek personel sayısının çoğaltılması. Otopark kapasitesinin genişletilmesi için hastane yönetiminin çalışma yapması. Hastane içindeki tekerlekli sandalye sayısının çoğaltılması ve asansörlerin daha etkin kullanımı sağlanmalıdır. Hastaneye ulaşım sorunlarının aşılması için merkez ve ilçe belediyelerle görüşülüp otobüs güzergâhlarının şehir hastanesinden geçirilmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Ek olarak hastane binasının iç taraflarında telefon hatlarının daha verimli kullanılabilmesi için gerekli alt yapı hizmeti sağlanmalıdır.
(Öge ve Baş, 2016)	Bankaların bu projeleri finanse etmelerindeki temel motivasyonun karlılık ve sosyal refaha katkı olduğu sonucuna varmak mümkündür. Sağlık Bakanlığı bir nebzeye garantör olarak hareket etmekte ve bu tavır projenin güvenilirliğini artırmaktadır. Bankalar tarafından projelere tahsis edilen fonlar uzun vadeli olmadığından vade uyumsuzluğu proje süresi boyunca büyük bir sorun olabilir.	Proje tahvilleri gibi diğer finansman türlerini düşünmek gerekebilir.
(Uğurluoğlu vd., 2019)	Çalışanların; şehir hastanesindeki fiziki şartlar bakımından memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu; iş yüklerindeki artış, tesis içi ulaşımındaki problemler, döner sermaye ödemelerinin azalması, çalışana verilen değer konusundaki eksiklikler, yönetimde çift başlılık sorunu vb. konularda ise memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.	Yaşanan yönetsel sıkıntıların giderilmesi, hekimlere tıbbi sekreterlerin sağlanması ve döner sermaye ödemelerinin gözden geçirilmesi bu tür memnuniyetsizliklerin ortadan kaldırılabilmesi açısından önemli hususlar arasında yer almaktadır. Yani sıra çalışanlara kurum içerisinde değer verildiği hissettirilmeli ve iş güvenceleri konusunda bazı uygulamalara gidilmelidir. Özellikle yönetimde meydana gelen çift başlılık giderilerek kurumla ilgili kararlar tek bir ağızdan çıkmalıdır.
(Benli vd., 2014)	Çalışmada, yatırımcı firmaya borçlanılması gereken döviz cinsi ve hedging maliyeti konusunda fikir vererek, finansman kuruluşlar karşısında pazarlıkta gücü sağlayarak projenin daha verimli bir şekilde finanse edilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Analizler sonucunda Amerikan Dolarının, kur riski diğerlerine göre daha az bulunmuştur. Proje süresince, hedginge maruz değer olarak tanımlanan %5 RMD değerlerinin toplamı 43,5 milyon Dolar olurken, Euro'da bu değer 40,7 milyon olduğu görülmüştür.	Bu çalışmanın bulguları KÖO projeleri açısından büyük önem arz etmektedir. Gelecek çalışmalarda, bu projelerin kredi risklerini ölçümlemek için Credit Value-at-Risk yönteminin kullanılacağı ve bu projelerin reytinglerin ölçümleneceği belirtilmiştir.
(Şenel Tekin, 2017)	KÖO yöntemi birçok projede finansman konusunda önemli bir alternatif olarak görülmektedir. Ayrıca bu yöntemin ilerleyen yıllarda popülerliğini sürdürmesi beklenmektedir.	-
(Kulaksız ve Küçükkocaoğlu, 2019)	“Kamunun gerçekleştirdiği yatırımın değeri analizinde: risksiz faiz oranının kullanıldığı çalışmada yatırım tutarı arttıkça KÖİ yönteminin daha avantajlı olduğu ve piyasa faiz oranının kullanıldığı analizde ise tayin edilen faiz oranı artışının özel sektör lehine karar verilmesini sağladığı sonuçlarına ulaşılmıştır.”	Bir yatırımın hayata geçirilmesinde hangi tedarik yönteminin kamuya daha faydalı olacağına belirlenmesi, mevcut kaynaklarla en verimli hizmet sunulabilmesi için “yatırımın değeri analizi” mekanizması kullanılmalıdır. Analizde tahmin edilen ve gerçekleşen sonuçlar aralarında farklılıklar gösterebileceği için analiz, projenin farklı aşamalarında oluşabilecek risklere karşı uyarlanabilir esneklikte olmalıdır. Dolayısıyla analizde tek bir sayısal sonuca odaklanmaktan ziyade bir değer aralığı kararlaştırılmalıdır.
(Songür ve Top, 2018)	Katılımcıların %23'ü şehir hastaneleri için yap-işlet-devret modelini, %21'i ise yap-kirala-devret modelini öncelikli görmektedir. Katılımcıların özellikle üniversite katılımcılarından oluşan bir kısmı, sağlık sektöründe KÖİ uygulamalarının başarılı olabilmesi için projelerin iyi bir şekilde kurgulanması gerektiğine ve dolayısıyla proje başlangıcında dikkatle hazırlanmış fizibilite çalışmasının olmaması, şeffaflığın sağlanamaması durumunda projenin büyük olasılıkla başarısız olacağına dikkat çekmişlerdir.	Şehir hastaneleri projelerinde %70 oranında yatak doluluk garantisinin verilmesi sebebiyle, yatak doluluk oranlarının düşük olması, kamunun kaynak israfı yaşamamasına yol açabilir. Bu sebepten şehir hastaneleri ile koordineli bir şekilde çalışabilecek semt polikliniklerinin kurulması ve özel hastanelerin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında sunmakta oldukları bazı sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılması konusu değerlendirilebilir.

Makale Bilgileri	Bulgular	Öneriler
(Uysal, 2020b)	KÖİ'de teşvik uygulamaları özel sektör girişimcilerinin KÖİ projelerine karşı daha istekli bir tutum göstermelerine böylece projelerin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesine fayda sağlamaktadır.	KÖİ projesindeki teşvik uygulamaları, kamu hizmeti çıktıları ile doğru orantılı olmasına özen gösterilerek paranın karşılığını sağlayacak şekilde uygulanmalıdır. Ayrıca verimsiz kullanımla kamu kaynakları üzerinden haksız kazanç elde edildiği algısını oluşturacak şekilde gerçekleştirilmemelidir. Öte yandan teşvikler kamu hizmetinin sürekliliğine, kalitesine, performansına engel olacak şekilde yetersiz de olmamalıdır. Projede özel sektör ortağı seçilmeden önce inşaat ve işletme dönemlerinde verilecek teşvikler belirlenmiş, açık ve şeffaf bir yapıda olmalıdır. Son olarak teşviklerin KÖİ projelerinin başarısına olan katkısını ölçebilecek çalışmalar yapılmalıdır.
(Selen ve Karas, 2015)	Sağlık sektörü çalışanlarının ve sağlık hizmeti yararlanıcılarının KÖİ uygulamaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve beklenen faydayı sağlayıp sağlamayacakları konusunda kararsız oldukları görülmüştür. Katılımcıların KÖİ uygulamalarının sağladığı faydaların ölçülmesine yönelik ifadelerle verdikleri cevaplar incelendiğinde, özel sektör çalışanları, KÖİ uygulamalarının devletin denetleyici ve düzenleyici rolünü artıracığını ve özel sektör iş deneyimi kullanılarak kaynak kullanım verimliliğinin artırılacağını belirtmektedir. Ancak kamu sektörü çalışanları, PPP uygulamaları sonucunda beklenen bu faydaların sağlanamayacağı yönünde bir tavır sergilemektedir.	
(Şenel Tekin ve Çelik, 2012)	Analiz sonuçlarından hareketle, politikanın desteklediği ve uygulanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. En önemli bulgulardan biri, politikanın uygulamalarında YKD ve YİD modellerindeki finansal hesaplamaların doğru bir şekilde yapılabilmesi gibi birtakım sorunların ortaya çıkabilecek olmasıdır. Literatürde de KÖO ile ilgili en sık incelenen konunun risk olmasından dolayı risklerin dağılımının ve hesaplanmasının, KÖO politikasının en önemli konusu olduğunu söylemek mümkündür.	Çalışmaların birincil amacı kamu mal ve hizmetlerinde kalite ve verimliliği artırmak ve yasal bir şekilde gerçekleştirmek olmalıdır. KÖO projelerinin nasıl gerçekleştirilebileceği sorusunun pazar koşullarına ve projeye göre değişiklik gösterebileceğinden tek bir yanıt bulunmamaktadır.
(Çalışkan ve Çınar, 2018)	Yapılan düzenlemeler sonucunda devletin sağlık hizmeti sunumunda rekabetçi ve regülasyonu önceliklendiren yapılamalara yöneldiği ve özel sektörü sağlık hizmeti sunmak için daha fazla teşvik edecek düzenlemeler gerçekleştirdiği tespit edilmiştir.	Artmakta olan ve uygulama alanının daha fazla genişleyeceği öngörülen KÖO için hukuki bir zemin oluşturulması elzemdir. Koruyucu sağlık hizmetleri hariç olmak koşuluyla, kamusal tartışmalı olan ve politik sebeplerle kamu tarafından sunulan ancak yapısal olarak bölünebilir maliyete sahip olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından da sunulmasının günümüzde mümkün hale gelmesiyle kamu kesiminde süreçle uyumlu reformların yerinde olduğu sonucuna varılabilir.
(Kayral, 2019)	İlgili alanda yapılan çalışmalarda farklı bulgulara ulaşılsa da kırık pencereler teorisi, kamusal düzende ortaya çıkan düzensizliklerin düzeltilmediği durumlarda çoğalarak artacağını ifade etmektedir. Sosyal ortamlardaki düzensizliklerin giderilmediği takdirde, sosyal yapı tarafından kuralların sahiplenilmediği, bu nedenle de suç eğilimli ya da düzensizlikten istifade edecek kişiler için uygun bir ortamın oluştuğu algısı ortaya çıkmaktadır.	Şehir hastaneleri, hastaların ulusal ve uluslararası düzeyde tedavi görebileceği üst düzey merkezler olarak planlanmaktadır. Ancak beklentilerin etkin bir şekilde karşılanması sadece fiziksel değil, örgütsel düzenlemelerin de tasarlanması ve uygulanması ile mümkün olacaktır.
(Sungur, 2018)	KÖİ projelerinde kamu sektörü için beklenen avantajların sağlanmasının bazı koşullar vardır. Bunlardan ilki, en uygun şartlar altında maliyet-fayda analizi yapılarak en uygun altyapı temin yöntemi ya da KÖİ türünün belirlenmesidir. İkincisi, KÖİ projelerinde özel sektöre yüklenebilecek risklerin ortaya konulmasıdır. Üçüncüsü, tarafların görev ve sorumluluklarının açık şekilde belirtilmesi, kaydedilmesi ve tanımlanmasıdır. Dördüncüsü, KÖİ projelerine talip olan yüklenicilerin finansman kapasiteleri ve daha önceki proje deneyimleri detaylı bir şekilde değerlendirilmesidir. Son olarak, altyapı ihale şartlarını sağlayan çok sayıda yüklenicinin katılması sağlanarak rekabetin ve kalitenin artırılmasıdır.	KÖİ risk yönetimi konusunda sözleşme tasarımı ve yönetimi alanlarında profesyonel kişiler tarafından somut ve sayısallaştırılabilen verilere dayalı olarak sözleşme aşamasında risklerin düzenli olarak analiz edilmesi, risklere ilişkin proaktif önlemler alınması, risk faktörlerinin düzenli olarak izlenmesi ve kontrolü ile sonuçların değerlendirilmesi faydalı olabilecektir.

Makale Bilgileri	Bulgular	Öneriler
(Emek, 2017)	Sağlık sektöründe KÖİ projelerinin olması gereken etkililik ve etkinlik düzeyine ulaşamadıkları sonucuna varılmaktadır.	KÖİ sözleşmelerinde devlet ve kamu kurumları bazında önceliklerin belirlenmesine ve sıralanmasına katkı sağlayacak bir strateji belgesi ile tüm kamu kurumlarının faaliyetleri koordine edilmelidir. Böylece, finansal piyasalarda kamu kurumları kredi talebini büyütecek ve tek seferde yüksek miktarlarda Euro tutarında KÖİ sözleşmesi imzalamayacaktır.
(Özer, 2016)	Son zamanlarda yeni kamu hizmeti anlayışı ile kamuda bir hizmet sunum modeli olarak KÖÖ uygulanmaya başlanmıştır. Çalışmada ülkemizde sağlık sektöründe bu alanda kat edilen gelişmeler değerlendirilmiştir.	Yasal altyapıdaki boşlukların tamamlanması, Sağlık Bakanlığı'nın sistemdeki rolünün netleştirilerek süreci takip edebilecek yetkin çalışan sayısının artırılması, sözleşmelerin bitiminde ortaya çıkabilecek belirsizliklerin netleştirilmesi ve kamuoyu farkındalığını artırmaya yönelik çalışmaların yaygınlaştırılması gerekmektedir.
(Yeşiltaş, 2020)	KÖÖ ve şehir hastaneleri ile ilgili literatürde yer alan finansal, hukuki ve ekonomik eleştirilerin yanı sıra riskler ve eşitsizlikler açısından yapılan eleştiriler de incelenmiştir. Kamu özel ortaklığına yöneltilen eleştiriler; finansal kurumların bu iş birliklerine fon sağlamadaki isteksizlikleri, devletin maddi kayıp yaşayacağı düşüncesi, sözleşmelerin uzun vadeli oluşu, yapılan tesislerdeki fiziki problemler, ulaşımdaya yaşanan problemler ve bölgesel dağılımdaki eşitsizlikler, denetimle ilgili belirsizlikler şeklindedir.	Devletin bu projeleri yakinen denetleyeceği, elde edeceği maddi ve manevi kazanç ya da kayıpların kamuoyu ile paylaşılacağı bilgisi de bu endişeleri azaltacaktır. Şehir hastanelerinin tasarımı aşamasında sağlık çalışanlarının fikirlerinin alınması, dünyadaki ve Türkiye'deki tasarımların kullanım koşullarının değerlendirilmesi, yeni planlanan şehir hastanelerinin daha fonksiyonel inşa edilmesini sağlayacaktır. Yeniliklere ve değişime karşı ortaya çıkan direncin azaltılması için öncelikle toplumun kamu özel ortaklığı konusunda şeffaf biçimde bilgilendirilmesi etkili olacaktır.
(Kerman vd., 2012)	Çalışmada kamu özel ortaklığı kavramı ve Türkiye'de sağlık sektöründeki durumu ve uygulamaları incelenmiştir.	KÖÖ'nun amaçlarına tam olarak ulaşabilmesi için yasal altyapının sağlanması, Sağlık Bakanlığı'nın sistemdeki rolünün netleştirilmesi, istihdam eksikliklerinin giderilmesi, sözleşmelerin bitiminde ortaya çıkabilecek belirsizliklerin netleştirilmesi ve kamuoyunun bilinçlendirilmesi için gerekli çalışmalar yürütülmelidir.
(Erbir, 2020)	Katılımcıların kurumsal sosyal sorumluluk algılarının daha çok yasal ve ahlaki sorumluluk boyutlarının önde olduğunu fakat ekonomik sorumluluk açısından bu algıların daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Genel olarak bakıldığında, kurumda 1 yıldan daha az süre çalışan bireylerin kurumda daha uzun süre çalışanlara göre, kurumun sosyal sorumluluklarını yerine getirmesi konusunda daha olumlu görüş beyan ettikleri görülmüştür.	Özellikle tıp bilgisi gerektirmeyen insan kaynakları yönetimi gibi bölümlerde, sağlık yönetimi veya benzeri bölüm mezunlarının istihdam edilmesi, kurumsal sosyal sorumluluk düzeyini daha da artıracaktır.
(Ünal ve Ünal Köse, 2017)	Sağlık yöneticileri, uygulama hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Ulaşılan bilgi düzeyinde Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarının etkili olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların algılarının genel olarak olumlu yönde olsa da tesislerin çalışmaya yeni başlayacak olmalarından dolayı değerlendirilmeleri için elde yeterli veri bulunmadığı için kuşkuvarlığının olduğu sonucuna ulaşılmıştır.	Sağlık yönetimi alanının istihdam planlamasında şehir hastaneleri fırsata dönüştürülecek kurumlar olarak düşünülebilir. Kamunun bu alanda özel sektörü destekleyecek çeşitli teşvik uygulamalarıyla kalıcı istihdama yönelik çözümler üretmesi beklenmektedir.
(Ayhan ve Önder, 2018)	Yapılan görüşmelerden hareketle, şehir hastanelerinin sağlık hizmeti kalitesini artıracağına beklendiği ve vatandaşın koruyucu politikaların göz ardı edilmediği sonucuna ulaşılabilir. Diğer yandan finansmanda kamu kaynaklarının beklenen düzeyden daha fazla kullanılması ileride ulusal bütçe açısından zararlı olabilir dolayısıyla bu durumun halkı olumsuz yönde etkileyebileceği söylenebilir.	Projelerin başarılı olması için doğru bir analiz yapılmalıdır. Her yatırımda KÖÖ modeli uygulanmalıdır. Proje maliyetleri, faydasını aşmamalıdır. Kamu ve özel sektörün riskleri ortak bir şekilde paylaşması gerekmektedir.
(Alıcı, 2020)	Altyapı yatırımlarından olan ulaştırma projeleri ve enerji projeleri başta olmak üzere birçok projede yaygın olarak YİD yöntemi kullanılmaktadır. Fakat sağlıkla ilgili hastane projelerinde YKD yöntemi sıklıkla kullanılmaktadır. Yapılan birçok çalışmada YKD ile yapılan projelerin geleneksel yöntemle yapılan yatırımlardan daha verimli olduğu açıklanmaktadır.	Avrupa ülkelerinde olan, ilgili yerel ve uluslararası mevzuatı takip edecek ve bu noktada projelere know-how hizmeti sağlayabilecek "PPP Center" benzeri bir kuruluşun devletin bünyesinde kurulması gerekmektedir. Şehir hastanelerinde bu büyük yatırımın etkin kullanımı için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış "Sağlıkta Kalite Standartları" da kullanılarak etkin bir yönetim sağlanabilir.
(Acartürk ve Keskin, 2012)	KÖÖ'ya kamu kaynaklarında israfa yol açacağı, devletin kamu hizmeti sunumundaki kapasitesinin azalacağı, halk tarafından devlete duyulan güvenin sarsılacağı, sağlık çalışanlarının iş güvencelerinin tehlikeye gireceği ve bu modelin özelleştirmenin bir başka çeşidi olduğu gibi eleştiriler yöneltilmektedir. Fakat eleştirilerin, sektöre uygulamalarına dair bilgi yetersizliğinden, ideolojik tutum ve önyargılardan kaynaklandığı gözlemlenmiştir.	Kamuoyu ve sağlık çalışanlarının süreç hakkında bilgilendirilmesi, sisteme dair tedirginlikleri azaltacaktır. Topluma verilecek sağlık hizmeti kalitesinin iyi yönde olabilmesi için detaylı sözleşmeler gereklidir. Herhangi bir konudaki oluşabilecek suistimallerin önüne geçmek için sıkı bir denetim uygulanmalıdır.

5. SONUÇ

Kamu özel ortaklığı, 2000’li yıllardan sonra Türkiye’de özellikle sağlık sektörü başta olmak üzere belli hizmet alanlarında önemli projelerin esas yöntemini teşkil etmiştir. Bu gerçekten hareketle tasarlanan ve gerçekleştirilen bu çalışma kapsamında incelenen yayınlar, bu konunun özellikle son yıllarda çok daha fazla çalışılmaya başlandığını göstermektedir.

Çalışmada Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamaları ile ilgili 2010-2020 yılları arasında literatürde yer alan 20 yüksek lisans tezi ve 25 makale, bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmiştir. YÖKTEZ bulgularından yola çıkılarak en fazla yüksek lisans tezi çalışmasının 2019 yılında yapılmış olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan yüksek lisans tezlerinde en az kullanılan araştırma yöntemi nitel yöntem iken en fazla kullanılan yöntemler nicel ve derleme çalışmaları olmuştur. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli hakkında en fazla tez çalışması yapan üniversite bölümleri, 9 yüksek lisans tezi ile sağlık yönetimi ve 6 yüksek lisans tezi ile maliye bölümü olurken en az tez kamu yönetimi, çalışma iktisadı ve sosyal politika bölümlerinden çalışılmıştır. YÖKTEZ veri tabanında yer alan çalışma künyelerindeki konularına göre dağılıma bakıldığında sağlık alanındaki kamu özel ortaklığı modelinin en fazla sağlık yönetimi konusunda çalışma yayınlandığı görülmektedir.

Dergipark bulgularından yola çıkılarak 2010 ile 2020 yılları arasında son üç yılda yayımlanan makale sayısına, ilk yedi yılda ulaşılamadığı tespit edilmiştir. Bu rakamlardan hareketle araştırmacıların, son üç yılda sağlık sektöründeki KÖO uygulamaları ile ilgili araştırmalara bir yönelimleri olduğu çıkarımında bulunulabilir. Yazar sayılarına göre çalışmacıların çoğunlukla tek ya da iki yazar ile makale yayınlamayı tercih ettikleri görülmektedir. Makale yazarlarının unvan dağılımına göre en fazla yayın üreten grup doktor öğretim üyeleri ve doçentlerden oluşurken en az yayın üreten grup da doktora eğitimini tamamlamış ve herhangi bir akademik kadroda bulunmayan yazarlardan oluşmaktadır. Yazarların buldukları üniversite sıralamasında ilk sırayı 8 yazar ile Süleyman Demirel Üniversitesi alırken, şehir sıralamasında 13 yazar ile Ankara’nın ilk sırada olduğu görülmektedir. Bu sıralamadaki değişkenliğin sebebi, Ankara’daki üniversite sayısına bağlı olarak yazarların bir dağılım halinde bulunması şeklinde yorumlanmıştır. Makale yazarlarının üniversite bölümlerine göre dağılımları incelendiğinde YÖKTEZ veri tabanından elde edilen sonuçlara benzer bir şekilde 14 yazar ile sağlık yönetimi bölümü ilk sırada yer almaktadır. İlk üç sıralamasında sağlık yönetimini 5 yazar ile kamu yönetimi, 3 yazar ile maliye bölümü takip etmektedir. Makalelerde en sık kullanılan anahtar kelimeler incelendiğinde “kamu özel ortaklığı” ve “kamu özel iş birliği” birbirine çok yakın olmakla birlikte en fazla tercih edilen kullanımın “kamu özel ortaklığı” şeklinde gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Makalelerde %88 oranında Türkçe yazım dili tercih edilmiştir. Ayrıca makalelerin %52’si literatür derlemesi şeklinde tasarlanmışken geri kalan araştırma makalelerinin %66,7’sinde nicel, %25’inde nitel, %8,3’ünde de karma yöntem tercih edilmiştir. Makalelerin yayınlandıkları dergilerde belirgin bir yığılma görülmemiştir. En fazla iki makale ile Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Sosyal Güvenlik Dergisi ve Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi ilk sırada yer almaktadır.

Alan ile ilgili yapılan çalışmaların karar vericilere yol gösterebilmesi için nicelik ve nitelik bakımından geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Türkiye’de sağlık sektöründe uygulamaya giren kamu özel ortaklığı projelerindeki mevcut durumun analizinin her yönüyle doğru bir şekilde yapılabilmesi için bu yöndeki bilimsel çalışmaların sayılarının artırılması, saha çalışmalarının yoğunlaştırılması ve karar vericilere ışık tutabilecek çalışmaların ortaya çıkması noktasında güçlü bir iletişim ağının oluşturulması önerilmektedir. Kamunun finansal güce ihtiyacı olduğu kadar, doğru kararların alınabilmesi için de birtakım bilimsel çalışmalara ihtiyacı vardır. Çalışma sayılarının artırılabilmesi için araştırmacıların çalışma sahalarına girebilmeleri, çalışmalar için gereken verilere ulaşabilmeleri ve gerçek rakamlara dayalı araştırmalar yapabilmeleri gerekmektedir. Bu konudaki kapasitenin güçlendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonuçları doğrultusunda sağlık sektöründeki KÖO uygulamalarına sağlık yönetimi uzmanlarının diğerlerine kıyasla daha ilgili olduğunu ifade etmek mümkündür. Bu noktadan yola çıkarak KÖO modeli doğrultusundaki projelerin süreç yönetiminde bu alandaki mezunların istihdam edilmesi ve bu yöndeki kapasitenin güçlendirilmesi önerilmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar, makalenin literatür taraması, veri toplanması, analizi ve raporlanması aşamalarından; ikinci yazar ise çalışma tasarımının, çalışma yönteminin belirlenmesi ve kontrolünden sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %70 oranında, ikinci yazar %30 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25–51.
- Alıcı, A. (2020). Türkiye’de şehir hastaneleri proje finansman yapısı. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 133–150.
- Altın, A. (2013). Kamu hizmeti anlayışında değişim. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 101-118.
- Ayhan, E. ve Önder, E. (2018). Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 109-121.
- Balcı, A. ve Kırılmaz, H. (2007). Yeni kamu yönetimi anlayışının türk sağlık sektörüne yansımaları. C. C. Aktan ve U.Saran (Der.), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* içinde (s. 134-165). Aura Kitapları.
- Bayansar, R. (2020). *Türk kamu yönetiminde neoliberal politikaların etkisi: Kamu özel ortaklığı*. Gazi Kitabevi.
- Benli, F., Topuz, G. ve Ceviz, E. (2014). Kamu özel ortaklığı ile yapılan entegre sağlık kampüsü projelerinin mali analizi ve riske maruz değer (VAR) metodolojisi altında kur riski ölçümlemesi. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(28), 209–226.
- Çalışkan, A. ve Çınar, F. (2018). Kamu hizmetlerinin sunumunda kamu özel ortaklığının Türkiye’de sağlık sektörü öncülüğünde uygulanabilirliği üzerine bir değerlendirme. *Journal of Current Researches on Social Sciences*, 8(2), 99-112. <https://doi.org/10.26579/jocress-8.2.8>
- Çekirge, H. L. (2006). *Dünyada ve Türkiye’de kamu özel ortaklığı uygulamaları ve örnek bir projede modelin finansal ve genel avantajlarının incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Teknik Üniversitesi.
- Demir Askeroğlu, E. (2018). Uluslararası Tojdac Dergisinin bibliyometrik analizi. *The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication - TOJDAC*, 8(2), 190–202.
- Dergipark. (2020). *Dergipark hakkında*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/page/about> adresinden 25 Ocak 2022 tarihinde alınmıştır.
- Emek, U. (2017). Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği sözleşmeleri: Beklenti ve gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.
- Erbir, M. (2020). Sağlık sektörü çalışanlarının kurumsal sosyal sorumluluk algıları, kamu-özel ortaklığı örneği. *Kayseri Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-14.
- Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem, R. (2018). Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- Grimsey, D. ve Lewis, M. K. (2004). The Nature of partnerships. *Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance* içinde (s. 1-19). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781845423438>
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. (2020). *Yapımı devam eden şehir hastanelerimiz*. <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-43920/yapimi-devam-eden-sehir-hastanelerimiz.html> adresinden 25 Ocak 2022 tarihinde alınmıştır.
- Kayral, İ. H. (2019). Kırık pencereler teorisi, şehir hastaneleri yönetim modelinde hasta güvenliği için kullanılabilir mi? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 677-694.
- 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), 1–23.
- Kılıçarslan, Z. ve Altuğ, E. (2016). Bibliyografya. *Türk Kütüphaneciliği*, 30(2), 338-339.

- Kömürlü, R. ve Akyel, İ. (2018). Kamu özel ortaklığı: Türkiye ve diğer ülkelerde tarihi ve uygulamalarının karşılaştırılması. *SETSCI Conference Indexing System*, 3(2018), 976–979.
- Kulaksız, S. ve Küçükkocaoğlu, G. (2019). Kamu hizmet tedarik yönteminin seçilmesinde yatırımın değeri analizi: bir hastane projesi üzerinde uygulanması. *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 21(1), 197-227. <https://doi.org/10.31460/mbdd.428543>
- Kwak, Y. H., Chih, Y. ve Ibbs, C. W. (2009). Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development. *California Management Review*, 51(2), 51-78.
- Lawani, S. M. (1981). Bibliometrics: Its theoretical foundations, methods and applications. *Libri*, 31(4), 294–315. <https://doi.org/10.1515/libr.1981.31.1.294>
- Merigó, J. M. ve Yang, J. B. (2017). Accounting research: A bibliometric analysis. *Australian Accounting Review*, 27(1), 71-100. <https://doi.org/10.1111/auar.12109>
- Öge, H. ve Baş, T. (2016). Public–private partnership healthcare projects in Turkey. *İşletme Bilimi Dergisi*, 4(2), 105-119.
- Osborne, S. P. (2005). *Public-private partnerships theory and practice in international perspective*. Taylor & Francis Group.
- Ökmen, M. (2015). Uyum sürecinin idari politiği Avruğa Birliğı ve Türkiye perspektifinde küreselleşme-yerelleşme dinamikleri. M. Ökmen (Ed.), *Yerel Yönetimlerde güncel gelişmeler: Kuramdan uygulamaya içinde* (s. 115-162). Ekin Yayınevi.
- Ökmen, M. ve Parlak, B. (2015). Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı, Yönetişim ve Türk Kamu Yönetimi. *Yerel Yönetimlerde Yeni Vizyonlar içinde* (20-43), Bursa: Ekin Yayınevi.
- Özer, M. A. (2016). Sağlık sektöründe yeni bir hizmet sunum modeli: Kamu özel ortaklığı. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 9–38.
- Özzybek Taş, M., Tengilimoğlu, D. ve Atilla, E. A. (2019). A Research for determining the opinions on city hospitals example of Ankara, the capital city. *International Journal of Health Management and Tourism*, 4(2), 140-159. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.614614>
- Selen, U. ve Karaş, G. (2015). Approach to public private partnerships applications in the provision of health care services: Survey of Uşak city. *Journal of Life Economics*, 2(3), 25-46. <https://doi.org/10.15637/jlecon.78>
- Şenel Tekin, P. (2017). Küresel kamu özel ortaklığı uygulamaları ve Türkiye sağlık sektörü açısından bir değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 5-20. https://doi.org/10.1501/ashd_0000000126
- Şenel Tekin, P. ve Çelik, Y. (2012). Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 81-98. https://doi.org/10.1501/asbd_0000000031
- Sonğur, C. ve Top, M. (2018). Türkiye’ de sağlık sektöründe kamu-özel işbirliğı modeli: Paydaş görüşlerine dayalı bir alan araştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(1), 159-186.
- Sungur, C. (2018). Sağlık sektörü kamu özel işbirliğı projelerinde riskler ve risk yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 693-716.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (2006). *Sağlık hizmetleri temel kanunu*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> adresinden 22 Aralık 2020 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *Kamu Özel İşbirliğı Raporu 2018*. Ankara.
- Uğurluoğlu, D., Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2019). Şehir hastanesinde çalışan memnuniyeti araştırması. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 4(9), 101-118.

- UN/ECE BOT Expert Advisory Group. (2000). *Draft Guidelines on private public partnerships for infrastructure development*. (ECE/TRADE/NONE/2000/8). Geneva, Switzerland: United Nations Economic Commission for Europe.
- Ünal, A. ve Ünal Köse, A. (2017). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığına yönelik sağlık yöneticilerinin görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 51-56. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1490700122>
- Uysal, Y. (2017). Yerel yönetimlerde kamu özel işbirliği (KÖİ) uygulamalarının iki yönü: Avantajlar ve dezavantajlar. *Kent Akademisi Kent Kültürü ve Yönetimi Hakemli Elektronik Dergi*, 10(2), 4-15.
- Uysal, Y. (2019). Kamu-özel işbirliği (yap-kirala- devret) modeli ve şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm üzerine etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(3), 877-898.
- Uysal, Y. (2020a). İngiltere kamu-özel işbirliği modelinin Türkiye'deki şehir hastaneleri uygulamaları üzerine etkileri: Politika transferi bağlamında bir analiz. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(3), 935-960. doi:10.16953/deusosbil.509594
- Uysal, Y. (2020b). Kamu-Özel İşbirliği Modelinde Özel Sektör Teşvik Faktörleri: Şehir Hastaneleri Örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(1), 386-401. <https://doi.org/10.33206/mjss.501273>
- Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü. (2012). *Dünya'da ve Türkiye'de kamu-özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler*. T. C. Kalkınma Bakanlığı.
- Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı: Şehir hastaneleri üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 15-28.
- Yılmaz, O. (2001). *Kamu yönetimi reformu: Genel eğilimler ve ülke deneyimleri*. Devlet Planlama Teşkilatı.