



**SSAD**

Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi

ISSN 2587-2621

Volume 6 Issue 2, July 2022

[sisaddergi@gmail.com](mailto:sisaddergi@gmail.com)

Makale Türü/Article Type: Derleme/Review

Makale Gönderim Tarihi/Received Date: 26.03.2022

Makale Kabul Tarihi/Accepted Date: 13.05.2022

DOI: 10.30692/sisad.1093922

**KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİNDEKİ ŞEHİR HASTANELERİNİN PANDEMİ  
SÜRECİNDE DEĞİŞEN YÜZÜ: YENİ SAĞLIK DÜZENİ VE BİRLİKTE  
ÇALIŞABİLİRLİK ANLAYIŞI**

*The Changing Face of City Hospitals in Public-Private Partnership in the Pandemic Process:  
New Health Order and Interoperability Approach*

**Altuğ ÇAĞATAY**

*Dr. Öğr. Üyesi*

*Tokat GaziosmanpaŐa Üniversitesi*

*Almus Meslek Yüksekokulu, Büro Hizmetleri ve Sekreterlik Bölümü*

*ORCID ID: 0000-0001-7067-5570*

[altug.cagatay@gop.edu.tr](mailto:altug.cagatay@gop.edu.tr)

**Nur Banu ÇAĞATAY**

*Uzman*

*Hitit Üniversitesi*

*Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi*

*ORCID ID: 0000-0002-1272-9363*

[nurbanucagatay@gmail.com](mailto:nurbanucagatay@gmail.com)

**Atıf/Citation:** Altuğ Çağatay & Nur Banu Çağatay (2022), "Kamu-Özel İŞbirliğindeki Şehir Hastanelerinin Pandemi Sürecindeki Değişen Yüzü: Yeni Sağlık Düzeni ve Birlikte Çalışabilirlik Anlayışı", *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C.6, S.2 Temmuz 2022 s.381-400.

**Öz:** Kamu-Özel işbirliği (KÖİ), sağlık sektörü başta olmak üzere, kamunun üstlendiği birçok görevde başvuru bir modeldir. Bu modelin en çok fayda ve zarar etkisi sağlık sektörü üzerinden tanımlanmaktadır. Özellikle de, toplumu kitlesel olarak etkileyen salgın hastalıkların yaşandığı dönemlerde sağlık sektörü üzerinden yapılan işlevsellik tartışmaları önem kazanmaya başlar. Covid-19 pandemi süreci ile de yine sağlık sektörü, özelde de Şehir hastaneleri mercek altına alınmış ve KÖİ modelinin artı ve eksileri yeniden gözden geçirilmiştir. Dünya genelinde sarsıcı etkiye neden olan pandemi sürecinde sağlık sektörü adeta bir Şok yaşamıştır. Süreç içerisinde ise birçok doktor ve sağlık personeli görevlerinden istifa etmiştir. Yaşanan bu kırımların sağlık sektöründe tamiri olmayan sorunlara neden olabileceği düşünölmektedir. Hem hizmeti sunanlar hem hizmeti alanlar, aksaklıklar karşısında kendisini mağdur ve çözümsüz hissetmektedir. Bu duruma karşılık önerilen ise sağlık sektörünün ve KÖİ modelinin revizyona giderek,

modelin aksayan yönlerini gidermek ve de kullanılabilir yönünü arttırmak adına şeffaflık ilkesi temelinde alanda uzman kişi ve departmanlarla birlikte çalışabilirlik ilkesinin benimsenmesidir. Bu çalışmada, *KÖİ* modeli, şehir hastaneleri ve pandemi sürecinde sağlık sektörü ve Türkiye’deki şehir hastanelerinin gücü incelenmiştir. Aynı zamanda, *KÖİ* modeli ile hizmete sunulan sağlık sektörünün, yeni sağlık düzeni anlayışı ile neden birlikte çalışabilirlik anlayışı benimsemesi gerektiğinin nedenleri ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kamu-Özel İşbirliği, şehir hastaneleri, pandemi, birlikte çalışabilirlik.

**Abstract:** Public-Private partnership (*PPP*) is a model used in many tasks undertaken by the public, especially in the health sector. Again, the most benefit and harm effect of this model is defined over the health sector. Especially in times of epidemics, which affect the society massively, functionality discussions over the health sector begin to gain importance. With the Covid-19 pandemic process, the health sector, and city hospitals in particular, were scrutinized and the returns and charges of the *PPP* model were reconsidered. The health sector has experienced a shock during the pandemic, which has had a shocking effect around the world. In the process, many doctors and health personnel resigned from their career. It is thought that these fractures can cause irreparable problems in the health sector. Both service providers and service recipients feel victimized and unresolved in the face of disruptions. In response to this situation, what is recommended is the adoption of the principle of interoperability with experts and departments in the field, on the basis of the principle of transparency, in order to revise the health sector and the *PPP* model, to eliminate the deficient aspects of the model and to increase its usability. In this study, the *PPP* model, city hospitals and the health sector in the pandemic process and the power of city hospitals in Turkey were examined. At the same time, it has been tried to reveal the reasons why the health sector, which is put into service with the *PPP* model, should adopt a new health order understanding and an understanding of interoperability.

**Keywords:** Public-Private Partnership, city hospitals, pandemic, interoperability.

## GİRİŞ

Hükümetler, kamu altyapısı ve hizmetlerinin geliştirilmesi, finansmanı ve uygulanmasında özel sektör katılımına giderek daha fazla yönelmektedir (Mahoney ve diğerleri, 2009; Anderson, 2012). Modelin taraflarından olan özel sektörün, artan tedarik çeşitliliğini ve rekabet edilebilirliği teşvik edebildiği ve özel sektörle kamu alanının “işbirliği” içerisinde olmasının daha kaliteli altyapı ve hizmetleri “optimum” maliyet ve risk tahsisi ile güvence altına alabileceği ileri sürülmektedir (Kwak, Chih, ve Ibbs, 2009).

Kamu-özel işbirliğinin içyapısına değinmeden önce kavramsal anlamına değinmek gerekir. Nispeten basit bir şekilde *KÖİ* şöyle tanımlanabilir: “*Özel bir taraf ile bir devlet kurumu arasında, özel tarafın önemli risk ve yönetim üstlendiği bir kamu varlığı veya hizmeti sağlamaya yönelik uzun vadeli bir sözleşme sorumluluğudur*” (World Bank Institute, 2021, s. 11). Genellikle uzun vadeli projelerde tercih edilen model, toplumun devamlılığı için önem arz eden sağlık hizmeti alanında da uygulanabilirlik kazanmıştır. Sağlık sektöründe *KÖİ* modelinin neden uygulanması gerektiği ve nasıl uygulanması gerektiği konuları birçok akademik çalışmada irdelenmiştir. Fakat benzer şekilde, toplumların hayatta kalma mücadelelerini kitlesel olarak verdikleri salgın dönemlerinde, sağlık sektörüne ve hem özeldede hem kamuda yer alan paydaşlarına yönelik eleştirel çalışmaların sayısının da bir o kadar çok olduğu gözlemlenebilir.

2019’da nükseden Covid-19 pandemisi ile birlikte sağlık sektörü zorlayıcı bir sürece tanıklık etmiştir. Birçok doktor ve sağlık çalışanı ise görevlerinden istifa etmek durumunda kalmıştır. Hükümet politikaları ise, sağlık sektörü ile özel sektörü tekrar bir araya getirmek için daha çok işbirliği içerisinde olmayı hedeflemektedir. Her zaman olduğu gibi değil ancak sağlık hizmeti sunumunu yeniden tasarlayan, bozuk yolları yeniden birleştiren ve tüketici merkezli bir sağlık sistemine doğru dev bir adım atan şekilde olacağı düşünülmektedir. Ama öncelikle kamunun finansal istikrar ve büyüme için pandemi sonrası sağlık sektörünün portföylerini yeniden şekillendirmek ve daha çevik, modern bir tedarik zinciri yaratmak için eyleme geçmesi gerekmektedir. Şu an ki süreçte, dünya genelinde yapılması planlanan projeler bu yöndedir.

Gerçekleştirilmesi beklenen bu güçlendirilmiş işbirliği projelerine; toplum hekimleri, sağlık sistemi yöneticileri, sigortacılar, toplum örgütleri, hükümet yetkilileri, araştırmacılar, halk sağlığı

kurumları, sivil toplum, sosyal bilimciler ve proje kapsamında alanında uzman olan kişilerin dahil edilmesi beklenmektedir. Çünkü farklı alanlarda yer alan fakat projenin bütününde anlam kazanan bu birimler KÖİ modelinin aksayan yönlerini azaltmaya yardımcı olabilecektir. Özellikle de pandemi süreciyle yaşanan kriz dönemi, bir arada çalışabilirliğin önemini altını tekrar çizmiştir.

Kriz süreci, özellikle şehir hastaneleri üzerinden deneyimlenmiştir. Şehir hastanelerinin süreci yönetmedeki gücü ve güçsüzlüğü ise her iki taraftan da tartışmaya açıktır. Ancak kamu-özel işbirliğindeki sağlık sektörünün gelecekteki şokları absorbe etmek için esnek altyapılara ve tedarik zincirlerine her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyacağı yönünde fikir birliği sağlamanın daha kolay olacağı düşünülmektedir. En azında bu uzlaşa, KÖİ modeli sağlık sektörünün uygulanması gerektiğini savunanları da modelin eksik yönlerinin geliştirilmesi gerektiğini düşünenleri de tatmin edebilecektir. Sağlık sektöründe KÖİ modeli ile ilgili farklı yıllarda yapılan örnek çalışmalar görülmektedir (Keskin ve Acartürk, 2012; Emek, 2017; Parlak vd., 2020; Bayansar, 2020; Uzun, 2022).

Bu çalışmanın da amacı KÖİ modeli sağlık sektörünün motivasyon ve zorluklarının tekrar gözden geçirilmesi ve pandemi süreci ile değişen sağlık sektörü algısının Türkiye’de de ivme kazanabilmesi için birlikte çalışabilirlik anlayışının hem revize edilmesinin hem çeşitlendirilmesinin önemini vurgulamaktır. Ayrıca bu çalışmada Türk pozitif hukukunda da benimsenen “6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çerçevesinde ki KÖİ kavramı kullanılacaktır.

### **1. Kamu-Özel İşbirliği (Public Private Partnership-PPP) Modelinin Tanımı**

Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) modeli literatürde birden fazla şekilde tanımlanmaktadır. Bu yüzden KÖİ modelini net sınırlandırmalar içerisinde tanımlamak güçtür (Keşli, 2012, s. 41). Gerek uluslararası düzeyde gerek ulusal düzeyde modelin farklı özelliklerini belirgin hale getirmek amacıyla, modelin içeriğindeki farklı temalar merkeze alınarak tanımlanmaktadır. Bu temalar; risk paylaşımı, sözleşme usulü, kamu hizmetinin şekli, finansman özellikleri gibi konuları içermektedir. Bu konular ise KÖİ projelerinin temel bileşenleridir (Beev ve Peshev, 2016, s. 318).

Avrupa Birliği düzeyinde de KÖİ modelin tanımlaması “şemsiye kavram” niteliğindedir. Tanımından ziyade, altyapı yatırımları ve hizmetlerin sunulması konusunda kamu ve özel sektör arasında gerçekleştirilen çeşitli sözleşme türlerini içine alan bir çerçeve çizilmiştir (Thomet, 2016, s. 5). Buradan hareketle KÖİ modelinin yeni bir kavram olarak değil, bir üst kavram olarak, kamu hizmetlerinin devlet eliyle klasik yöntemlerle temini ve tüm hizmet teminin özel sektör aracılığı ile yapılması arasındaki yelpaze içerisinde yer alan kamu ve özel sektörün ortaklaşa katılımı şeklinde ifade edilebilmektedir. Başka bir deyişle “işbirliği ekonomisi”nin oluşumudur. (Hodge ve Greve, 2017, s. 18). Dünya Bankası ise tanımlamayı şu şekilde yapmaktadır: Risk ve yönetim sorumluluğunu almış özel sektörün, kamu mal ve hizmetlerinin temin edilmesi amacıyla, tarafların uzun süresi sözleşmelerle yükümlülüklerini üstlendiği işbirliklerini ifade eden modeldir (World Bank, 2021).

Modele ilişkin ülkemiz literatüründeki tanımlamaya ise Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 2007 yılında başlatmış olduğu Kamu Özel İşbirliği çerçeve kanununda yer verilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2016, s. 26). Tanıma göre KÖİ model, bir sözleşmeye bağlı olarak, yatırım ve hizmetlerin projeye ilişkin maliyet, risk ve getirilerinin kamu ve özel sektör arasında paylaşılmasını öngören anlaşmalardır. Fakat bununla birlikte kamu özel işbirliğini kapsayacak genel nitelikte bir kanun düzenlenmemiş, 2013 yılında 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile sağlık kamu hizmetinde kullanılabilecek bir KÖİ kanunu çıkarılmıştır (Emek, 2010, s. 20).

Anayasa Mahkemesi de kamu hizmetini devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinlikler olarak tanımlamıştır (Anayasa Mahkemesi, 1994, s. 3). Kamu hizmetleri; tam kamusal hizmetler, yarı hizmetler, özel hizmetler ile erdemli hizmetler şeklinde sınıflandırılmıştır (Bilici ve Bilici, 2012, s. 28). Günümüzde sağlık hizmetleri de piyasada üretilebilen bir niteliktedir. Gelişmiş ülkelerde işletmeciliğin devlet kontrolünde özel sektöre devri olarak uygulanan Kamu Özel İşbirliği modeli özellikle sağlık sektöründe daha çok uygulanmaktadır. 1990’lardan itibaren İngiltere, İrlanda, Kanada, İtalya, İspanya, Portekiz, G. Afrika ve Hollanda gibi ülkelerde denenmiş ve kullanıcının yüksek kaliteyi mümkün olan en düşük maliyetle satın almasını sağlamıştır. Bu alanda ilk yasal düzenleme 1997 yılında İngiltere’de yürürlüğe girmiştir (Çınar, Türkoğlu, ve Tütünsatar, 2017, s. 217).

Bu tanımlama zorluklarına karşın, kamu özel işbirliği için daha net tanımlamalar da yapmak mümkündür. Bir tanımlamaya göre kamu özel işbirliği; “*kamu ile özel sektör arasında bir malın veya hizmetin topluma sunulması için yapılan kurumsal ve sözleşmeye dayalı bir işbirliği*” dir (Joyner, 2007, s. 207).

İkinci bir tanımlamaya göre kamu özel işbirliği, kamu hizmeti olarak öngörülen ve devletten başka kimsenin yapamayacağı düşünülen, devletin bütünüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına üstlenmekten çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletlerin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu çözmek amacıyla geliştirilen bir modeldir (Eker, 2007, s. 61).

Başka bir tanıma göre ise kamu özel ortaklığı, “*geleneksel olarak hükümet tarafından yapılan alt ve üst yapı hizmetlerini (yol, hastane, cezaevi, okul vs.) özel sektörün işbirliği ile yapmasıdır*” şeklinde de tanımlanabilir (OECD, 2012).

Ayrıca

*“Kamu özel ortaklığı, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu sözleşmenin konusunu, kamu hizmeti verilecek tesisin (hastane, okul, hapishane, otoyol vb.) özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesi oluşturmaktadır”*

şeklinde de ifade edilmektedir (Erbaş, 2012, s. 8).

Yukarıda detaylı şekilde tanımlamalarına yer verilen model ile hayata geçirilen altyapı hizmetleri olarak otoyollar, köprüler, tüneller, havaalanları, limanlar, boru hatları, enerji santralleri, su ve atık su sistemleri; sosyal kalkınma projeleri olarak ise, hastaneler, eğitim kurumları, stadyumlar, hapishaneler ve kamu binaları uygulama alanlarına örnek olarak gösterilebilirler. KÖİ modeli projelerin başarılı bir şekilde uygulamaya geçmesi için tüm paydaşların uyum ve çerçevesi net belirlenmiş bir ilişki içinde olmaları gerekmektedir. Modelin üçüncü ve en önemli paydaşlarından biri de finansman sağlayıcılarıdır. Finansman sağlayan kurumlar, uygulamada modelin iki tarafını oluşturan kamu ve özel sektör arasındaki ilişkinin temel yapı taşlarından birisi olma özelliği taşırlar. Bu temel yapı açısından, KÖİ modelinde üçlü bir işbirliği yapısı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Proje sözleşmelerine imza atan taraflardan birisi olmamalarına rağmen, finansman sağlayıcıların kamu kesimi ve özel kesim ile yaptıkları üç taraflı “Finansman Sağlayıcılar Doğrudan Anlaşması” (Funders Direct Agreement) ve kamu kesimi ile yapılan ve sadece proje anlaşmasının feshi durumunda devreye giren borç üstlenimi anlaşmaları veya fesih durumunda tazminat (termination compensation) anlaşması ile KÖİ projelerinin içine bizzat dahil oldukları örnekler uygulamada görülmektedir (Green Paper, 2004, s. 3).

Son yıllarda ülkemizin, bölgenin sağlık merkezi konumuna yükselmesi kamu özel işbirliği modeli ile yapılan projeleri hem cazip hem de gerekli kılmıştır. 2000'li yıllardan sonra ülkemizde kamu yönetimi başta olmak üzere şeffaflık, hesap verebilirlik, mali saydamlık gibi konuların ön plana çıkmasıyla birlikte kamusal reformlar yaşanmaya başlamıştır. Örneğin, Sağlıkta Dönüşüm Programı kamu yönetiminde yeni yaklaşımların yönlendirdiği bir hükümet projesidir. Bu projelerin tasarlanmasında ve uygulanmasında ise hem zorluklar hem kazanımlar söz konusudur.

## 2. Kamu Özel İşbirliğinin Motivasyonları ve Zorlukları

Bu başlık altında da, kamu sektörü için temel fayda ve zorlukları tartışılacaktır. Karşılaştığı zorluklarla başa çıkılabilmesi için de bazı yaklaşımlar önerilecektir. Buradaki temel amaç KÖİ modelinin ne zaman kullanıp kullanılmayacağını veya KÖİ'lerin lehine ya da aleyhine olacak bir durumu ortaya koymak değildir. Ayrıca özel sektörün karşılaştığı zorlukların veya sorumluluklarının yorumunu yapma kaygısını da gütmemektedir. Çünkü PPP'ler üzerine önemli sayıda araştırma materyali mevcut olsa da bu materyallerinin niteliğinin değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Gerçekten de, şu ya da bu şekilde iddiaların aksine kesin sonuçlar çıkarmak için hala sağlam bir kanıt eksikliğinin olduğu görülmektedir. Pek çok çalışma belirli çıkarları yansıtmaktadır (ki bunlar KÖİ'lerin lehine veya aleyhine olabilir) ve yorumlamaların nesnellikleri sınırlı olabilmektedir. Sonuç olarak buradaki asıl amaç; kamu otoritelerinin KÖİ modelini uygulamada başlıca motivasyonlarını ve zorluklarını mevcut araştırma materyalleri ile belirlemeye yardımcı olmaktır.

### 2.1. Kamu Özel İşbirliğinin Motivasyonları

Dünyadaki ilk KÖİ uygulamaları 17. ve 18. yüzyıllarda, ağırlıklı olarak kanal ve köprü yapımında, imtiyaz sistemiyle gerçekleşmiş olup bazı altyapı hizmetleri Avrupa'da 19. yüzyılda özel sektör tarafından kurularak işletilmiş; özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası 20. yüzyılda bazı ülkelerde (Fransa, İtalya, Japonya ve ABD) özellikle karayolu ağlarının inşasında kamu özel işbirliği uygulamaları yaygınlaşmıştır (Sözer, 2013, s. 216).

Bu politika yapıcılar ve proje satın alma makamları, KÖİ modelinin uzun zamanlardan beridir uygulama gerekçelerine yönelik, bir dizi motivasyon referanslarına başvurmaktadır. Bu motivasyonlar KÖİ modelini uygulamak isteyen ülke ve/veya sektörler için faydalı olabilir.

Benzer şekilde, KÖİ modelinin zorluklarının belirlenmesi bu modeli uygulamak isteyenlerin potansiyel sınırlılıklarının neler olduğunu bilmelerine ve bunları ele alarak proje girişimlerinde bulunmalarına yardımcı olabilir. Özellikle kamu sektörü için bu temel zorlukları belirlemek önem arz etmektedir. Çünkü kamu özel işbirliğinin temel motivasyonlarından biri olan finansman desteği, yani kamunun maliyet yükünün azaltılması girişimi, reelde ki çalışmalar tam olarak bu faydayı sağlanamadığının altını çizmektedir. Bu çerçevede örnek olarak European PPP expertise Center (2015) tarafından yapılan çalışmaları istatistiksel olarak da gözlemlenebilir.

KÖİ modelini kullanmadaki en önemli sebeplerden biri olmasa da, ana motivasyonlarından biri paranın karşılığını (Value for Money) artırma potansiyelleridir. VfM'nin tanımı ve kapsamı değişse de, VfM'yi en geniş anlamıyla; maliyetlere göre faydaların sunumunu iyileştirebilecekleri KÖİ'leri geliştirmek şeklinde ifade edilebilir (OECD, 2008, s. 11).

Büyük projelerin temel risklerine rağmen, altyapı projelerinin hazırlanması, tasarlanması ve inşa edilmesinin yöntemlerinin iyileştirilmesi KÖİ'lerin kullanımı için güçlü motivasyon kaynaklarıdır. Başka bir deyişle, bir projenin anahtar teslimi ve performans risklerine karşı kamu sektöründen daha ucuza etkin bir şekilde sigorta sağlayabilir. Kamu sektörü ise daha sonra, sunulacak kamu hizmetinin tanımlanması ve izlenmesi gibi en iyi yaptığı şeye odaklanabilme imkânına sahip olur. Bu nedenle, belirli risklerin özel sektöre tahsis edilmesinin, altyapının ve ilgili kamu hizmetlerinin sunumunda genel verimliliği artırabileceği ileri sürülmektedir (EPEC, 2015, s. 7). Ayrıca, iyi yapılandırılmış KÖİ'lerin, varlığın ömrü boyunca maliyetleri optimize etmek için güçlü teşvikler yarattığı iddia edilmektedir. Yüklenicinin yalnızca varlığın inşasından

sorumlu olduğu ancak müteakip uzun vadeli yönetiminden sorumlu olmadığı, geleneksel olarak satın alınan projelerde bunu başarmak zor olabilir. Örneğin, geleneksel yollarla satın alınan projelerdeki teklif sahipleri, teknik çözümler ortaya koyabilir veya kısa vadede maliyetleri azaltabilir ancak uzun vadede proje varlıklarını sürdürme veya yenilemenin daha yüksek maliyetlerine yol açabilecek bir kalite inşa etmeye teşvik edilebilir (EPEC, 2018, s. 16).

Buna karşılık, KÖİ sözleşmelerinin uzun vadeli doğası, özel ortağı daha düşük masraflı uzun vadeli maliyetler için tasarlamaya ve inşa etmeye ve de projenin işletme aşamasında hizmet kesintilerini sınırlamaya teşvik eder. Bu, ilk yatırım maliyetlerinin daha yüksek olmasını gerektirebilir. Bu nedenle KÖİ ile KÖİ olmayan ilk yatırım maliyetlerinin basit bir karşılaştırmasından kaçınmak önemlidir. KÖİ sözleşmeleri ve ilgili teşvikler, özel ortağın iyi durumdaki proje varlıklarını sözleşmenin sonunda satın alma makamına geri vermesini sağlamaya yardımcı olacak şekilde yapılandırılabilir (World Bank, 2014, s. 16-17). Beklenen uzun vadeli maliyetler karşısında görünürlüğü artırmak hizmet sunumunun uzun vadeli maliyetlerini düşürmek için teşvikler yaratmanın yanı sıra, bir KÖİ'nin en başından, projenin tüm yaşam maliyetini taahhüt etme sorumluluğunu üstlenmesini gerektirir. Bazıları bu durumun, bir projeye devam edip etmeme kararının yatırımın gerçek uzun vadeli maliyetlerine dayanmasını sağlayarak ön yatırım kararının kalitesini artırabileceğini iddia etmektedir. Taahhüdün varlığı inşa etmekle sınırlı olduğu KÖİ olmayan ve daha uzun süreli bakım ve işletme maliyetli proje teslim biçimleri göz ardı edilebilmektedir. Bu maliyetler karşılanabilir olmayabilir veya uzun vadede iyi bir VfM'yi temsil etmeyebilir (Liebe ve Pollock, 2009, s. 8-9).

Finansman faktörü KÖİ modelini oluşturmada itici güçlerden biridir. Projeler için kamu finansmanının mevcudiyeti üzerindeki sınırlamalar, kamu sektörü borçlanma kısıtlamalarını yansıtabilir. Bir KÖİ, geçerli bütçe ve/veya istatistiksel sınıflandırma kurallarına bağlı olarak (genellikle proje risklerinin ve faydalarının kamu ve özel sektör arasındaki görece dağılımına ve/veya kurumun kontrol düzeyine dayalı olarak) kamu sektörü borçlanma düzeylerini artırabilir veya artırmayabilir. Artık pek çok politika yapıcı, bütçe veya istatistiksel kurallardan yararlanmanın yalnızca projenin karşılanabilirliği yanılması yaratabileceğini ve bunun da zayıf risk dağılımına ve zayıf VfM'ye yol açabileceğini deneyimlemektedir. Ayrıca, gelecekteki ödeme yükümlülükleri önceden düzgün bir şekilde tanınmazsa, beklenmeyen kısıtlamalar gelecekteki projeler için finansmanı ciddi şekilde sınırlayabilir (EPEC, 2015, s. 8).

Bir başka motivasyon kaynağı ise kamu sektörünün proje yönetim becerilerinde, özel sektör kadar enstrümanlara sahip olmadığı yönündedir. Proje süreci boyunca oluşabilecek risklerin yönetimi gecikmelere sebep olabilir. Ortak bir iddiaya göre, KÖİ'lerin sözleşme entegrasyonu ve proje yönetimi sorumluluklarının özel ortağa devredilmesini sağlayarak taraflar arasında daha net ve basitleştirilmiş yetki ve sorumluluk hatları oluşturulabilmektedir. Aynı şekilde, üçüncü şahıs sermaye yatırımcısı ve borç veren durum tespiti de proje yönetim yapısındaki boşlukların ele alınmasının sağlanmasına katkıda bulunulabileceği ileri sürülmektedir (Barney, 1991, s. 112).

Bunların yanı sıra KÖİ'ler, projeler için fon sağlamanın zamana yayılmasını sağlamanın yanı sıra, projelerin kredi verenler, öz sermaye yatırımcıları ve taşeronlar tarafından daha geniş bir ön incelemeye tabi tutulmasına yardımcı olabilir. Bu, satın alma makamının gerekçesiz veya yetersiz yapılandırılmış veya izlenen projeler üstlenmesi riskini sınırlar. Sermayeleri projenin performans riskine maruz kalacağından, finansman kaynakları genellikle proje üzerinde önemli miktarda durum tespiti yapacaktır (Hall, 1998, s. 132). Örneğin talep riskini üstlenmeleri gerekiyorsa, kendilerine güvence verilmesini isteyeceklerdir.

Bu motivasyonların ışığında; KÖİ'ler, hizmet sunumunda yenilik ve değişimin bir biçimi olsa da, bir kamu hizmeti sunmada alternatif ve potansiyel olarak rekabet edebilecekleri bir yolun sağlanmasıyla mevcut kamu sektörü uygulamalarını ve kültürünü daha geniş bir şekilde teşvik edebilir ve iyileştirebilir. Bu yaklaşıma bazen 'rekabet edilebilirlik' (competitiveness) adı verilir ve bir diğer taraftan da çok açık olamayacak potansiyel iyileştirmeleri belirlemek için kamu

otoritesine bir ayna tutuyor olarak görülebilir (EPEC, 2015, s. 26). Örneğin, bir KÖİ ödeme mekanizmasının ayrılmaz bir parçası olarak özel ortağın performansına odaklanma ve bunu ölçme gerekliliğine rağmen, benzer performans ölçüm uygulamalarının daha önce mevcut olmayabileceği durumlarda, kamu sektörünün kendi içinde uygulamaya konmasına yol açabilir.

Yukarıda uluslararası literatürde dile getirilen motivasyonların en belirgin olanlarına değinilmeye çalışılmıştır. Ancak elbette kamu ve özel olmak üzere iki paydaştan oluşan KÖİ modelini uygulamada karşılaşılan zorluklardan da bahsetmek gerekmektedir. Her ülkenin işbirliği sürecinde yaşadığı fayda ve zorlukların derecelerinde farklılıklar gözlemlenebiliyor olsa da yaygın olarak karşılaşılan zorluklara genel bir biçimde değinmek mümkündür.

## 2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Zorlukları

KÖİ'ler için yapılan ortak eleştiri; geleneksel yollarla sağlanabilen hizmet sürecinden daha karmaşık ve zaman alan özelliğe sahip olmasıdır. Çünkü bu işbirliği süreci; proje yapma, tasarlama, teslim ve yönetim gibi zincirleme var olan bileşenleri içerir. Bu tarz uzun vadeli bağlılıklar göz önüne alındığında, güçlü ve istikrarlı siyasi bir taahhüt olmaksızın KÖİ modelinin başarıya ulaşması mümkün olmayabilir (EPEC, 2015, s. 12). Her iki paydaştan da, projelerin hazırlanması, yatırım yapılması ve uygulanması için önemli harcamalar yapılması beklenmektedir. Beklenen bu sorumlulukların hem paydaşlara hem de hizmeti alan kamuoyuna zorluklar yaşatmaması için en önemli araçlardan biri; uygun yasal çerçevenin geliştirilmesidir (Kwak, vd. 2009, s. 54). KÖİ modeli ile hayata geçirilen projelerde paydaşlardan birisi her ne kadar önceliği kamuya hizmet etmek olan devlet olsa da masanın diğer tarafında motivasyonunu kâr elde etmek üzerine kurgulayan özel sektörün olması, geleneksel yollarla sağlanan hizmetlere göre daha maliyetli bir projenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Bayansar ve Özer, s. 431).

KÖİ sözleşmeleri ve özelleştirme sözleşmeleri, etkinliği arttırmak amacıyla özel sektörün kamu hizmetlerinin eylemlerine katılımını amaçlıyor olsa da birbirinden farklı özelliklere sahiptirler. Bu sorunsala değinmek için sağlık sektörü iyi bir örnektir. Örneğin özel hastaneler, hastalarla olan ilişkisini devletten bağımsız bir şekilde kurar. Devlet bu ilişki de, hastaların aldıkları hizmetin fiyatlandırılmasında, kalitesinde ve güvenliğinde devreye girer. Sözleşme içerisinde devletin yer aldığı başka bir sorumluluk yoktur. Bu özelleştirme işlemleri; 'ters seçim' (adverse selection) ve 'ahlâki tehlike' (moral hazard) gibi problemlere yol açabilmektedir. Gelecekteki tüm aksaklıkların öngörülebilirliğini arttıran ve meydana gelebilecek sorunlar karşısında hızlı bir değişime gidilmesini sağlayacak, 'tam sözleşme' anlayışına gidilmektedir (Emek, 2017, s. 145). KÖİ sözleşmelerinde ise durum biraz daha farklıdır.

KÖİ sözleşmelerinde aksaklıklar, geleceğin belirsizliğinde yazılan uzun süreli ve eksik sözleşmelerden kaynaklanmaktadır. Kamu-özel işbirliği arasındaki imtiyaz ile eksik imtiyaz ayrımı risk dağılımına dayandırılarak yapılmaktadır. İmtiyazda tüm yatırım maliyeti özel girişimci tarafından karşılanır, bunların yanı sıra yapım ve işletme sırasında ortaya çıkabilecek tüm ticari risklerin sorumluluğunu almakla da yükümlüdür. Eksik imtiyazda ise risk kamu ile paylaşılmaktadır. (Karahanoğulları, 2011, s. 182). Eksik sözleşmeler; boşluklar, belirsizlikler ve eksik hükümler içerebilmekte bu nedenle de uygulama sürecinde ya taraflar arasındaki müzakerelerle ya da mahkemelerce revize edilmesi gerekmektedir (Karahanoğulları, 2011, s. 182-183). Sözleşmedeki aksaklıklar ihale sürecini de kapsayan, piyasadaki eksik rekabet faktöründen de kaynaklanabilmektedir.

Az sayıda firmanın bulunduğu eksik rekabetli piyasalarda; alternatifsizliğin özendirileceği fırsatçı davranışlardan kaçınmak için kurumlar mal ve/veya hizmet ihtiyacını piyasadan karşılamak yerine kendisi üretmeyi tercih edebilmektedir. Sonuçta, uzun süreli ve karmaşık sözleşmelerin müzakeresi, yazılması ve uygulanması 'işlem maliyetlerine' neden olmaktadır. Bu çerçevede, eksik sözleşmelere konu işlerde kamu hizmetinin asli sahibi olarak idare/devlet hizmet sunumunun sürekliliğini, etkinliğini ve kalitesini denetleme hakkına sahiptir. Özelleştirmeden farklı olarak, KÖİ sözleşmeleri çerçevesinde idare/devlet bir taraftan özel ortağın faaliyetlerini

yakından denetlemekte, diğer taraftan da sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliği artırmak adına (sözleşmede yazılamayan) belirli riskleri kendisi üstlenmektedir (Roehrich, Barlow, ve Wright, 2013, s. 11).

Sağlık ve eğitim gibi hizmet odaklı sektörlerde kalitenin iyileştirilmesi önemli bir dışsallıktır. Yapım ve işletme hizmetlerinin tek bir KÖİ sözleşmesinde birleştirilmesi (bundling) dışsallıkların fayda ve maliyetlerini içselleştirebilecektir.

Ayrıca uygun kurumsal çerçevenin geliştirilmesi, özel sektör ve/veya merkezi uzman KÖİ Biriminin kurulmasının gerekip gerekmediği gibi, beklenen KÖİ programı/projelerinin sunulması için kurumsal gereksinimlerin net bir değerlendirmesini içermelidir. Ortaya çıkan kurumsal çerçeve, programın ölçeği ve kapsamı ve işlevleriyle (proje onayı, politika geliştirme veya teknik destek gibi) eşleşmeli ve tespit edilen boşluklara göre uyarlanmalıdır. Kurumların etkili olabilmesi için gerekli raporlama hatlarına, bütçe ve siyasi desteğe ve operasyonel esnekliğe sahip olması da bu açıdan önemlidir (EPEC, 2015, s. 13). Bilhassa da uzun vadeli ve yüksek finansman gerektiren sağlık sektörü için yapılan KÖİ'lerinde esnek olduğu kadar şeffaf bir kamuya hesap verilebilirlik ilkesinin benimsenmesi elzemdir.

Bini aşkın akademik çalışma üzerinden sağlık sektöründe KÖİ uygulamalarını inceleyen Roehrich, Barlow ve Wright, mevcut literatürün, KÖİ sözleşmelerinin önerilen faydalarının gerçekleşmesi hususunda görüş birliğine varamadığının altını çizmektedir. Özel ortağın hastane otelciliği hizmetlerinde etkinliği artırırken, ilgili kamu kurumunun sağlık hizmetleri üzerinde yoğunlaşması işbirliğinden beklenen temel faydadır. Ancak, pek çok çalışmada KÖİ sözleşmelerinin performansı konusunda endişeler gündeme getirilmektedir. Bu kapsamda yapılan projelerin kağıtları ile yorumlama yapıldığında, (i) özel ortağın kapasitesinin sınırlı olması nedeniyle beklenen seviyede etkinlik ortaya çıkmayabilir; (ii) işlem maliyetleri yüksek olabilir; (iii) sağlık hizmetleriyle altyapının tasarımı ve sunumu arasında eksik bir entegrasyon sorunu yaşanabilir ve (iv) sağlık KÖİ tesisleri proje çıktılarında sınırlı bir yenilik gözlemlenebileceğinin altı çizilmektedir (Barlow ve Köberle, 2008, s. 14-15).

Uygulamayı inceleyen çeşitli akademik çalışmalar, emanet yöntemiyle karşılaştırıldığında, KÖİ hastanelerinin çok daha kaliteli olmadığını aksine belirli koşullar altında sunulan hizmetlerin etkinliğinin daha da düşük olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık KÖİ örneğinde, risk transferi ve etkinlik gibi kavramların düzenli biçimde çarpıtılarak, fayda ve maliyet konusunda manipülatif bulgular elde edildiği iddia etmektedir. Öte yandan, Avustralya'da Latrobe Bölgesel Hastanesinin başarısızlığını inceleyen bir çalışmada etkinlik analizi çalışmalarının önemine vurgu yapılmakta, ancak bu analizlerin yapılmasının zorluğunun da altı çizilmektedir (Benjamin ve Jones, 2017). Sonuç olarak, doğası gereği eksik olan KÖİ sözleşmelerinin tasarımı, müzakeresi ve yazımı aşamasında gerçekleştirilmesi gereken idari ve teknik çalışmalarda gösterilen özen, sözleşmelerdeki yetersizlikleri ve kusurları en az seviyeye indirebilir.

İşbirliğinin Türkiye'deki sağlık sektöründeki uygulamalarında şehir hastaneleri projesi literatür incelemelerinde başat rol oynayanlardan bir tanesidir. Çünkü projenin temel kamu görevi olan sağlık sektörüne getirdiği yenilikler kadar zorluklar da bulunmaktadır.

### **3. Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği: Şehir Hastaneleri**

KÖİ modeli enerji sektöründe sıklıkla başvuru alan olsa da, sağlık sektöründe, şehir hastaneleri ile ilgili son projelerin gerçekleştirilmesinde tercih edilirliği artan bir model olması sebebiyle dikkat çekmektedir. Sağlık, diğer sektörlerden farklı değerlendirilmesi gereken bir hizmettir. Sağlık sektörünün özel ve benzersiz olarak tanımlanmasına iki ana faktör katkıda bulunmaktadır: Her şeyden önce sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, tümüyle iyi olma hâli (a complete state of wellness) olarak tanımlanır. İkincisi ise sağlığın, insan sermayesi (human capital) aracılığı ile büyüme ve gelişme ile bağlantılı olmasıdır (WHO, 2001, s. 2). Sağlık



sektörünün önemini arz eden bu faktörleri de göz önüne alarak, bu başlık altında Türkiye'deki sağlık sektöründe KÖİ modelinin uygulanmasındaki fayda ve zararları incelenmeye çalışılacaktır.

Sektörde, artan teknoloji kullanım seviyesi nedeniyle sağlık sektörünün sürekli değişmekte ve gelişmekte olduğu da unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler, yaşamı değiştiren keşiflere yol açabilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde maliyet minimizasyonu, diğer sektörlerden farklı olarak sağlıkta daha kötü sonuçlar doğurabilir. Ayrıca, sağlık hizmeti, dahil olan çok sayıda paydaş nedeniyle çok karmaşıktır (PwC, 2021, s. 3-5). Sağlık hizmetleri veya sağlık alanındaki herhangi bir proje bakım sektörü, hasta katılımı, sağlık hizmeti personeli, sağlık teknolojisi, araştırmacı, üniversiteler, devlet ve ilaç sektörünü içerir (PwC, 2021, s. 6). Teorik olarak, yukarıda belirtilen motivasyonlar/zorluklar sağlık sektörü için de geçerlidir.

Ayrıca, sağlık sektöründeki KÖİ'nin potansiyel faydası olarak; "sağlık hizmeti sağlayıcılarının yönetmek yerine klinik hizmetlere konsantre olmalarına olanak sağlayıcı" etkilerini listelemek mümkündür. Ancak asil temsilci sorununun yanı sıra, piyasadaki sınırlı rekabet, yüksek işlem maliyetleri, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yasal altyapı eksikliği, olası şeffaflık eksikliği, ilgili taraflar arasında entegrasyon eksikliği üzerindeki olumsuz etkiler konusunda endişeler bulunmaktadır. Bu eksiklikler, potansiyel kalite sorunu ile sektörü karşı karşıya bırakmaktadır (Pala, 2021, s. 24-27). Karşılaşılan bu sorunların bazıları teorik bazıları ülke deneyimleri kaynaklıdır. Özellikle, KÖİ modelin sağlık sektöründeki yansımaları Birleşik Krallık (BK) örneği ele alınarak literatürde tartışılmaktadır. BK'deki birçok sağlık projesi şuan sorgulamalardan geçmektedir. Çünkü yukarıda da dile getirilen KÖİ motivasyonlarının/faydalarının reelde ki yansımaları farklı olmuştur. İddia edildiğinin aksine, devlet üzerindeki maliyetleri azaltmamış, hizmet için gerekli finansman harcamaları iki hatta üç katına kadar artmıştır. Benjamin ve Jones'in (2017) yayınladıkları rapora göre; BK'deki KÖİ projeleri devletin finansal yükünü arttırıyor ve vergi kaçırılmasına imkân tanıyor. Ayrıca sektördeki hizmet kalitesini düşürdüğü gibi, personel sayısında da düşüşe sebep oluyor. Örneğin; KÖİ yoluyla yapılan Calderdale Kraliyet Hastanesi'nin başlangıçta, maliyetinin 42,5 milyon \$ olması beklenirken inşaat bittiğinde bu maliyet hemen hemen iki kat artarak 81 milyona çıkmıştır. Anlaşma 1990'ların Muhafazakâr hükümeti tarafından yapılmış, 1998 yılında İşçi Partisi hükümeti tarafından onaylanmıştır. Sözleşmede yer alan hükümlere göre yerel sağlık hizmetleri anaparayı ve faizleri karşılamak üzere 30 yıllık bir dönem içinde özel şirkete 390 milyon \$ ödeme yapacaktır. Oysa hükümet yeni bin yıla dönülürken geçerli olan %5 faiz üzerinden kendisi doğrudan borçlanmaya gitseydi 30 yıllık dönemde toplam maliyet 159 milyon \$ olacaktı. Bu durumda hastane 231 milyon \$ ile %150 daha pahalıya gelmiş olmaktadır. Yapılan ödemenin yarısıyla başka bir hastane yapılabilirdi. KÖİ sözleşmesi bugüne dek defalarca el değiştirmiştir, ancak her satışta kimin ne kadar kazandığı bilinmemektedir. Yerel sağlık hizmeti bir de her yıl bina ve bakım hizmetleri için ödeme yapmak durumundadır. Bu da 30 yıllık dönem için 576 milyon \$ tuttuğundan toplam maliyet 966 milyona çıkmaktadır (Benjamin ve Jones'in, 2017, s. 9).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde KÖİ modelin hem uygulamadaki hem reele yansımadaki etkilerinde farklılıklar görülebilmektedir. Romanya, Çekya, Polonya ve Rusya gibi ülkeler de sağlık sektörü KÖİ modelin etkisi altındadır. Örneğin İspanya'nın Alzira Hastanesi; finansal dengesizlik, zayıf hizmet ilişkisi ve yüksek miktarda finansal destek gibi durumlara zemin hazırlamış, Avusturya'daki La Tobe Regional Hastanesi finansal sorunlardan dolayı düşük kalite, sözleşmeden kaynaklı şirketleşme ve yarı maliyetine satış gibi kalıcı kayıplara neden olmuştur (Mc Kee, Edwards, ve Atun, 2006, s. 893). Türkiye ise Sağlıkta Dönüşüm Programından (SDP) geçmektedir. SDP, hizmetlerin finansmanı, organizasyonu ve sunumuna odaklanan bir programdır. Programın başladığı 2003 yılından bu yana çeşitli sağlık reformları uygulanmıştır.

Türkiye'de sağlık sektöründeki KÖİ'ler 2005 yılında 5396 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile düzenlenmiştir. Daha sonra bu kanunda değişikliğe gidilmiş ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu ile sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün işbirliği yapmasını sağlayacak finansmanına ilişkin düzenleme yapılmıştır. Son olarak, 6428 Sayılı Kanun Teklifi ile 2013 yılında Türkiye'deki

Şehir Hastaneleri yasallaştırılmıştır. Bu nihai kanun tasarısı ile birlikte, teminatının Hazine Müsteşarlığında olduğu, KÖİ ile projelendirilen Şehir Hastaneleri (City Hospital) modeli hayata geçirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, tasarlanan proje ve belirlenen arsa için ihale sürecini başlatır. İhale sürecinde projeyi devralan ve KÖİ'nin özel sektör kolunu oluşturan taraf sözleşmeye göre hastaneyi inşa eder. Ardından anlaşılan fiyat üzerinden devlete geri kiralar. Bu ilişkide hükümet temel hizmetleri sunmakla, özel taraf ise güvenlik, laboratuvar, rehabilitasyon, ekipman gibi hizmetleri sunmakla sorumludur.

Mevcut birçok hastanenin de bu modele dönüştürülmesi tasarlanmaktadır. Bu entegre yapı hastalara daha kaliteli bir hizmet vaadinde bulunmaktadır. Ancak arka planda da, devlet özel işbirliğisine yaptığı şehir hastaneleri için müşteri (customer) garantisi vermektedir. Yani, hastane-hasta ilişkisi, şirket-müşteri ilişkisine dönüşmektedir. Şehir hastanelerindeki yöneticiler kar odaklı olacak. Ancak hekimin temel amacı hastanın ihtiyaçlarını karşılamak olacaktır. Bu nedenle yönetici ve çalışanların çıkarları örtüşmeyecek ve bu durum hekim memnuniyetinde ciddi sorunlar yaratacaktır, bu da hasta memnuniyetine yansacaktır. Daha düşük hasta memnuniyeti ise yöneticiye farklı yansacaktır. Çünkü yönetici hastaları açıkça “müşteri” ve kâr etme aracı olarak görecektir (Tekler, 2008, s. 3-4).

Şu an Türkiye için 18 adet olmak üzere projelendirilmiş şehir hastanesi planı bulunmaktadır. Bunların 13'ü faaliyette, geri kalanları için faaliyet tarihi 2021 yılı olarak gösterilmektedir. 18 şehir hastanesinin 25 yıllık tahmini kira bedeli 30 milyar dolar civarında. Planlanan 30'dan fazla şehir hastanesi ile bu tahmini uzun vadeli borç 50 milyar doların üzerinde olacak. Hazine garantili borçlar ve tahmin edilenden daha yüksek deneyime dayalı borç gerçekleştirmeleri projelerin fizibilitesi konusunda şüphe uyandırmaktadır. Sağlık sektöründe maliyetlerin ve verimliliğin hesaplanması son derece güçtür. Standart olmayan hizmet nedeniyle maliyetleri hesaplamak zordur. Sağlıkta nihai ürün hastaya özeldir ve standardize edilmesi imkansızdır. Ayrıca, iş gücü verimliliği branş farklılıkları nedeniyle kolaylıkla ölçülememektedir. Tahmini maliyetler, kira ödemeleri ve garanti edilen sağlamlık oranları şehir hastaneleri projelerinin mali yükünü artırmaktadır. Bu duruma yönelik IMF'nin, şehir hastaneleri projeleri nedeniyle oluşacak yüksek uzun vadeli borç oranı konusunda da uyarıları bulunmaktadır (TTB, 2021, s. 1-2).

Bir başka problem ise lokasyondur. Hastanelerin çoğunun şehir merkezinin dışında olması planlanıyor ve merkezdeki hastanelerin bu konuma taşınmasıyla hastaların ulaşımı konusunda da endişeler ortaya çıkıyor. Hükümetin, ortaya çıkabilecek olası sorunları değerlendirme ve çözüme yeteneği olmadan, KÖİ sisteminin tamamen çökme riskini göze alarak çok sayıda şehir hastanesi için tek seferde sözleşme imzalamaya yoluna gitmesi, hem paydaş olarak kendisini hem hizmet alan olarak kamuoyunu zorlayacak durumlara sebep olabilmektedir (TTB, 2021, s. 4).

Temel olmayan hizmetler özel aracıya aktarılır. Bu düzenleme kesinlikle rekabeti azaltacak ve kâr amacı güden özel kuruluşlar niceliği nitelikten üstün tutacaktır. Ayrıca, KÖİ teorik olarak özel sektör deneyiminden yararlanmayı amaçlasa da, Türkiye'de KÖİ'lerin özel tarafı, sağlık hizmetlerinde deneyimi olmayan inşaat sektöründe halen daha faaliyet gösteren firmalardır.

Sürecin bu tür zorlukları barındırıyor olması elbette siyasi kaygıların güdülmesini de tetiklemektedir. Siyasi ve ekonomik ortamın yanı sıra, bu büyük projeler her zaman yolsuzlukla ilgili endişeleri beraberinde getirmektedir. Düzenleyici sürecin bulanıklığı, şeffaflığın olmaması, projelere ilişkin verilerin “ticari sır” olarak değerlendirilmesi ve bağımsız denetimin olmaması, siyasi kaygıları artırmaktadır. Oysa KÖİ değerlendirmeleri için şeffaflığın temel ilkelerden biri olması beklenmektedir (Boz, 2013, s. 311).

Fakat şehir hastanelerindeki yatak sayısı ve teknolojik ekipmanların niteliği ve niceliği gibi faktörlerin ülkelere, özellikle salgın hastalıklar gibi kriz anlarını yönetmede pozitif katkı sağlayabileceğini söylemek de mümkündür. Bu konudaki en yakın deneyimi, tüm dünya Covid-

19 süreci ile yaşamıştır. Covid-19 ile başlayan pandemi süreci, sağlık sektörüne yeni kaygılar yaşamaması için zemin hazırlamıştır. Özellikle de, teknolojik alanda; yeni sanal sağlık (virtual healthcare) ve tele-tıp (telemedicine) kavramlarının tartışılması sektörde yeniliklere gidilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra sağlık sektörü pandemi süreci ile eksik yönlerine dair birçok şoku da beraberinde yaşamıştır (PwC, 2021, s. 15). Süreç, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve diğer uzmanlık alanları ile ilişkisel bir yenilik eyleminde olması gerektiği fikrini tazelenmiştir.

#### 4. Sağlık Sektörünün ve Şehir Hastanelerinin Pandemi Sürecindeki Gücü ve Gücsüzlüğü

KÖİ ile birlikte sağlık sektöründe hizmette teknolojik gelişmelerin arttığı kaydedilmektedir (Erdem ve Gökkaya, 2021, s. 80). Sağlık alanında yaşanacak yeni teknolojik gelişmeler ve bu gelişmelere ayak uyduracak yönetsel yapı, elbette hizmeti alan taraf için önem arz etmektedir. Bu alandaki bilimsel gelişmelerin yaşanması, hem sınırlı olmayan ekipman varlığına hem sürece hızlıca ayak uyduracak ve yönetecek kabiliyetin varlığı ile ilişkilidir.

Pandemi sürecinde yaşananlar, sağlık sektörünün teknolojik alt yapısının daha da geliştirmesi gerektiği gerçeğini göstermiştir. Bu gelişmelerin katedilmesi için ise finansman desteği elbette en önemli faktörlerden biridir (PwC, 2021, s. 38).

Türkiye özeline geçmeden önce, dünya genelinde sürecin neler getirdiğine bakmak gerekir. Pandemi deneyimi ülkelerin bölgelerinde farklı zamanlarda değişiklik gösterdiğinden, sağlık hizmeti sağlayıcıları, finans destekçileri, topluluk grupları, meslek örgütleri, sivil toplum ve devlet kurumları arasındaki yerel ortaklıklar daha bilinçli bir ilerleme için adımlar atmayı planlamaktalar (PwC, 2021, s. 40-42).

2020'de birçok sağlık kuruluşu finansal planlarının yok olduğunu, hasta davranışlarında kökten bir değişiklik ve sanal bakım patlaması görürken, 2021'de sistemi tekrar bir araya getirmek için çalışacaklarını ifade etmişlerdir. Her zaman olduğu gibi değil, ancak sağlık hizmeti sunumunu yeniden tasavvur eden, kopuk yolları yeniden birleştiren ve tüketici merkezli bir sağlık sistemine doğru dev bir adım atan bir şekilde olması planlanmaktadır. Hacimler hızla düşerken, neredeyse bir gecede ölümcül pandemi; hastaları, doktorları, ilaç şirketlerini ve ödeme yapanları sanal ortamlara yönlendirmiştir (Stevens, vd. 2020, s. 1). Birçoğunun daha önce tereddütte yaklaştığı platformlar ve diğer dijital teknolojiler, sağlık kuruluşlarının sanal ve yüz yüze spektrumda nereye inmeleri gerektiğine dair ince bir ayar yapmaları ve kullanabilecekleri değerli içgörülere (bakım sunumu, hasta deneyimi, geri ödeme ve klinik araştırma için en anlamlı yollarla) ulaşılmasını olanak tanımıştır (PwC, 2021, s. 29-33).

PwC'nin Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (HRI), bu yılın en önemli sağlık sektörü sorunları raporunda, sağlık sektörünün 2021 belirsizliğiyle nasıl yüzleşmesinin beklendiğini inceliyor, kendi tahmin sistemlerini geliştirerek uzun vadeli hayatta kalmak için dayanıklılık oluşturuyor ve pandemi sonrası iş portföylerini yeniden şekillendiriyor (PwC, 2021, s. 46). Finansal istikrar ve büyüme için ve önümüzdeki yılın zorlukları, kuruluşların gelecekteki şokları absorbe etmek için esnek altyapılara ve tedarik zincirlerine her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyacağı anlamına geliyor. Doğru ortakları veya anlaşmaları belirlerken finansal sorunları önceden tespit etmelerine yardımcı olacak daha çevik, modern bir tedarik zinciri yaratacak sisteme ihtiyaçları var.

Bununla birlikte, önümüzdeki yıl, pandemi tarafından körüklenen dijital bir dalgalanma üzerine inşa etme fırsatları da getirmeli. 2021'de sağlık kuruluşları, sanal sağlık patlamasından sonra yeni büyüme yollarını ortaya çıkaracak şekilde doğru boyuta geçmeye çalışacaklar. Klinisyenler için daha iyi dijital deneyimler oluşturmaya ve klinik denemelerin nasıl yürütüldüğünü yeniden tasarlamayı hedeflemiş durumdadır (Sinsky ve Linzer, 2020, s. 1407-1408).

Süreç içerisinde kriz merkezleri olarak hastaneler ön plana çıkmıştır. Oluşan krizin çözülmesi ise sağlık sektörüne bırakılmıştır. Kriz sürecine ise Türkiye'deki şehir hastaneleri, sahip oldukları yatak sayısı ve ekipmanları ile destek olmayı başarmış (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları

Genel Müdürlüğü, 2020) ancak, sahip oldukları konum ve işgücü yetersizliğinden dolayı ise eleştirilere maruz kalmıştır. Ayrıca süreci yönetmedeki aksaklıkların sebeplerinden biri şehir hastanelerindeki çift başlı yönetimdir. Başhekimin hastane yönetimini, hizmet desteklerini ve tıbbi destekleri yönetmede yetkisinin olmayışı, yerine şirket yöneticisinin söz sahibi olması yönetimde çift başlılık sorununu yaşatmaktadır (Pala, 2020, s. 1).

Bu sorunlara binaen ise doktorların, sağlık çalışanlarının ve Türk Tabipler Birliğinin ortak bir uzlaşısı bulunmaktadır, bu da kapatılmış olan kamu hastanelerinin faaliyetine yeniden izin verilmesidir. Bu uzlaşının dayanağı ise; kamu hastanelerinin kentsel konumlarından dolayı ve kamu hastaneleri çalışanlarının işgücü ve deneyimlerinden kaynaklı olarak daha verimli olduklarıdır (TTB, 2021, s. 5).

Elbette salgın dönemlerinde ve genel halk sağlığını ilgilendiren süreçlerde hastanelerin ulaşılabilir olması önemlidir. Sağlık çalışanlarının yeterli ekipmanlara sahip olmaları ve süreci kolay atlatılmak için işinde uzman ekiplerle çalışıyor olması talep edilen bir kıstastır ve öyle de olması gerekmektedir (Pala, 2021, s. 41). Ancak şunu da belirtmek gerekir ki; kamu hastaneleri ile hastaların geçmiş deneyimleri de pek iç açıcı değildir. Yalnızca devlet eliyle hizmete sunulmuş birçok hastanenin koşullarının hem hasta hem sağlık çalışanları nazarında yetersiz bulunduğu da bir gerçektir (Öztürk ve Karcıoğlu, 2020, s. 263).

Pandemi ile gelişen süreç, sağlık sektörüne teknolojik ilerleme için daha fazla finansman ve birlikte karar alabilmeyi sağlayacak sistemin gerekliliğine işaret etmiştir. Atıl hale getirilen kamu hastanelerinin açılıp, değişime destek olması sağlanabilir fakat dünyadaki değişen sağlık sektörü algısını yakalayabilmesi için çok fazla zamana ve finansmana ihtiyacı olacaktır (PwC, 2021, s. 39-42). KÖİ ile yapılan hastanelerin birliktelik algısını oluşturan temel ise zaten; birbirlerinin uzmanlık alanlarından elde ettikleri faydanın maksimasyonudur.

Bu yüzden, KÖİ ile projelendirilen ve hizmete sunulan hastanelerin eksik yönlerini tamamlayabilmeleri için eleştirmek gerekmektedir ama aynı zaman da bu hastanelerin sağlık sektöründeki değişen algının inşacıları arasında olabilmeyi de sağlayabileceklerini göz ardı etmemek gerekmektedir. Yukarıda da değinilen, KÖİ modelinin faydaları arasındaki; uzman kişilerle çalışma ve teknolojik inovasyonlara ayak uydurma motivasyonları önümüzdeki süreçte daha çok ihtiyaç duyulacak faktörler gibi durmaktadır.

PwC'nin (2021, s. 42) yayınladığı anket raporlarına göre, sağlık sektörü pandemi sürecinde şok yaşamıştır. Bu şok ise onun daha fazla teknoloji odaklı olmaya, sanal sağlık ve sanal tıp gibi konuları, alanında uzman kişilerle geliştirmesi gerektiğini göstermiştir.

Türkiye özelinde pandemi sonucunda yaşanan bir başka sorunsal ise doktorların, zorlu şartlarda çalışmaları sebebi ile mesleklerinden uzaklaşmalarıdır. TTB raporunda yayınlanan verilere göre 18 aylık gibi bir süre içerisinde 8 bini aşkın doktor görevinden ayrılma kararı almıştır (TTB, 2021). Bunların yaklaşık 5 bini ise mesleklerini yurt dışında devam ettirme isteğindedir (Sağlık-Sen, 2022). Elbette istifa eden doktorların, görevden ayrılmasını tetikleyen ekonomik ve siyasal nedenleri vardır. Fakat burada belirtilmesi gereken önemli nedenlerden bazıları; KÖİ çerçevesinde uygulanan şehir hastanelerindeki çift başlılık sorunu ve pandemi süreciyle daha da netlik kazanan göç temelli hasta oranındaki artıştır. KÖİ modeli ile hazırlanan hastanelerin her ne kadar teknolojik araç-gereç ve çalışan kadro açısından verimlilik seviyesinin yüksek olduğu savunulsa da birçok doktor tarafından tam aksi düşünülmektedir (TTB, 2021). KÖİ çerçevesinde uygulanan pandemi sürecindeki sağlık hizmetlerine karşı benzer eleştiriler dünya geneline de yansımıştır.

Yukarıda bahsedilen HRI tarafından düzenlenen ankete katılan finansal yöneticilerin yaklaşık %50'si, kuruluşlarının üye deneyimini geliştirmek için dijital ürün desteğine ve mobil uygulamalar gibi eğitim araçlarına yatırım yapılması gerektiğini söylemiş ve bunun için eyleme geçmişlerdir. Pandeminin şoku, birçok sağlık kuruluşunun yeteneklerini ve gelir akışlarını daha

esnek, etkili mahkeme kararlarına hazır, fiyatlandırma ve fiyat şeffaflığına ve bilinmeyene daha fazla odaklanmak için çeşitlendirme ihtiyacını vurgulamaktadır. 2021'de HRI, pandeminin maruz kaldığı boşlukları desteklemek ve bunları büyüme odaklı konumlandırmak için sağlık şirketlerine yapılan yatırımların artmasını beklemektedir.

Yaşam bilimleri yöneticilerinin %94'ü ve tedarikçilerin %86'sı 2021'de genel olarak tedarik zincirlerini iyileştirmenin ve bu zincirin şeffaflığını sağlamanın bir öncelik olduğunu dile getirmişlerdir. Ancak HRI tarafından ankete katılan tedarikçilerin yalnızca %24'ü, kuruluşlarının birlikte çalışılabilirlikle ilgili yeni federal kuralları stratejik bir fırsat olarak gördüğünü söylemiştir. Çoğu, yeni federal veri paylaşımı gereksinimlerini uyumluluk açısından değerlendirmiştir (PwC, 2020b, s. 1-3).

Bu yeni ortamda, tedarikçiler, şirketler, kamu ve diğer bileşenler nasıl bir rol üstlenmek istediklerinin yanıtına sahip olmalıdırlar. Değişen sağlık sektörüne uyum sağlamanın da ötesinde birlikte çalışılabilirlik programlarını oluşturarak operasyonel verimliliklerden ve yeni değer kaynaklarından yararlanmanın yollarını bulabilirler. Bu kuralların ve yeniliklerin hizmeti alan/hasta/tüketici/müşteri merkezli olması için daha etkili bir sağlık sisteminin ve hizmetinin nasıl stratejik bir planlama ile oluşturulabileceği düşünülmelidir. Bu stratejik plan içerisinde ise; toplum bilimciler, sivil toplum örgütleri, mesleki örgütler dahil edilmeli ve/veya dahil oldukları alanlar genişletilmeli ve kamu-özel işbirliğindeki anlaşma süreci daha şeffaf, daha denetlenebilir bir hâl almalıdır.

### **5. Kamu Özel İşbirliğindeki Şehir Hastaneleri Projeleri İçin Bir Strateji: Disiplinlerarasılık ve Örgütlerarasılık**

Sağlık sektörünün pandemi sonrası değişen, daha doğru bir tabirle gelişmesi beklenen bir süreç girdiği kabul edilen bir gerçektir. Süreçle birlikte sağlık sektörünün hastalara, kişiye özel tanı ve muayene, uygulamaları gerektiği fikri daha da netleşmiştir (Noonan, 2020, s. 1).

Toplumsal krize sebep olan salgın durumlarında, sağlık sektörünün bilimsel anlamda net çözümler bulmakta zorlanacağını ve/veya yanılabilirliğini de göstermiştir. Çünkü sağlık ve hastalık kavramlarının, toplumlarda farklı yansımalar bulabileceği tekrar gözlemlenmiştir. Hem yaşam koşulları hem kültürel davranışlar hem de hastalığa kültürel tepki gibi çeşitli bir çalışma alanını oluşturmaktadır (Trout ve Kleinman, 2020, s. 1). Sağlık sektörünün holistik çalışma anlayışıyla ilerleyebileceği her yaşanan salgın sonrasında bir kez daha su yüzüne çıkmaktadır. Bu anlayışa destek veren en önemli etmenlerden biri ise göçmenlerdir. Göçmen statüsünde yer alan, farklı etnik kimliğe sahip milletlerin sağlık sektöründen yararlanmalarındaki zorluk, pandemi gibi süreçlerde daha büyük sorun haline gelmektedir. Bu zorluk aynı zamanda ilişkinin diğer kolunu oluşturan, hizmeti verenler açısından da yaşanmaktadır. KÖİ ile uygulamaya geçen sağlık hizmetleri, pandemi sürecinde göçmen statüsündeki yoğun nüfusa karşı da yetersiz kalmıştır.

Türkiye'de göçmenlere yönelik yaşanan sağlık hizmeti sıkıntısına çözüm olarak 2015'te Avrupa Birliği ve T.C. Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan Sıhhat Projesi 2017 yılında uygulamaya konmuştur. Bu proje kapsamında Türkiye'ye kabul edilen ve büyük bir çoğunluğunu Suriyeli göçmenlerin oluşturduğu tüm göçmenlere sağlık hizmetinin verilmesi hedeflenmiştir. Benzer şekilde, Göçmen Sağlığı Merkezleri'nin kurulması da göçmenlerin yaşadığı sağlık sorunlarını çözmeyi hedeflerken aynı zamanda hastanelerde yaşanan hasta yoğunluğunun da önüne geçmeyi amaçlamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan açıklamaya göre 2022 yılı itibarı ile 29 ilde 185 Göçmen Sağlığı Merkezi hizmete sunulmuş ve bu merkezlere yaklaşık 4 bin Suriyeli sağlık çalışanı istihdam edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

KÖİ ile gerçekleştirilen projelerin prosedürel aksayanları birçok araştırmanın tartışma konusu olmuştur. Fakat bu işbirliği içerisindeki bir başka aksayanın, nitelik anlamında eksik meşveretin olduğunu da tartışmak gerekmektedir. Türkiye'de birçok disiplin çalışma alanlarını kendi özel alanları ile sınırlı tutmaktadır. Oysaki, disiplinlerarası çalışma karşılıklı görünmeyenleri

aydınlatmada ve çözümede önemli faydalar sağlayabilmektedir (Türkdoğan, 1965, s. 41). Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere Avrupa'daki birçok ülkenin sağlık sektöründe disiplinlerarası çalışmaların önemli bir yere sahip olduğu ve sağlık kurumlarındaki adımların bu izlekte atıldığı savunulmaktadır. Ülkeler, sağlıktaki aksaklıkları düzeltmek için çok daha geniş, daha bütünleşmiş ve kurumsallaşmış bir yanıtın gerekli olduğunun tartışmasını yapmaktalar (Everett, 2020, s. 1).

Türkiye'deki Kamu Özel İşbirliğindeki sağlık projelerinin yapım, uygulama ve geliştirilme süreçlerinde de benzer bir çalışma prensibinin olması beklenmektedir. Bu beklentiyi KÖİ modeli sağlık sektörüne ve şehir hastanelerine yapılan eleştiriler desteklemektedir: (i) KÖİ ile yapılan hastaneler kentsel planlama olarak eksiktir (TTB, 2021, s. 3). Bu eleştiri şu şekilde de ifade edilebilir; KÖİ ile yapılan hastane projelerinde, kent bilimciler, kent ve kentleşme uzmanları ile ortak çalışılmamaktadır. (ii) KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinde doktor-hasta ilişkisi verimsiz ve sonuçsuzdur (Pala, 2021, 119). Bu eleştiri şu şekilde ifade edilebilir; KÖİ ile gerçekleştirilen şehir hastanesi çalışanları olarak doktorlar, toplumdan izole olmuş bir şekilde bilimsel eylemlerine devam etmekte, toplumun sosyolojik alanı ile ilgilenen toplum bilimcilerle etkileşimde değildir. (iii) Sağlık sektörü medikal üretiminde genel-geçer kabullerle hareket edebilmektedir (Trout ve Kleinman, 2020, s. 1). Bu eleştiri şu şekilde ifade edilebilir; Sağlık sektörü medikal üretiminde, medikal sosyoloji ile iş birliği içerisinde değildir. (iv) KÖİ ile hareket eden sağlık sektörü kamunun kaynaklarını, özel şirketler için kullanılmasına yol açmaktadır (Pala, 2021, 55). Bu eleştiri ise şu şekilde ifade edilebilir; KÖİ model ile hizmete sunulan sağlık sektörü projelerinde, kamu ve özel arasındaki fayda zarar dengesini sağlayabilecek ve de hizmeti alan (hasta/müşteri) tarafın haklarını da gözetecek bir sivil toplum yapısı için alan bırakılmamaktadır.

Bu ve buna benzer birçok eleştiri, ortak çalışmalarda yalnızca devlet (sağlık bakanlığı) ve özel sektör (müteahhit) birlikteliğinin değil bu ilişkiye dahil olması gereken diğer faktörlerin varlığına ilişkin çoğaltılabilir (Çelik, 2008, s. 1; Bayansar, 2020, s. 145). Çünkü ancak böyle bir holistik çalışma, devlet-özel arasındaki çıkar çatışmalarına engel olabilecektir. Ayrıca bu çalışma prensibi yalnızca devlet ve özel arasındaki anlaşmazlıkların önüne geçmekten öte, yukarıdaki başlık altında da dile getirildiği üzere değişen sağlık sektörü algısının aktifleştirilmesi için de önem arz etmektedir. Değişen bu algı artık hastalara, öznel olarak/biricik bir algı ile tedavi uygulama yoluna gidecektir. Bu çalışma şeklini ise ilerleyen teknoloji sayesinde geliştirebilecektir. Ancak bu ilişki içerisine, sağlığın sosyolojik alanı dahil etmediği sürece hedeflenen ilerlemenin gerçekleşmesi beklenmemektedir (Trout ve Kleinman, 2020, s. 1). Sağlık sektörü kendi bünyesine bu bileşenleri dahil etmediği ve ortak çalışmalar yapmadığı müddetçe, kamunun aradan çekildiği ve özel sektörün söz sahibi olduğu işlevsiz, yalnızca kar odaklı çalışma alanında faaliyetsiz kalmaktan başka şansı yok gibi durmaktadır.

Tüm bunlara ek olarak salgın süreci, sağlık alanındaki tedavilerde eşitsizlikleri ön plana çıkarmıştır (PwC, 2021, s. 3). Bu eşitsizliklerin, KÖİ'deki hastane modellerinde yapısal olarak zaten var olduğu eleştirileri ele alınırsa, modelin özsel anlamdaki hizmetinin de eksiklikler barındırdığı görülebilir. Süreç hem KÖİ modeliyle hizmete sunulmuş sağlık hizmetinde hem bu sağlık hizmetinin özsel içeriğinde eşitlik odaklı ve denetlenebilir reformlara gidilmesine yönelik fırsatlar sunmuştur (PwC, 2021, s. 45). Bu modelle gerçekleştirilecek projelerde olumlu ve olumsuz yönlerin önceden değerlendirilmesi önemlidir. Fakat bu değerlendirmeler bir matematik formülünün vermiş olduğu kesin sonuçlar gibi bir sonuca ulaştırmayacaktır. Zira kamu hizmetlerinin, maliyetler, sermaye, kaynaklar gibi ölçülebilir ve toplumsal fayda, vatandaş talebi gibi ölçülemeyen birçok faktörü kendi içinde barındırması nedeniyle kesin sonuçların elde edilmesi zordur (Bayansar ve Özer, s. 432). Bu yüzden kamu-özel işbirlikçilerinden ve bunların bünyesindeki sağlık sektöründen beklenen, gerekli SWOT analizlerinin yapılarak ve sürece en yüksek verimi sağlayacak disiplinlerin ve örgütlerin dahil edilmesine olanak tanımalıdır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelişmekte olan ülkeler alt yapılarını geliştirmek isterken, gelişmiş ülkeler alt yapılarını genişletmek istemektedirler. Alt yapı hizmetlerinin kamu elinden projelendirilip kullanıma sunulmasında yaşanan aksaklıklar ve/veya projeleri uzman kişilerle gerçekleştirmenin daha çok fayda sağlayacağı düşüncesi, kamuyu özel sektör ile iş birliğine yönlendirmiştir. Bunun için ilk adımlardan biri 2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlatılan KÖİ modeli olmuş, bu model doğrultusunda da Şehir Hastaneleri (*City Hospital*) projeleri yapılmaya başlanmıştır.

Sağlığın toplumun korunması ve gelişmesi için en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Sağlık kurumlarının geliştirilmesi ise toplum sağlığının korunması demektir. Devletler ise bunun için sağlık alanında gerçekleştirilen ve hâlâ devam edilmesi planlanan KÖİ modelini tercih etmektedirler. Bu modeli daha çok sağlık sektöründe tercih etmelerinin sebeplerinin ise tesis inşaa sürecinde yaşanan finansal yetersizlik ve yapım aşamasında yaşanan zaman problemi olduğunu iddia etmektedirler. Bunların yanı sıra devletler, KÖİ modeli ile yapılan sağlık sektörü projelerinin hizmette kaliteyi arttırmayı amaçladığını belirtmektedirler.

Bu çalışma içerisinde de, KÖİ modeli ile uygulanan hastanelerin, tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi sürecinde savundukları politikaları ne kadar gerçekleştirebildikleri ve gerçekleştiremeyen politikalar için ise ne tür revizyonlara gidilmesi gerektiği üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Salgın döneminde, şehir hastanelerinin geniş mekanlara ve sayıca fazla yataklara sahip olmaları sunabildikleri katkılar arasındadır. Fakat bu hastanelerin şehir merkezine olan uzaklıkları, acil müdahale gerektiren hastalar için zorlayıcı bir faktör olmuştur.

Benzer sorunlar, dünya genelindeki birçok KÖİ modelli hastane yapısında görülmüştür. Süreç sonrasında, hastanelerin ve sağlık sektörünün aksayan yönleri yeniden gözden geçirilmiştir. Bu doğrultuda ise KÖİ model ile projelendirilen hastanelerin ve hastane olarak çalışma şeklinin değişime ihtiyaç duyduğuna karar verilmiştir. Bu değişimler; sağlık kurumlarının sosyoloji ile birlikte çalışmasının ve disiplinlerarası çalışma prensibinin toplumun tamamına etki edecek kriz anlarında daha net ve de uygulanabilir çözümler üretmekte fayda sağlayacağı yönündedir. Aynı şekilde KÖİ modelin aksayan yönlerinden olan eksik sözleşme usulü ve kamuya yüklenen zarar tartışmalarına ek olarak, KÖİ'deki sağlık projelerine; kent ve kentleşme uzmanlarının, toplum bilimcilerin, sivil toplumun, meslek örgütlerinin dâhil edilmesi projelerinin eleştirilen noktalarını törpülenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Birlikte çalışabilirliğin ötesinde birlikte karar alınabilir projelerin varlığı sağlık hizmetini sunan doktorların yaşadığı sorunlara çözümler getirebilir. Yukarıda değinilen fakat bu çalışmanın ana konusunu oluşturmayan, özellikle pandemi süreciyle birlikte yaşanan doktorların görevlerinden istifalarındaki artış elbette ilerleyen dönemlerde pandeminin yarattığı kaostan daha büyük kaosların yaşanmasını kaçınılmaz kılacaktır.

Bir yanda eksilen sağlık personelleri ile hastanelerimiz, bir yanda her geçen gün Suriyeli sağlık çalışanlarının arttığı Göçmen Sağlığı Merkezleri yaşanabilecek sorunların neler olabileceğini gözler önüne serebilmektedir. Sağlık alanındaki gittikçe büyüyen bu kırılmaların sosyolojik boyutu ne yazık ki yıkıcı olabilir. Elbette eşitsizlikle mücadele eden, toplumun öteki olarak adlandırdığı sınıfların varoluş mücadelelerini haklı görmek ve destek olmak gerekmektedir. Fakat göçmen statüsü ile gelen ve sığındığı ülkenin doktor kadrosunda yer alabilen veya diğer sağlık birimlerinde yer alan göçmenlere, kendi milletinden olan doktorların diğer ülkelere göç etmesi sebebi ile, yerli halkın sağlığını emanet etmek durumunda kalma ihtimali ciddi bir güvenlik sorunu demektir. Bu sorunsal, göç ve sağlıkta güvenlik çalışmaları içerisinde ayrıca incelenmesi gereken bir konudur. Ancak bu çalışmadaki değinilme sebebi KÖİ modeli ile gerçekleştirilen sağlık projelerindeki yetersizliklerin ve aksaklıkların, sağladığı verimden daha büyük olması sebebi ile sağlık çalışanlarına yansıma şeklidir. Bu sebeplerden ötürü kamu-özel işbirliği ile gerçekleştiren projelere, dengeyi sağlayacak diğer birimlerin dahil edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma sonucunda görülmüştür ki pandemi ile birlikte; (i) Özelde, KÖİ ile yapılan şehir hastanelerine, genelde ise sağlık sektörüne yönelik bir güven erozyonu yaşanmıştır, (ii) Tele-sağlık ile birlikte sağlık sektörünün daha çok teknolojik gelişme odaklı olması ve krizlere yönelik esneklik özelliğine sahip olması gerekmektedir, (iii) Sağlıkta tedavi sürecinde yaşanan ırksal, etnik ve maddi eşitsizlikler henüz tamamen aşılamamış bir sorundur, (iv) Sağlık sektöründeki kamu ve özel ile yapılan işbirliğine, yukarıdaki üç sorunsalı aşmak için diğer departmanların dahil edilmesiyle nitelikli çözümler geliştirilebilir.

Bunlara karşılık sağlık sektörüne yönelik birçok şirket yeni inovasyonlar sunarak teknolojik boyutta önemli ilerlemeler hedeflemektedir. Pandemi ile tetiklenen bu yeni sağlık düzeni anlayışı elbette rekabetin arttığı bir piyasa anlamına da gelmektedir. Fakat hizmeti alan olarak, hastalar elbette yüksek maliyetler ödemek istemeyeceklerdir. Kamu-özel işbirliğinde tarafların farklı edimsel kültürleri ve beklentileri bulunmaktadır. İlerleyen süreçte sağlık sektörü ile ilaç firmalarının etkileşiminin artacağı da göz önünde bulundurulursa, kamu, özel ve ticari bileşenlerinin de güven problemini aşmaları gerekecektir. Farklı hedef ve prensiplere sahip olan bu bileşenlerin hem kendi aralarındaki hem halk tabanındaki dengeyi sağlamaları ancak toplumun ihtiyaçlarını derinden araştıran ve tanıklık eden toplum bilimcilerini (sosyologları), çevre ve kent bilimcilerini, göç ve göçmen uzmanlarını ve sivil toplum örgütlerini dahil ettikleri bir ekosistem ile mümkündür. Çünkü pandemi sürecinde yaşanan krize karşılık kamunun-hükümetin, özelin ve sağlık sektörünün birbirini destekleyemeyen tutumu geri döndürülmesi uzun zaman alacak bir güven probleminin yaşanmasına sebebiyet vermiştir. Oysa politikacıların biraz bilimsel, doktorların ise biraz politik tavırla hareket edebilmesi beklenmektedir. Yani, iyi okunmamış bilimsel veriler ve keskin konuşmalar çoğu zaman varoluş probleminin yaşandığı salgın dönemlerinde halkı korkuturken, çok fazla bilimsel terimlerin yer aldığı ve toplum dilinden uzak tanımların ise halkı aydınlatmadığı görülmüştür. Bu sebeplerden ötürü her iki tarafında esneklik kazanması gerekmektedir. Bunun için yardımcı bileşen halkla ilişkileri kuvvetlendirecek ve iletişimde güveni tazeleyecek, toplum bilimciler ve sivil toplum örgütleridir. Ayrıca yeni sağlık düzeni ile gidilen reformasyonda sürdürülebilirlik ve çevre politikaları gibi ilkeleri göz ardı etmemek gerekecektir. Bunun için gelişmiş ülkeler ESG'yi (*Environmental-social-governance*) halk sağlığındaki strateji ve amaçlarına dahil etmeyi planlamaktadır. Çevre ve kentleşme, göç ve göçmen, toplum bilim ve sivil toplum örgütleri bu ilkenin oluşmasında ve sürdürülebilirliğinde yine önemli bileşenler olacaktır. Böylelikle toplumsal krizler karşısında deterministik tavırdan ziyade, proaktif eylem ve iletişimle tek taraflı bir faydanın değil, tüm tarafların maksimum fayda sağlayabildiği ve geleceğe yönelik çözümlerin üretilebildiği işbirlikleri gerçekleştirilebilir.

Devam eden çalışmaların daha fazlasını ortaya çıkarabileceği ve eksikliği ortadan kaldırmanın en iyi yollarını belirleyebileceği temenni edilmektedir.

## KAYNAKÇA

- ACARTÜRK, E. ve KESKİN, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (3), 25-51.
- Anayasa Mahkemesi, Mahkeme Kararı, Esas Sayısı: 1994/43, Karar Sayısı: 1994/42-2, [https://www.yalova.edu.tr/Files/UserFiles/83/AYM\\_KARARI-KAMU\\_HIZMETI.pdf](https://www.yalova.edu.tr/Files/UserFiles/83/AYM_KARARI-KAMU_HIZMETI.pdf) Erişim Tarihi: 28.02.2022.
- ANDERSON, S. (2012). Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations. *Social Science & Medicine*, 74 (3), s. 313-322.



- BARLOW, J. ve Köberle-Gaiser, M. (2009). Delivering innovation in hospital construction: Contracts and collaboration in the UK's private finance initiative hospitals program. *California Management Review*, 51(2), 126-143.
- BARNEY, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- BAYANSAR, R. (2020). *Türk Kamu Yönetimine Neoliberal Politikaların Etkisi: Kamu Özel Ortaklığı*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- BEEV, I. & PESHEV, P. (2016). Public-Private Partnership: Current Status and Prospects for Development. *Economic Alternatives*, 3, 317-330.
- BİLİCİ, N. (2012). *Kamu Maliyesi*, Ankara: Seçkin Yayınları.
- BOZ, S. S. (2013). Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4/2, 277-332.
- C. Kalkınma Bakanlığı Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü (2016), Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu.
- ÇELİK, F. (2008). Örgütlü Meslek, Örgütlü Toplum, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, <https://www.sdplatform.com/Dergi/137/Orgutlu-meslek-orgutlu-toplum.aspx> Erişim Tarihi: 11.03.2022.
- ÇINAR, N., F., TÜRKOĞLU, Ç. & TÜTÜNSATAR, A. (2017). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29, s. 215-232.
- EKER, A. Y. (2007). Kamu Özel Sektör Ortaklıkları. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2/25, s. 59-67.
- EMEK, U. (2010). *Altyapıda Kamu-Özel İşbirliği Yöntemleri*. İstanbul: İktisadi Araştırmalar Vakfı.
- EMEK, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.
- EPEC, (2014). Establishing and Reforming PPP Units, [epec\\_establishing\\_and\\_reforming\\_ppp\\_units\\_en.pdf](https://www.epec.org/attachments/epec/epec_market_update_2015_en.pdf) Erişim Tarihi: 28.02.2022.
- ERBAŞ, Ö., YAVUZ, C. I. & İLHAN, B. (2012). *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- European PPP expertise Center (2015). Market Update Review of the European PPP Market in 2015, [https://www.eib.org/attachments/epec/epec\\_market\\_update\\_2015\\_en.pdf](https://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2015_en.pdf) Erişim Tarihi: 05.03.2022
- EVERETT, R. (2020). The Role Of Sociology in Health Affairs, Hospital and Healthcare Management, <https://www.hmglobal.com/knowledge-bank/news/the-role-of-sociology-in-health-affairs> Erişim Tarihi: 10.02.2022.
- GÖKKAYA, D. & ERDEM, R. (2021). Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (31), 73-96.
- Green Paper (2004). On Public Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions. *Commission Of European Communities*, s. 3-22.

- HALL, J. (1998). Private opportunity, public benefit?. *Fiscal studies*, 19(2), 121-140.
- HODGE, G. & GREVE, C. (2017). On Public-Private Partnership Performance: A Contemporary Review. *Public Works Management&Policy*, 22(1):55-78.
- JOYNER, K. (2007). Dynamics Evolution in Public-Private Partnerships, The Role of Key Actors in Managing Multiple Stakeholders. *Managerial Law*, 49, 5/6, s. 206-217.
- KARAHANOGULLARI, O. (2011). Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66/3, s. 177-215.
- KEŞLİ, T. A. (2012). *PPP Projelerinin Hukuki Rejimi*. İstanbul: Group Law Publishing Yayıncılık.
- 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, s. 51-78.
- LIEBE M. ve POLLOCK, M. A. (2009). The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service, The Center For International Public Health Policy. *The University of Edinburgh*, s. 1-20. [https://allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/04/CIPHP\\_2009\\_Liebe\\_NHSPFI.pdf](https://allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/04/CIPHP_2009_Liebe_NHSPFI.pdf) Erişim Tarihi: 28.02.2022.
- MAHONEY, J. T., MCGAHAN, A. M. & PITELIS, C. N. (2009). Perspective—The interdependence of private and public interests. *Organization Science*, 20(6), 1034-1052.
- MC KEE, M., EDWARDS, N. & ATUN, R. (2006). Public Private-private partnerships for hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, Nov;84 (11): 890-896.
- NOONAN, K. (2020) “Realizing the Promise of Decentralized Clinical Trials,” Pharma Letter, <https://www.thepharmaletter.com/article/realizing-the-promise-of-decentralized-clinical-trials> Erişim Tarihi: 07.02.2022.
- OECD (2008). Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money. [https://www.oecd-ilibrary.org/governance/public-private-partnerships\\_9789264046733-en](https://www.oecd-ilibrary.org/governance/public-private-partnerships_9789264046733-en) Erişim Tarihi: 21.02.2022.
- OECD (2012). Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public Private Partnerships, <https://www.oecd.org/governance/oecd-recommendation-public-privatepartnerships.htm> Erişim Tarihi: 21.02.2022.
- ÖZER, M. A. & BAYANSAR, R. (2021). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Uygulama Alanları Üzerine Değerlendirmeler, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (68) , 415-436 . DOI: 10.51290/dpusbe.885967
- ÖZTÜRK, O. & KARCIOĞLU, Ö. (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kamu Hastaneleri, *TBB*, s. 259-265. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor\\_6/covid19-rapor\\_6\\_Part26.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part26.pdf) Erişim Tarihi: 21.02.2022.
- PALA, K. (2020). Şehir Hastaneleri Koronavirüs Salgını İle Başa Çıkabilir Mi? <https://www.dw.com/tr/%C5%9Fehir-hastaneleri-koronavir%C3%BCssalg%C4%B1n%C4%B1yla-ba%C5%9Fa-%C3%A7%C4%B1kabilir-mi/a-52811536> Erişim Tarihi: 04.02.2022.
- PALA, K. (2021). *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri Örneği, (Türk Tabipler Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu içinde)*. İstanbul: İletişim Yayınları.

- PARLAK, N., KÖSE, H. Ö. & TOPRAK, M. (2020). Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye Uygulamaları: Sayıştay Raporları Işığında Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 31(119), 9-39.
- PARLAK, N., KÖSE, H. Ö. & TOPRAK, M. (2020). Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye Uygulamaları: Sayıştay Raporları Işığında Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 31(119), 9-39.
- PwC Health Research Institute (2021). Top Health Industry Issues of 2021: Will a Shocked System Emerge Stronger? <https://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/top-health-industry-issues.html> Erişim Tarihi: 04.02.2022.
- PwC. (2020b). Beyond IT: Why the regulatory push toward interoperability requires whole organizational responses from providers, payers, *Health Research Institute*, s. 1-7. <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/health-research-institute/fed-on-interoperability.html> Erişim Tarihi: 04.02.2022.
- ROEHRICH, J.K., BARLOW, J. & WRIGHT, S. (2013). Delivering European healthcare infrastructure through public-private partnerships: The theory and practice of contracting and bundling. In: Professor Das, T.K. (Series Editor); series: 'Research in Strategic Alliances', book: 'Managing PublicPrivate Strategic Alliances', 1 st ed., Information Age Publishing. s. 1-42.
- Sağlık-Sen (2022). URL: <https://www.sagliksen.org.tr/haber/10872/saglik-sen-hekim-haklari-istifa-ve-goc-calistayi-gerceklestirdi> Erişim Tarihi: 13.02. 2022.
- SINSKY, C. & LINZER, M. (2020). Practice and Policy Reset Post-COVID-19: Reversion, Transition, or Transformation?, *Health Affairs*, s. 1405-1411.
- SÖZER, A. N. (2013). Sağlıkta Yeni Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15, s. 215-253.
- STEVENS, J. P., HORNG, S., O'DONOGHUE, A., MORAVICK, S. & WEISS, A. (2020). How one Boston hospital built a COVID-19 forecasting system. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2020/06/how-one-boston-hospital-built-a-covid-19-forecasting-system> Erişim Tarihi: 28.02.2022.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Göç Sağlığı Daire Başkanlığı (2022). URL:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/g%C3%B6%C3%A7men%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-merkezleri> html,Erişim tarihi: 21.03.2022.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (2020). URL: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> Erişim Tarihi: 02.02.2022.
- TEKER, D. L. (2008). Sağlık sektöründe proje finansman modelleri: Türkiye için bir model önerisi ve bir hastane projesinin fizibilite analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (37), 1-18.
- THOMET, A. M. (2016). *Public-Private Partnership, National Council for Public-Private Partnership-NCPPP*. Washington DC, UK.
- TROUT, J. L. ve KLEINMAN, A. (2020). Covid-19 Requires Social Medicine Response, Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Harvard University, Boston, MA, United States, *Frontiers in Sociology*, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.579991>, Erişim Tarihi: 10.02.2022.
- Türk Tabipler Birliği (2021). <https://www.ttb.org.tr/yazismalar.php> Erişim Tarihi: 17.02. 2022.

- Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (2021). Pandemi Şehir Hastaneleri Gerçeği, s. 1-9.  
[https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/pandemide\\_sehir\\_hastaneleri\\_rapor.pdf](https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/pandemide_sehir_hastaneleri_rapor.pdf) Erişim Tarihi: 25.02.2022
- TÜRKDOĞAN, O. (1965). Türk köy sosyolojisine yardımcı olması bakımından, medikal sosyoloji, saha ve problemleri. *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, 6, s. 45-59.
- UZUN, H. (2022). Sağlık Sektöründe Kamu Özel İş Birliği. Çağatay, A. ve Tüzemen, A. (Editör) içinde, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Güncesi*, 1. Baskı, (s. 45-65). Ankara: Gazi Kitabevi.
- WHO (2001). European Regional Consultation on Health System Performance Assessment, Denmark. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107386> Erişim Tarihi: 25.02.2022
- World Bank (2014), *Reference Guide Public-Private Partnerships, Version 2.0*. Washington D.C.: World Bank Publications.  
<https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/publication/the-ppp-reference-guide-version-20> Erişim Tarihi: 20.01.2022
- World Bank, (2021). Global PPI Update, <https://ppi.worldbank.org/en/resources/ppi-resources> Erişim Tarihi: 17.03.2022.