

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR FİNANSMAN YÖNTEMİ OLARAK KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI POLİTİKASININ POLİTİKA HARİTALAMA YÖNTEMİ İLE ANALİZ EDİLMESİ*

ANALYSING PUBLIC -PRIVATE PARTNERSHIP POLICY AS A FINANCING METHOD IN TURKEY HEALTH SECTOR WITH POLITICAL MAPPING

Perihan ŞENEL TEKİN¹

Yusuf ÇELİK²

ÖZET

Sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün ortaklığına dayalı kamu-özel ortaklığı (KÖO) yöntemi Türk sağlık sektöründe de uygulanmaya başlamıştır. Çalışmada Türkiye'deki sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Bu analiz kapsamında, politikanın kapsamı; aktörleri, yanında ve karşısında yer alanlar ile henüz bu politika ile ilgili bir taraf olmayanların pozisyon, etki ve güçleri; kaynakları, bu politika ile ilgili çıkarları veya karşı çıkış sebepleri; bu politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri ile politikanın uygulanabilirliği ve politikanın başarısı için geliştirilen stratejiler açıklanmaktadır. Bu çalışmanın evrenini, Türkiye'de sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikası içinde yer alan kamu ve özel sektör temsilcileri ve bu politika ile ilgili diğer kişi ve gruplar oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak doküman inceleme ve yarı yapılandırılmış soru formları ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma Mayıs-Kasım 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Toplanan veriler Policy Maker 4.0 programı ile analiz edilerek sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu-özel ortaklığı, sağlık, Türkiye, politika haritalama, policymaker.

* Tekin, P. S., & Celik, Y., *Analysing public-private partnership policy as a financing method in Turkey health sector with political mapping*. 7th Biennial Conference in Organisational Behaviour in Health Care, Mind the Gap: Policy and Practice in the Reform of Health Care, Birmingham, 11-14 Nisan 2010 (Sözlü bildiri olarak sunulmuştur).

¹ Ankara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ptekin@ankara.edu.tr

² Hacettepe Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, yucelik@hacettepe.edu.tr

ABSTRACT

Models of public-private partnerships (PPP) based on both public and private collaboration in health care sector have been used in Turkish health policy arena. The aim of this study is to analyse the PPP policy as a financial method in health infrastructure investments in Turkey by using policy mapping method. In scope of these analysis policy actors, the positions and powers, resources, benefits of policy promoters and opponents and neutrals, groups which will be affected by this policy and their characteristics and strategies in order to perform the policy will be explained throughout the study. The population of this study consists of public, private sector agent who works in public private partnerships policy as a financing method in Turkey health care infrastructure and other people and groups who are related to the policy. In this study, the document analysing, face to face interview with semi structured question form are used as a tool to reach data. The interviews were held between the dates of May-November 2009 by face to face interview method. The data gathered from different sources were analysed by using Policy Maker Software 4.0 and the conclusions were made in the light of the literature.

Keywords: *Public-private partnerships, health, Turkey, policy mapping, policy maker.*

GİRİŞ

Devletlerin temel görevlerinden olan kamu hizmet alanı son otuz yılda tüm dünyada hızlı bir değişim yaşamaktadır. Özellikle kamu hizmetlerine olan talebin hızla artmasına karşın kamu finansman kaynaklarının yetersizliği ile finansman sıkıntısı çeken hükümetler bu konuda yeni politikalar üretmeye başlamıştır (Broadbent ve Laughlin, 2003). Bu arayışlar sonunda ortaya çıkan yeni yöntemlerden biri de Kamu-Özel Ortaklığı'dır (KÖO). KÖO, kamu hizmetlerinin özel sektör katkısı ile gerçekleştirilebildiği geniş bir finansman alanını kapsamaktadır. Bu anlamda, hastaneden otoyola, altyapıdan enerjiye, savunmadan hava alanına, okuldan cezaevine birçok alanda uygulanması mümkün olan her türlü kamusal mal ve hizmeti kapsamına almaktadır (Bhat, 2000; Brown, 2005; Davies ve Hobday, 2005; de Bettignies ve Ross, 2010).

Literatürde KÖO'nun, kamunun finansman ihtiyacını özel sektör dinamizmi ile birleştirerek gidermesi, bütçe yetersizliklerinde hizmetin ivedilikle sağlanması, projelerin yatırımcılar ile müzakere edilmesi, kamunun makul olmayan projelere para yatırmalarının önüne geçilmesi, yönetime kamunun da müdahil olabilmesi ve/veya değişen ihtiyaçlara göre hizmetin şeklinin değiştirilebilmesi gibi yararları vardır (McKee vd., 2006; Yescombe, 2007). Bununla birlikte KÖO, ölçek

ekonomisi, özel sektöre risk devri, etkililik, yenilik, özel sektörün yetenekleri, bakım onarım maliyetlerinin özel sektöre devri, kamu sektöründe reformu hızlandırması ve esneklik KÖO yönteminin tercih edilmesi gibi nedenlerle kullanılmaktadır (Barlow ve Köberle-Gaiser, 2008; McKee vd., 2006; Yescombe, 2007).

KÖO, faydaları yanında doğası gereği politik tartışmalara ve eleştirilere de açık bir konudur. KÖO'na yönelik en yaygın eleştiri özel sektörün kamu kaynakları üzerinden kar sağlamasıdır. Kamu hizmetlerinde yaşanabilecek aksaklıklar, kalitesizlik, çalışma koşullarının kötüleşmesi, iş gücü kaybı, ortaklık kurmanın uzun zaman alması ve maliyeti, her iki taraf (kamu ve özel sektör) için de pahalı danışmanlık hizmetleri satın almayı gerektirmesi, özel sektörün düşük risk almasına rağmen yüksek kar beklentisi, KÖO'nun yarattığı borcun kamu finansmanı üzerinde oluşturabileceği yük, KÖO'nun performansındaki başarısızlığın, ortaklığı özelleştirme sınırına getirebilmesi, kamunun kontrol kaybı, projelerdeki riskleri tanımlamanın ve miktarını tespit etmenin zor ve karmaşık olması diğer eleştiri sebepleri arasında yer almaktadır (de Bettignies ve Ross, 2010; Polloc vd., 2007; Pollock vd., 2002; Yescombe, 2007). Bununla birlikte, kamu ve özel sektör birbirinden farklı özelliklere (Pongsiri, 2002), farklı deneyim ve beklentilere sahip iki ayrı yapıdır. Dolayısıyla bu iki farklı yapının ortaklık, yönetim ve iletişim gibi alanlarda sorun yaşaması kaçınılmazdır.

Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı

Tüm kamu hizmet alanları gibi sağlık sektörü de kamu için finansal sorun alanlarından biri olmuş ve bu durum tüm dünyada yönetimleri sağlık sektörü için KÖO uygulamaları ile ilgilenmek zorunda bırakmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008). Kimi ülkelerde kamu hastanelerinin tıbbi olmayan hizmetleri, klinik destek hizmetleri ve/veya özel tıbbi hizmetlerinin dışarıdan (özel firmalardan) satın alınması şeklinde uygulamaları görülmektedir. Kimi ülkelerde ise, kamu hastanesinin özel sektör tarafından yönetilmesi; yeni bir kamu hastanesinin özel sektör tarafından finanse edilmesi, inşaa edilmesi ve tekrar kamuya kiralanması; kamu hastane binasının yine hastane olarak işletilmek üzere veya alternatif kullanım için özel sektöre satılması şeklinde uygulamalara rastlanmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008; Roth, 2001; Yescombe, 2007).

Türkiye'de, ilk yasal zemini Osmanlı döneminde oluşturulan KÖO, seksenli yıllarda elektrik üretimi alanında daha sonraki yıllarda ise otoyol yapım ve bakım hizmetlerinde Yap-İşlet-Devret (YİD),

İşletme Hakkı Devri (İHD) ve Yap-İşlet (Yİ) yöntemleri ile uygulanmıştır. Özellikle doksanlı yıllarda siyasi, ekonomik ve hukuksal altyapı ile siyasi istikrarsızlık ve sözleşme tasarımı yapılan hatalar nedeniyle bu modellerin güvenilirliği tartışılır hale gelmiş ancak Avrupa Birliği'nin somut düzenlemeleri ve fonları ile 2003 yılında KÖO yeniden gündeme gelmiştir.

Türkiye sağlık sektöründe KÖO uygulamaları ilk olarak seksenli yıllarda temizlik hizmet alımı ile başlamış (Tatar, 1993) daha sonra mutfak, güvenlik, bilgisayar bakım-onarım vb. birçok tıbbi olmayan destek hizmetlerinin özel sektörden sağlanması ile devam etmiştir. İmtiyaz şeklindeki KÖO yöntemleri ise, sağlıkta Kur-İşlet-Devret (KİD) modeli olarak uygulanmıştır (Tatar, 1993). KÖO, sağlık altyapı finansmanı olarak ilk kez Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında sağlık tesislerinin modernizasyonu amacı ile gündeme gelmiştir (Tekin ve Çelik, 2010).

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı, Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz etmektir. Bu analiz ile politika altı temel başlıkta incelenmektedir. Bunlar;

1. Tanımı, kapsamı ve süreci;
2. Finansal, idari, coğrafi ve sembolik etkileri;
3. Politikanın aktör haritası
4. Politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri;
5. Politikanın uygulanabilirliği ve olası senaryolarla değerlendirilmesi;
6. Stratejiler.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikaları geliştirme ve bu politikaların hayata geçirilmesi sürecinin anlaşılması oldukça zordur. Çoğunlukla resmi yapı içinde sunulan politika süreci ile gerçekte yaşanan süreç birbirinden oldukça farklıdır. Bu sürecinin anlaşılabilmesinde kullanılan bilimsel yöntemlerden birisi politikanın analiz edilmesidir.

Bu çalışmada politika analizine yönelik geliştirilmiş birçok yöntemden biri olan (Crosby, 1992; Reich, 1996) politika haritalama yöntemi kullanılmıştır. Politika haritalama yöntemi, politika

değişikliklerini hızlı şekilde değerlendirmeye imkân tanıyan sistematik bir araçtır (Aliyu, 2002; Brugha ve Varvasovszky, 2000; Crosby, 1992; Krajewski-Siuda vd., 2008; Reich, 1996) PolicyMaker programı kullanılmıştır. PolicyMaker (PolicyMaker 4.0 Software Computer-Assisted Political Analysis, t.y.) Reich ve Cooper (1998) tarafından geliştirilmiş, bilgisayar tabanlı bir politika analiz aracıdır.

Çalışmanın evreni, politika ile ilgisi ve ilişkisi olduğu varsayılan kamu ve özel sektör temsilcileri ve bu politika ile ilgili diğer kişi ve gruplardan oluşmaktadır. Bu çalışmada “kartopu/zincir örnekleme” yöntemi kullanılarak 35 kişiye ulaşılmıştır. Görüşmeler Mayıs-Kasım 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak doküman inceleme ve yarı yapılandırılmış soru formları ile yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılmaktadır. Doküman incelemesi aşamasında, KÖO ile ilgili mevcut yazın taraması yapılmış, politika kapsamında yer alan ilgili resmi dokümanlar, yasal metinler, medyada yer alan haberler, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) görüşme tutanakları ve ilgili web sayfaları incelenmiş, KÖO ile ilgili bilimsel yayınlar taranmıştır.

BULGULAR

KÖO Politikasının Tanımı ve Kapsamı

Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikası ilgili mevzuata³ göre şu şekilde tanımlanmaktadır:

“Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı’nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması, bu amaçla Maliye Bakanlığı’nca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi; sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesini kapsamaktadır.”

³ Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik. (2006). Resmi Gazete, 26236, 22. Temmuz 2006.

Görüşmelerden elde edilen bilgilere göre (G4; G6-9; G11; G20; G30) politika; *“sağlıkta daha fazla özerklik ve özelleştirmenin bir başlangıcı”* olarak tanımlarken, bazı görüşmeciler (G6-9; G11; G20) ise, *“Kamu hastanelerinin yenilenmesi ve günün ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikli ve modern tesislere olan ihtiyaç, ancak yetersiz finansman sorununa çözüm yöntemi”* olarak değerlendirmektedir. Bazı görüşmecilere (G6-9; G11; G20) göre ise, özel sektörün dinamizmi ve finansal kabiliyeti ile kamunun sağlık hizmeti sunumundaki güvencesini bir araya getirilmesidir.

Politikanın Süreci

KÖO'nun Türkiye sağlık sektörü için gündeme gelişi 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile olmuştur. Bu program kapsamında mevcut sağlık tesislerinin modern sağlık hizmeti ihtiyacına cevap veremeyecek durumda olmasından yola çıkan Sağlık Bakanlığı, İngiltere'de uygulanan Özel Finansman Girişimi (Private Finance Initiative, PFI) yöntemini değerlendirmiştir. Politika zamanla Dünya Bankası (DB), İngiltere ve İspanya gibi ülkelerin hibeler yoluyla desteklediği bir politikaya dönüşmüştür.

Politikaya ilişkin yasal düzenlemeler 2005 Temmuz ayında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na bir madde eklenmesi ve 2006 Temmuz ayında hazırlanan yönetmelikle gerçekleşmiştir. Mevzuat çalışmalarına Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Hazine Müsteşarlığı (HM), Maliye Bakanlığı (MB), Özelleştirme İdaresi (Öİ), KÖO modellerini uygulayan kamu sektör (Ulaştırma Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı gibi) temsilcileri ve bazı sivil toplum örgütleri katılmıştır (G1-4; G6-11).

2006 yılında Sağlık Bakanlığı Kamu-Özel Ortaklığı Dairesi kurulmuştur. Bu kapsamda KÖO yöntemi ile sağlık tesisi yapılacak 40 il tespit edilmiştir (Tekin, 2012).

Politika İle İlgili Görüşme Bulguları

Politikanın Yasal Altyapısına İlişkin Görüşler

Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde politikanın yasal altyapısı ile ilgili genel bir görüş (G1-5); *“Sağlık altyapı finansmanında KÖO uygulamaları için ayrı bir yasal altyapıya gerek yoktur. ...3996'nın kapsamı genişletilerek iş ve işlemler yürütülebilir. Yeni bir düzenleme KÖO ile ilgili dağınık mevzuat yapısına bir yenisini ekleyecektir.”*

Bir diğer görüş ise; *“KÖO politikası hususunda çerçeve kanunun olmamasıdır.”* Genel görüş, çerçeve kanunun çıkması ve diğer kanunların da hızla buna adapte edilmesi; genel çerçevenin

belirlenmesi ve her şeyin bu genel çerçeve içine yerleştirilmesi gerekliliğidir. Böyle bir düzenlemede geç kalınırsa birçok proje daha önceki mevzuatlarla hayata geçirilecek ve bu düzenlemeden beklenen yarar sağlanamayacaktır.

Politikanın yasal altyapısının oluşturulması sırasında birçok tarafın yukarıdaki eleştirilerine karşın yasanın tartışıldığı ve onaylandığı TBMM’de yasa görüşmeleri sırasında yapılan tek tartışmanın Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulacak olan KÖO Daire Başkanlığı’na yönelik eleştiriden ibaret olması (Anonim, 2007) ise ilginç bir tespittir.

Politikanın İdari Altyapısına İlişkin Görüşler

Her ne kadar Sağlık Bakanlığı içinde KÖO Dairesi’nin kurulması ve burada idari bir yapının oluşturulması önemli bir gelişme olarak görülse de bu konuda idari yapılanmanın özellikle içinin doldurulmaması veya özellikle uzman bir yapı oluşturulması yönünde bir çalışmanın olmaması ciddi eleştiri konusudur (G1; G2; G3).

Politikanın Sonuçlarına İlişkin Görüşler

Politikanın Finansal Etkileri

KÖO politikasının finansal etkileri olumlu ve olumsuz finansal etkiler olarak ele alınmaktadır. Görüşmecilere (G1-2; G4-11; G30) göre:

- *Sağlık tesislerinin yenilenmesi ve yenilerinin yapımında karşılaşılan finansman sorununun çözülebilmesi,*
- *Uzun vadeye yayılmış borçlanma ile yatırım yapma esnekliği kazanabilme ve aynı anda çok sayıda projeyi hayata geçirebilme,*
- *Projelerin kendi kendisini finanse edebilme olasılığı,*
- *Kamu kaynaklarının daha verimli ve öncelikli alanlara kaydırılabilmesine imkân sağlama.*

Görüşmecilerin (G12-13; G21-28; G31) üzerinde durdukları olumsuz etkileri:

- *Döner sermaye üzerinde geri ödeme yükünü artırma olasılığı,*
- *Genel bütçe üzerinde yük oluşturma olasılığı,*
- *Yüksek maliyetli projelerin finansmanında uluslararası yatırımın yer alması,*

- *Kamu sağlık sektöründe özel sektörün hakim olmasının getireceği piyasayı kontrol edebilme gücü, sağlık hizmetinden yararlanmada adaletsizlikler ve kontrolsüz sağlık harcaması olasılığı,*
- *Yüksek sağlık hizmeti maliyetleri.*

Politikanın İdari Etkileri

Sağlık altyapı yatırımlarında KÖO yönteminin kullanılması geleneksel kamu yatırım yönteminde etkin rol alan DPT ve HM'nin bu süreçteki rolünde değişiklik yaratmış; bu güne kadar Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) olarak adlandırılan yöntemin adı sağlık sektörü için KÖO olarak değişmiştir. KÖO Daire Başkanlığı'nın kurulmuştur. İhtiyaç duyulan uzmanlık gücü için bireysel ve kurumsal danışmanlık hizmeti satın alınmıştır. Bu konuda yaşanan sıkıntı (G1): *"Yurt dışında böyle 1000 yataklı hastane projelerinde 500 kişiye yakın çalışan görev alırken; şu anda KÖO Daire Başkanlığı'nda 20 kişi çalışıyor ve bunların birçoğu konuya tamamen yabancı. Kamunun uzman açığı danışman ve müşavir firmalarla karşılanabiliyor."*dir.

Politikanın Coğrafi Etkileri

Sağlık sektöründe KÖO yönteminin kullanılması projelerin yapılacağı il ve ilçelerde önemli değişiklikler yaratacaktır. İlgili bölgede arazilerin değeri artacak, kiralar yükselecek ve ayrıca yerel yönetimler tarafından birçok altyapı yatırımı yapılması ile bu bölgelerin cazibesi artabilecektir (G4; G6-9; G11).

Politikanın Sembolik Etkileri

Koepfel ve diğerleri (2007)'nin Edelman (1971)'den aktardığına göre, bazı politikalar gerçekte uygulama isteği olmaksızın sadece sembolik etkilerinden yararlanmak için gerçekleştirilirler. Bu politika için görüşmecilere böyle bir sembolik etkinin olup olmadığı sorulduğunda, genel olarak politikanın sembolik bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir.

Politikanın Tarafları

Bu çalışmada alınan cevaplar ışığında PolicyMaker programında bir aktör haritası çıkarılmış ve politikayı destekleyen, muhalefet eden ve tarafsız kalan aktörler ve bunların güçleri Tablo 1'de verilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü üzere Başbakan⁴, Sağlık Bakanı⁵, AKP

⁴ Tayyip Erdoğan, 59-61. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Başbakanı.

⁵ Recep Akdağ, 58-61. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti Sağlık Bakanı.

Milletvekilleri, Maliye Bakanlığı, İngiltere, İspanya, DB, Avrupa Birliği, Sağlık Bakanlığı danışmanları, HM, Öİ, bankacılık sektörü, International PPP Türkiye Platformu, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği (SAYED), Müteahhitler Birliği, Kamu Özel Ortaklığı Derneği ve NKY Mimarlık Türkiye sağlık sektöründe finansman yöntemi olarak KÖO politikasını güçlü şekilde destekleyen aktörlerdir. DPT ve sağlık çalışanları ise politikaya orta düzeyde destek veren aktörler olarak sayılabilmektedir.

Görüşmecilerden elde edilen görüşlere göre iki önemli ve güçlü aktör olan IMF ve SGK politika için temkinli davranarak tarafsızlar arasında yer almaktadır. Tablo 1'in sağ tarafında güç ve etkilerine göre politikaya muhalefet eden aktörler arasında Barolar Birliği ve TTB gibi güçlü meslek örgütleri ile Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Tıp Kurumu Derneği gibi çok güçlü olmayan ancak politikaya karşı ciddi argümanlar üreten sivil toplum kuruluşları ile Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, muhalefet partileri ve üniversiteler yer almaktadır. Politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre yapılan analize göre politika mevcut durumu ile yüksek oranda desteklenen bir politika özelliği taşımaktadır (Bkz. Şekil 1).

Politikadan Faydalananlar

Görüşmelerden elde edilen bulgulara göre, KÖO politikası ile Sağlık Bakanlığı kısa sürede büyük sağlık yatırımları yapabilecek ve kısa sürede altyapısını yenilemiş olacaktır. Görüşmecilerin önemli bir çoğunluğu, bu politikadan öncelikle hizmetten yararlananlar yani hastalar ve hasta yakınlarının daha sonra da sağlık çalışanları ve sağlık tesisinden eğitim alanların fayda sağlayacağını düşünmektedir.

KÖO politikasının fayda sağlayacağı bir diğer taraf ise, finans kuruluşları, yatırımcılar ve danışmanlardır (G1-8; G20).

Sağlık hizmeti vatandaşın önem verdiği bir hizmettir ve siyasi getirisi yüksektir. KÖO modelleri ile yapılacak projeler inşaattan, tedarike, işletmeden bakım onarıma kadar pek çok boyutunda ciddi bir istihdam kaynağıdır. Politikanın uygulamaya geçmesiyle birlikte dolaylı olarak bu tesislerin yapılacağı coğrafi bölgelerde arazi değerleri, ticari faaliyetler ve altyapı olanakları artacaktır.

Politikadan Zarar Görenler

Özellikle politikaya karşı çıkan görüşmeciler, bu politikanın zararlarını ve zarar görecektir tarafları dile getirmektedir. G12-13, G21-28 ve G31'e göre; "Öncelikle büyük ölçekli bu projelerde yer alamayacakları için önceden bakanlıkla çalışabilen küçük müteahhitler bu politikadan zarar görecekler." (G26)'e göre: "Sistemin

dışında kalabilecek bu küçük firmalar tıpkı süpermarketlerin açılıp bakkalların sonunun gelmesi gibi sağlık sektörü için piyasadan silinebilme riski ile karşı karşıya kalacaktır.”

Bütün görüşmecilerin üzerinde görüş birliğine vardığı bir diğer konu ise, KÖO politikası ile yapılacak projelerde geri ödemelerin sebep olabileceği zararlardır. Görüşmeciler, gelirleri artırmak için mevcut sistemde zaten var olan kötü uygulamaların artarak devam etme ihtimali ve bu yapının sağlık harcamalarını çok artıracığı ve SGK açığının bu nedenle daha da yükseleceği konusu üzerinde durmaktadır (G12-13; G21-28; G31).

Sağlıkta KÖO politikasından zarar görmesi en muhtemel taraf kamu tarafıdır. Yetersiz veya yanlış hesaplanmış fizibiliteler, kötü yönetilmiş ihale süreçleri veya yanlış seçilmiş bir KÖO modeli ile kamu zarara uğratılabilir. Bu tür modellerde özel sektörün konuya çok daha fazla hakim olması ve çalışma felsefesi nedeniyle kamu karşısında daha güçlü olduğu düşünülmektedir (G12-13, G21-28 ve G31)

Bir de politikanın başarısızlığı ile zarar görebilecek taraflar vardır ki bunlar, KÖO politikasında rol alan siyasi, bürokrat, teknokrat ve danışmanlardır. Böyle büyük projelerde başarısızlığın faturasını çoğunlukla bürokratlar ödemek zorunda kalmaktadır (G1; G4; G7-8; G12-13; G21-28; G30-31).

Görüşmecilerin bu politika ile ilgili kaygıları özellikle sağlık kentleri projeleri ile ilgilidir. Sağlık kentlerinin planlandığı gibi hayata geçirilmesi ile sağlık sektörünün tüm yapısına zarar verebileceği düşünülmektedir (G12-13, G26 ve G31). Politikayı hükümetin diğer sağlık politikaları ile birlikte değerlendiren G26'ya göre ise: “*Bu politika ile aile hekimliği ile kent hastaneleri arasında başka kademe kalmayacak ve bu ikili yapı bir birinci basamak bir de üçüncü basamak dediğimiz yapıdan oluşacaktır.*”

Politikaya İlişkin Senaryolar

Araştırma kapsamında politikanın geleceğine ilişkin senaryolar:

Senaryo1: Hükümet değişikliği.

Hükümette meydana gelen bir değişim ile bakan, başbakan ve hükümetin politikaya verdiği destek azalacak veya tamamen ortadan kalkabilecektir. Bu durumda politikanın uygulanabilirliği ile ilgili olası üç durumun ortaya çıkabileceği varsayılmaktadır. Bunlar:

1. Uygulanan proje yok ise, politikadan tamamen vazgeçilebilir.
2. Uygulanan projeler varsa, bu projeler sürdürülür ancak yeni projeler üretilmez.
3. Uygulanan projeler başarılı olursa politika sürdürülebilir.

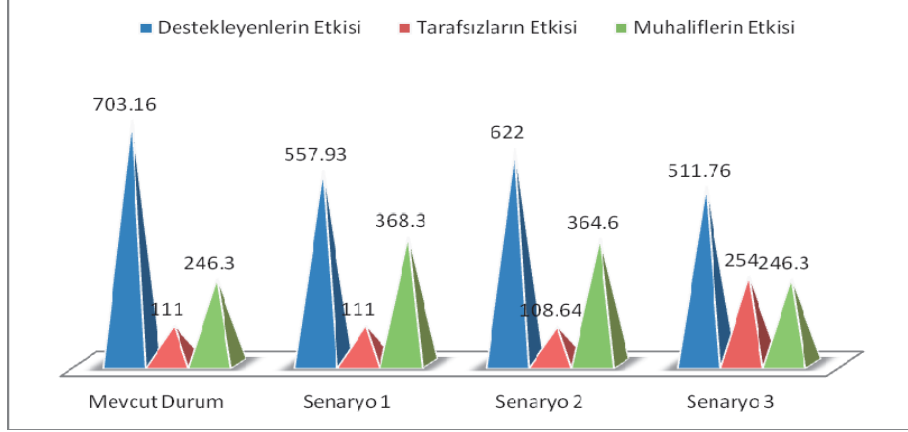
Tablo 1 ve Şekil 1’de görüldüğü gibi her ne kadar politikanın en önemli aktörleri ortadan kalksa ya da güçleri ve etkileri zayıflasa da politikayı destekleyen diğer aktörlerin gücü politikayı sürdürülebilir kılmaktadır.

Senaryo 2: Politikanın ilk uygulamalarında oluşabilecek yasal ve mali sorunlar.

Sağlıkta KÖO politikasının ilk projelerinde meydana gelebilecek maliyet artışı ya da projelere yönelik açılan davaların sayısı ve etkisi arttıkça politikanın aktörlerinde bazı değişiklikler yaşanabilecektir. Bu senaryoya göre politikanın uygulanabilirliği mevcut duruma göre daha düşük bir puan almıştır (Bkz. Şekil 1). Ancak sonuç olarak politika halen uygulanabilir durumdadır.

Senaryo 3: Politikayı destekleyen özel sektörün politikaya karşı ilgisini etkileyebilecek olumsuz gelişmeler.

Özel sektör yatırımcıları, finans kuruluşları ve diğer ülkelerin politikaya destekleri değiştiği takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar bu senaryo altında incelenmektedir. Yukarıda sayılan aktörlerin politikaya karşı yaklaşımını etkileyebilecek durumlar arasında küresel ekonomik kriz, politik istikrarsızlık ya da projelerin cazip bulunmaması gibi sebepler yer alabilir. Senaryoya göre özel sektörün politikaya karşı tarafsız kalacağı varsayılmıştır. (Bkz. Tablo 1). Sonuç olarak bu senaryoda da politika uygulanabilir durumda görülmektedir. Ancak ortaklık temeline dayanan politikada ortaklardan birinin olmamasına rağmen hükümetin bu politikayı uygulayabilmesi pratikte mümkün olamayacaktır.



Şekil 1. Türkiye'de sağlık altyapı yatırımlarında finansman yöntemi olarak KÖO yönteminin kullanılması politikasının mevcut durum, senaryo 1, senaryo 2 ve senaryo 3'e göre uygulanabilirliği.

Politika İçin Stratejiler

Araştırmanın bu bölümünde sağlıkta KÖO politikası ile ilgili yapılan görüşmeler ve derlenen bilgiler ışığında politikanın başarısına yönelik çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Bunlar:

Strateji 1: Ortaklığa iyi hazırlanmış bir kamu, projelerde daha az sorunla karşılaşacaktır.

Strateji 2: Uzun vadede tüm sektörlerde KÖO uygulamalarının kurumsallaştırılması gerekmektedir.

Strateji 3: Devam eden projelerin yürütülebilmesi açısından mevzuat çalışmalarının durdurulması.

Strateji 4: Şeffaflık ve standardizasyon.

Strateji 5: Hukuki altyapının yeniden düzenlenmesi ve özellikle uluslararası tahkim konusunda kamu tarafının bilgi asimetrisinin giderilmesi.

Strateji 6: Danışmanlara olan bağımlılığı ortadan kaldırmak için kurumsal altyapının güçlendirilmesi.

Strateji 7: Muhtemel risklerin belirlenmesi ve riskleri azaltıcı önlemler alınması.

Strateji 8: Kamu yönetiminde zihniyet değişimi.

Strateji 9: Eleştirilere karşı projelerin hayata geçirilmesi ile deneyim kazanılması.

Strateji 10: Tüm süreçlerde üniversiteler, uzmanlar ve akademisyenlerle işbirliği yapılması.

Strateji 11: Diğer ülke deneyimleri incelenmeli ancak Türkiye koşullarına uygun çözümler üzerinde çalışılmalı.

Strateji 12: Büyük KÖO projeleri için Avrupa Birliği ile Türkiye'deki anlayış farklılığının ortadan kaldırılması.

Strateji 13: Projelere yatırımcı ilgisini artırabilecek çözümler üretilmesi.

Strateji 14: Politikaya karşı çıkan tarafların haklı oldukları konularda yeniden çözüm üretilmesi.

Strateji 15: Politika ile ilgili olumlu görüşler yanında olumsuz görüş ve eleştiriler de aynı ciddiyet ve samimiyetle karşılanmalı, değerlendirilmeli ve üzerinde düşünülmesi.

Strateji 16: Uygulama deneyimlerinin bir sonraki projelere aktarılması için düzenlemeler yapılması.

Strateji 17: Kurumsal sahiplenme.

Strateji 18: Politikanın oluşturulması, proje hazırlık ve uygulama aşamalarının tümünde konu ile ilgili paydaşların (sendika, STÖ, kurum, kuruluş ve ilgili tüm tarafların) bilgi, görüş ve deneyiminden yararlanılması.

Strateji 19: Uzun vadeli projelerde politik sahiplenme.

Strateji 20: Yerli sektör temsilcilerini teşvik.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında toplanan veriler ışığında yapılan analiz sonuçları politikanın güçlü şekilde desteklendiğini ve uygulanabilir bir politika olduğunu göstermiştir. Nitekim politika uygulama aşamasındadır ve ilk projeler hayata geçirilmeye başlanmıştır. Ancak bir politikanın desteklenmesi uygulamada başarılı olabileceğini gösterir mi, önemli olan konu budur. Diğer ülke ve sektör deneyimleri ve ilgili literatürden elde edilen bilgiler uygulama ve politikanın başarısı düşünüldüğünde gerçek hayatta politik desteğin yeterli olmadığını göstermektedir. Özellikle İngiltere'de Hazine Komisyon raporlarında KÖO'nin verimlilik sağladığı yönünde bulgular yer alsa

da, birçok akademik çalışma KÖO'nin yol yapımı ve hapisane yönetimi gibi uygulamalarda başarıya ulaştığını ancak sağlık ve eğitim gibi alanlarda verimlilik sağlayamadığını ortaya koymaktadır (Flinders, 2004).

Araştırmanın en önemli bulgularından biri, politikanın uygulamalarında bazı sorunların ortaya çıkabilecek olmasıdır. Bu sorun alanlarından en önemlisi YKD ve YİD modellerindeki finansal hesaplamaların doğru şekilde yapılabilmesidir. Bu hesaplar ne kadar sağlıklı yapılırsa kamunun geri ödeme yükü o kadar az olacak ve politikaya yönelik en ciddi eleştiriler ortadan kalkacaktır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008). Bu kapsamda diğer ülke ve sektör deneyimleri (English, 2007; Hodge ve Greve, 2007) örnek alınmalıdır. Özellikle İngiltere, İspanya, Portekiz, İtalya, Kanada ve Güney Afrika (Yescombe, 2007) örnekleri bu stratejiyi desteklemektedir (Flinders, 2004).

Literatürde de KÖO ile ilgili en yaygın incelenen konu risktir (Bing et al., 2005; Bult-Spiering ve Dewulf, 2008; Nisar, 2007; Pollock vd., 2007; Zhang, 2007). KÖO için kritik başarı faktörleri ile ilgili bir çalışmada 18 başarı faktörü içinde risk dağılımı ikinci sırada yer almaktadır (Bing vd., 2005). Dolayısıyla risk dağılımı ve risklerin iyi hesaplanması KÖO politikasının en önemli konusudur.

Ayrıca ülkelerin ulusal politik tutumları ve kapasiteleri KÖO uygulamalarının gelişmesi için önemlidir. Kamu yönetimi içinde KÖO için özel bir birim oluşturulması, hem kamu hem de özel sektörün tutumu ve yönetsel kapasitenin artırılması gelecekte daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayacaktır (Renda ve Schrefler, 2006).

KÖO'nda ilerleyen süreçler özel sektörün artan uzmanlığına karşı kamuyu insan kaynağı gücünün yetersizliği ile karşı karşıya bırakacaktır. Ancak orta vadede KÖO için özel olarak oluşturulan bir birim, taraflar arasındaki bilginin toplanması, analiz edilmesi ve yayılmasını sağlayarak bu gibi sorunları ortadan kaldıracaktır. KÖO bakımından yönetimin temel sorunu kamu ile özel sektör arasındaki etkileşimin nasıl düzenleneceğidir. Ana amaç, kamu mal ve hizmetlerinde kaliteyi ve verimliliği artırmak ve bunu yasal çerçevede gerçekleştirmektir. KÖO'nun nasıl gerçekleştirilebileceği sorusunun genel tek bir cevabı yoktur. Cevap her pazar koşuluna ve her bir projeye göre değişmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008).

Tablo1. Türkiye Sağlık Altyapı Yatırımlarında Finansman Yöntemi Olarak KÖO Yönteminin Kullanılması Politikasının Aktör Analizi (Mevcut Durum-MD, Senaryo 1-S1, Senaryo 2-S2, Senaryo 3-S3)

Güçlü Destek	Orta Destek			Zayıf Destek			Tarafları			Zayıf Muhalefet			Orta Muhalefet			Güçlü Muhalefet					
	MD	S1	S2	S3	MD	S1	S2	S3	MD	S1	S2	S3	MD	S1	S2	S3	MD	S1	S2	S3	
Başbakan	MB	Başbakan	Başbakan	Başbakan	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
Sağlık Bakanı	HM	Sağlık Bakanı	Sağlık Bakanı	Sağlık Bakanı	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK
SB	Öl	Öl	Öl	Öl	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
MB	İngiltere	İngiltere	İngiltere	İngiltere	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK
HM	İspanya	İspanya	İspanya	İspanya	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
Öl	DB	DB	DB	DB	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK	SGK
İngiltere	AB	AB	AB	AB	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
İspanya	ÖS	ÖS	ÖS	ÖS	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
DB	BS	BS	BS	BS	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
AB					IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
ÖS					IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
BS					IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
ORTA	İPPP	İPPP	İPPP	İPPP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP	AKP
	SB KÖO D	SB KÖO D	SB KÖO D	SB KÖO D	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya
	AKP	AKP	AKP	AKP	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF
	SAYED	SAYED	SAYED	SAYED	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya	Medya
MÜTB	MÜTB	MÜTB	MÜTB	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	IMF	
ZAYIF	NKYM	NKYM	NKYM	NKYM	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD	HHYD
	KÖOD	KÖOD	KÖOD	KÖOD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD	SİD

Kısaltmalar:

- SB: Sağlık Bakanlığı
- MB: Maliye Bakanlığı
- HM: Hazine Müsteşarlığı
- Öl: Özeleştirme İdaresi
- DB: Dünya Bankası
- ÖS: Özel Sektör
- BS: Bankacılık Sektörü
- İPPP: International PPP Platform
- Türkiye
- DPT: Devlet Planlama Teşkilatı
- SB KÖO D: Sağlık Bakanlığı KÖO Program danışmanı ve diğer Danışmanlar
- AKP: Adalet ve Kalkınma Partisi
- SAYED: Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği
- MÜTB: Mütahhiller Birliği
- NKYM: NKY Mimarlık
- KÖOD: KÖO Derneği
- SC: Sağlık Çalışanları
- IMF: Uluslararası Para Fonu
- SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
- HHYD: Hasta ve Hasta Yakınları Derneği
- SID: Sağlık İdaresleri Derneği
- BB: Barolar Birliği
- TTB: Türk Tabipler Birliği
- CHP: Cumhuriyet Halk Partisi
- MHP: Milliyetçi Hareket Partisi
- Üni: Üniversiteler
- ÖH: Özel Hastaneler
- TKD: Tıp Kurumu Derneği
- HASUDER: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

KAYNAKLAR

- Aliyu, Z. (2002). Policy mapping for establishing a national emergency health policy for Nigeria. *BMC International Health and Human Rights*, 2(1), 5.
- Anonim (2007). TBMM. (3 Haziran 2007). TBMM Genel Kurul Tutanağı. 22. Dönem 5. Yasama Yılı 121. Birleşim. http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_g.birlesim_baslangi.c... Erişim Tarihi:14.15.2013.
- Barlow, J. and Köberle-Gaiser, M. (2008). The private finance initiative, project form and design innovation: The UK's hospitals programme. *Research Policy*, 37(8), 1392-1402.
- Bhat, R. (2000). Issues in health: public-private partnership. *Economic and political weekly*, 4706-4716.
- Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P. J. and Hardcastle, C. (2005). The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK. *International Journal of Project Management*, 23(1), 25-35.
- Broadbent, J. and Laughlin, R. (2003). Public private partnerships: an introduction. *Accounting, Auditing ve Accountability Journal*, 16(3), 332-341.
- Brown, C. (2005). Financing transport infrastructure: for whom the road tolls. *Australian Economic Review*, 38(4), 431-438.
- Brugha, R. and Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health policy and planning*, 15(3), 239-246.
- Bult-Spiering, M. and Dewulf, G. (2008). *Frontmatter*: Wiley Online Library.
- Crosby, B. (1992). Stakeholder analysis: A vital tool for strategic managers: USAID's Implementing Policy Change Project.
- Davies, A. and Hobday, M. (2005). *The business of projects: managing innovation in complex products and systems*: Cambridge University Press.
- de Bettignies, J.-E. and Ross, T. W. (2010). The Economics of Public-Private Partnerships: Some Theoretical Contributions. *International Handbook on Public-Private Partnerships*, 3, 132.
- English, L. M. (2007). Performance audit of Australian public private partnerships: legitimising government policies or providing independent oversight? *Financial Accountability ve Management*, 23(3), 313-336.

- Flinders, M. (2004). The politics of public-private partnerships. *The British Journal of Politics ve International Relations*, 7(2), 215-239.
- Hodge, G. A. and Greve, C. (2007). Public-private partnerships: an international performance review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558.
- Krajewski-Siuda, K., Romaniuk, P. and Gericke, C. A. (2008). Political analysis of the conception of the Polish National Health Fund. *Journal of Public Health*, 16(2), 153-159.
- McKee, M., Edwards, N. and Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890-896.
- Nisar, T. M. (2007). Risk management in public-private partnership contracts. *Public Organization Review*, 7(1), 1-19.
- Pollock, A. M., Price, D. and Player, S. (2007). An examination of the UK Treasury's evidence base for cost and time overrun data in UK value-for-money policy and appraisal. *Public Money and Management*, 27(2), 127-134.
- Pollock, A. M., Shaoul, J. and Vickers, N. (2002). Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *BMJ: British Medical Journal*, 324(7347), 1205.
- Pongsiri, N. (2002). Regulation and public-private partnerships. *International Journal of Public Sector Management*, 15(6), 487-495.
- Reich, M. R. (1996). Applied political analysis for health policy reform. *Current issues in Public health*, 2, 186-191.
- Renda, A. and Schrefler, L. (2006). *Public-Private Partnerships: National Experiences in the European Union*. Centre for European Policy Studies, Brussels, 22, 5.
- Roth, A. (2001). The new anti-Government front on the NHS. *British Journal of Healthcare Management*, 7(9), 354-354.
- Tatar, F. (1993). *Privatisation and Turkish health policy*, University of Nottingham.
- Tekin, P. Ş. (2012). Public-Private Partnership and The Healthcare Sector. *Turkish Review*, 2(4), 48-55.
- Tekin, P. S. and Celik, Y. (2010). Analysing public-private partnership policy as a financing method in Turkey health sector with political mapping. Paper presented at the 7th Biennial Conference in

Organisational Behaviour in Health Care, Mind the Gap: Policy and Practice in the Reform of Health Care.

Yescombe, E. R. (2007). Public-private partnerships: principles of policy and finance: Butterworth-Heinemann.

Zhang, H. (2007). A redefinition of the project risk process: Using vulnerability to open up the event-consequence link. *International Journal of Project Management*, 25(7), 694-70.