

Yayın Geliş Tarihi: 07.01.2019
Yayına Kabul Tarihi: 30.12.2019
Online Yayın Tarihi: 29.09.2020
http://dx.doi.org/10.16953/deusosbil.509594

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
Cilt: 22, Sayı: 3, Yıl: 2020, Sayfa: 935-960
ISSN: 1302-3284 E-ISSN: 1308-0911

Araştırma Makalesi

İNGİLTERE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİNİN TÜRKİYE'DEKİ ŞEHİR HASTANELERİ UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİLERİ: POLİTİKA TRANSFERİ BAĞLAMINDA BİR ANALİZ

Yusuf UYSAL*

Öz

Sağlık sektöründe Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) modeli 1990'larda İngiltere'de uygulanmaya başlanmış ve bu ülkeden dünyaya yayılmıştır. KÖİ modelini uygulayan ülkelerin bazıları İngiltere örneğini doğrudan transfer etmiş, bazıları da kendi sağlık sistemlerine uyarlama yolunu tercih etmişlerdir. Bu bağlamda, sağlık sektöründe KÖİ "altyapı tabanlı model", "ayrık klinik servisler modeli" ve "entegre KÖİ modeli" olmak üzere üç alt model şeklinde uygulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, İngiltere KÖİ örneği esas alınarak gerçekleştirilen şehir hastaneleri modelinin politika transferi bağlamında incelenmesidir. Bu amaçla, şehir hastanelerinde uygulanan KÖİ modeli çeşitli açılardan İngiltere KÖİ modeliyle karşılaştırılmaktadır. Karşılaştırma, özel sektör girişimcilerinin yapısı, kamu ve özel sektörün görev ve sorumluluk paylaşımı, özel sektöre ödenen bedeller, özel amaçlı şirketin kuruluşu ve işlevi, modelin uygulandığı sektörler, karşılaşılan riskler ve risklerin paylaşımı, modele yöneltilen eleştiriler ve tesisin kamuya devri başlıklarında ele alınmaktadır. Bu değerlendirmeler ve karşılaştırmalar sonucunda, şehir hastanelerinde kullanılan KÖİ modelinin İngiltere örneği esas alınarak uygulandığı sonucuna varılmıştır. Nitel araştırma yöntemi ile yapılan çalışmada, doküman incelemesi veri toplama yöntemi kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu-Özel İşbirliği, Politika Transferi, Şehir Hastaneleri, Türkiye, İngiltere.

Bu makale için önerilen kaynak gösterimi (APA 6. Sürüm):

Uysal, Y. (2020). İngiltere Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Türkiye'deki Şehir Hastaneleri Uygulamaları Üzerine Etkileri: Politika Transferi Bağlamında Bir Analiz. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22 (3), 935-960.

* Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Gediz Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, ORCID: 0000-0003-3872-3119, yusuf.uysal@dpu.edu.tr

THE EFFECTS OF ENGLAND PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP MODEL ON THE CITY HOSPITAL PRACTISES IN TURKEY: AN ANALYSIS IN THE CONTEXT OF POLICY TRANSFER

Abstract

In the health sector, the Public-Private Partnership (PPP) model was introduced in the UK in the 1990s and spread from this country to the world. Some of the countries implementing the PPP model have directly transferred the example of England and others have preferred to adapt to their own health systems. In this context, PPP is implemented in the health sector as three sub-models: "infrastructure-based model", "discrete clinical services model" and "integrated PPP model".

The aim of this study is to examine the city hospitals model that performed by based on the example of England PPP, in the context of policy transfer. For this purpose, the PPP model applied in city hospitals is compared with the UK PPP model in various aspects. Comparison is covered under the headings of the structure of private sector entrepreneurs, the sharing of duties and responsibilities of the public and private sector, the fees paid to the private sector, the establishment and function of the special purpose company, the sectors in which the model is applied, encountered risks and sharing of risks, the criticisms directed to the model and the transfer of the facility to the public. As a result of these evaluations and comparisons, It was concluded that the PPP model used in city hospitals was applied based on the example of England. In the study which was conducted with qualitative research method, document analysis data collection method was used.

Keywords: *Public-Private Partnership, Policy Transfer, City Hospitals, Turkey, England.*

GİRİŞ

1980'lerden itibaren artan sağlık hizmeti harcamaları hükümetleri bu alanda yeni işbirlikleri yapmaya ve yeni hizmet modelleri geliştirmeye zorlamıştır. Bu zorlama küresel ölçekte hissedilmiş, sadece dış kapalı yönetimlere sahip az sayıda ülke bu baskıya direnebilmiştir. Özel sektör girişimcilerinin sağlık hizmetlerine daha çok katılması yaşanan sorunların bir reçetesi olarak görülmüş; bu bakış açısı da sağlık alanında özel sektörün daha yaygın faaliyette bulunmasında ve daha önemli sağlık hizmetleri üstlenmesinde rol oynamıştır. Ancak, özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımında hangi yöntemlerin, hangi amaçlarla, ne oranda ve nasıl kullanılacağı gibi soruların ülkeler bazında farklı cevap bulduğu ve uygulandığı görülmektedir. Diğer birçok sektörde olduğu gibi sağlık alanında da özel sektör girişimcilerinin faaliyette bulunmalarının en önemli yollarından biri KÖİ uygulamaları olmuştur.

Sağlık sektöründe hem ulusal hem de uluslararası boyutta sağlık tesislerinin alt yapısını oluşturmak, sağlık hizmeti sunmak, ilaç geliştirmek, ilaçların dağıtımını yapmak ve salgın hastalıkların kontrolünü sağlamak gibi amaçlarla KÖİ uygulamalarına gidilebilmektedir. 1990'lardan itibaren İngiltere'de uygulanmaya

başlanan ve daha sonra hızla yayılan KÖİ modeli, çeşitli sosyoekonomik gelişmişlik seviyesine sahip ülkelerde farklı alt modellerle uygulanma imkânı bulmaktadır. Başka bir deyişle, KÖİ İngiltere’de ortaya çıktıktan sonra politikaları, araçları, programları, uygulayıcı kurumları gibi boyutlarıyla diğer ülkeler arasında da hızla yayılmıştır. KÖİ’nin bir ülkede ortaya çıkıp oradan dünyaya yayılması onun politika transferine konu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde politika transferi ve KÖİ’nin temel özellikleri ve kavramsal çerçevesi incelenmektedir. İkinci bölümde, sağlık hizmetleri alanında KÖİ modelinin ortaya çıkışı, gelişim süreci, güncel uygulamaları, sağlık alanında KÖİ’lerin yayılmasına etki eden faktörler ve KÖİ çeşitleri incelenmektedir. Üçüncü bölümde, politika transferi bağlamında sağlık sektörü KÖİ’leri değerlendirilmektedir. Son bölümde ise, ilk olarak, İngiltere ve Türkiye’de sağlık sektörlerinde KÖİ uygulamalarının tarihsel süreci, organizasyon yapıları ve sağlık sistemine etkileri ele alınmaktadır. Daha sonra, İngiltere’de sağlık sisteminde uygulanan Özel Finans Girişimi (ÖFG) modeli ile Türkiye’de şehir hastaneleri modelinin karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Bu bağlamda, iki ülke uygulamaları özel sektör girişimcilerinin yapısı, kamu ve özel sektörün görev paylaşımı, özel sektöre ödenen bedeller, özel amaçlı şirketin kuruluşu ve işlevi, modelin uygulandığı sektörler/alanlar, karşılaşılan riskler ve risklerin paylaşımı, modele yöneltilen eleştiriler ve tesisin idareye devri gibi açılardan karşılaştırılarak birbirleriyle benzeyen/aynı olan konular ele alınmaktadır. Türkiye için henüz yeni olan sağlık alanında KÖİ uygulamalarında İngiltere modelinin ne ölçüde etkisinin olduğu üzerinde durulmaktadır.

POLİTİKA TRANSFERİ VE KÖİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Politika Transferi

Politika transferi, belli bir zamanda veya mekânda uygulanan politika, yönetsel düzenleme ve/veya kurumlarla ilgili bilgilerin başka bir zaman ya da mekânda politika, yönetsel düzenleme ve/veya kurumların düzenlenmesinde ve geliştirilmesinde kullanımını ifade eden süreç olarak tanımlanmaktadır (Dolowitz ve Marsh, 2000, ss. 5-9). Daha genel bir ifadeyle, politika transferi bir siyasi sistemdeki politikaların, uygulamaların ve stratejilerin başka bir siyasi sistemde kullanmak amacıyla alınması olarak tanımlanabilir (Wolman, 1992, s. 27). Bu tanımlardan bir ülkede uygulanmış veya uygulanmakta olan politikaların, yönetsel düzenlemelerin, programların, kurumların, stratejilerin politika transferine konu olabilecekleri başka bir deyişle, politika transferinin nesnelere olabilecekleri anlaşılmaktadır.

Literatürde farklı yönetimlerin politika girişimleri ve uygulamalarından dersler çıkarmayı amaçlayan politika transferi sürecine ilişkin birçok kavram kullanılmaktadır. “ders çıkarma”, “politika ödünç alma”, “politika alışverişi”, “fikirleri ihraç etmek”, “nüfuz etme”, “sistematik fikir aşırma” gibi kavramların

hepsi bu süreci ifade etmek amacıyla kullanılan kavramlardır. Buna rağmen, en yaygın olarak kullanılan kavramlar, “yayıma-diffusion”, “yakınsama-convergence”, “ders çıkarma-lesson drawing” ve “politika transferi-policy transfer” dir. Bu kavramların tümü benzer bir süreç ile ilgilenmelerine rağmen, “politika transferi” diğer kavramlardan çok daha geniş bir olguya işaret etmektedir (Sobacı, 2014, s. 72; Stone, 1999, s. 52). Bu anlamda kullanımıyla 1990’ların sonları ile 2000’lerin ortası arasında yoğun olarak araştırmalara konu olmuş politika transferi, günümüzde de Avrupalılaştırma, küreselleşme ve politik yenilikler gibi daha geniş olguların analizinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Benson ve Jordan, 2011, s. 366).

Dolowitz ve Marsh tarafından çizilen politika transferinin genel çerçevesine göre, politika transferi ile ilgilenen aktörler seçilmiş kişiler, bürokratlar/kamu görevlileri, siyasi partiler, baskı grupları, politika girişimcileri ve uzmanlar, çok uluslu şirketler, düşünce kuruluşları ve ulus üstü kuruluşlardır. Başka bir deyişle, politika transferi bu aktörleri içermektedir. Yazarlara göre, politika transferi kopyalama, öykünme, karışım ve esinlenme olarak dört derecede olabilmekte ve uluslararası, ulusal ve yerel seviyeden transferler gerçekleştirilebilmektedir (Dolowitz ve Marsh, 2000, s. 9).

Ülkeler çeşitli faktörlerin etkisi ile politika transferi yapmaya yönelmektedirler. Bu bağlamda, politika transferi “gönüllü transfer” ve “zorlayıcı transfer” olarak ikiye ayrılabilirken, düzlemin bir ucunda “tam gönüllü politika transferi” diğer ucunda da “doğrudan zorlayıcı politika transferi” yer almaktadır. Farklı transfer nedenleri bu iki uç neden arasında yer almakta ve politika transferinin farklı alt uygulamalarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Sobacı, 2011, s. 195). Bu nedenler, ders çıkarma (sınırlı rasyonellik), uluslararası baskılar (imaj, konsensüs, algılar), dışsalılıklar ve koşulsallıklardır (borçlanma, ticari faaliyetler, yükümlülükler) (Dolowitz ve Marsh, 2000, s. 9). Ülkedeki bazı belirsizlik durumları, gönüllü politika transferini teşvik edici bir faktördür. Siyasi çatışmalar, ekonomik krizler, yeni politikaların yarattığı sorunlar politika yapıcılarını benzer sorunlarla başa çıkmış ülkelerin uygulamalarına bakmaya yöneltmektedir (Stone, 1999, s. 54).

KÖİ Modeli

Altyapı tesislerinin inşası ve kamu hizmetlerinin sunumuna özel sektörün katılımı, çok eskilere dayandırılabilmeyle birlikte 1980’lerden itibaren Yeni Kamu İşletmeciliği (YKİ) paradigmasıyla yeni bir boyut ve ivme kazanmıştır. YKİ’nin temel kabulleri arasında daha küçük ancak daha işlevsel bir devlet yapısı, özel sektörün yönetim anlayışının benimsenmesi ve kamu hizmetlerine özel sektörün daha çok katılımı yer almaktadır. YKİ’yi çeşitli sebeplerle eleştiren ve YKİ’ye bir meydan okuma veya bir alternatif olma iddiasıyla ortaya çıkan Post-YKİ yaklaşımlarda da işbirliği, koordinasyon ve ortaklık vurgusu kamu hizmetlerinde kamu ve özel

sektörün belli bir amacı gerçekleştirebilmek için işbirliği yapmaları için bir fırsat ortamı oluşturmuştur.

Post-YKİ olarak adlandırılan bu dönemde 1990'lı yıllardan itibaren İngiltere'de KÖİ uygulamaları başlamış ve hızla yayılmıştır. Bu bağlamda, 1980'lerden sonra hız kazanan özelleştirme, ekonomilerde birinci liberalleşme akımı olarak değerlendirilirse 1990'lardan itibaren hızla yayılan KÖİ uygulamaları ikinci liberalleşme akımı olarak da değerlendirilebilir (Tekin, 2007, s. 10). İlk olarak Birleşik Krallık'ta ÖFG olarak uygulanmaya başlanan KÖİ, uluslararası literatürde ve uygulamada Public-Private Partnership (PPP) olarak kavramsallaştırılmaktadır. KÖİ Birleşik Krallık'ta uygulanmaya başladıktan sonra kısa sürede başta ABD, Kanada, Avustralya gibi birçok ülkede kullanılan yaygın bir model olmuştur. KÖİ projeleri, sayılan bu ülkelerle sınırlı kalmamış farklı sosyoekonomik gelişmişlik seviyesine sahip birçok ülkede karayolu, demiryolu, havaalanı, liman, konut ve kamu binalarının yapımı ile enerji, sulama/su temini, kentsel altyapı, eğitim ve sağlık gibi birçok sektörde uygulama alanı bulmuştur.

KÖİ, kamu ve özel sektör aktörlerinin birlikte ürün ve hizmet geliştirdikleri ve bu ürünlerle bağlantılı riskleri, maliyetleri ve kaynakları paylaştıkları işbirliğini ifade etmektedir (Ham ve Koppenjan, 2001, s. 598). KÖİ'yi "Eksik imtiyaz modeli" olarak adlandıran Karahanoğulları'na göre bu kavram, bir kamu hizmetinin yürütülmesi için gerekli olan altyapı tesislerinin yapımının ve hizmet parçalarının özel girişimciye bırakıldığı ve çekirdek hizmetin kamu personelleri tarafından yürütüldüğü modeli ifade etmektedir (Karahanoğulları, 2011, s. 181). Daha kapsamlı bir tanımla KÖİ, altyapı yatırımlarının planlanması, finansmanı, yapılması, işletilmesi ve kamu hizmetinin sunulması süreçlerinde kamu kurumları ile özel sektör girişimcilerinin bir sözleşme çerçevesinde yetkileri, sorumlulukları ve riskleri paylaşmak suretiyle işbirliği yapmaları esasına dayanan kamu hizmeti yürütme, satın alma ve finansman modeli olarak tanımlanabilir.

KÖİ'nin kamu altyapı yatırımları ve hizmetlerinin özel sektör eliyle görüldüğü diğer finansman modellerinden ayıran en önemli özelliği, proje ve hizmetlere ilişkin risklerin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması ve oldukça geniş kapsamlı sözleşme ilişkilerinin bir araya gelmesiyle oluşmasıdır (Usta ve Bilgiç, 2016, s. 250). Ayrıca, KÖİ'ler genellikle uzun vadeli bir sözleşmeye dayanması, taraflardan birinin mutlaka kamu kurumu olması, kazanç ve risk paylaşımına dayanması ve genellikle sözleşme süresinin sonunda varlıkların (tesis ve ekipman) devlet mülkiyetine geçmesi gibi temel özelliklere sahiptirler.

KÖİ'nin kamu idaresi ve özel sektör girişimcileri için oldukça avantajlı bir model olduğu yönünde görüşlere rastlandığı gibi taraflar için birçok dezavantajı bünyesinde barındıran bir model olduğu yaklaşımına da yer verilmektedir. Bu bağlamda, KÖİ'lerin proje ile ilgili risklerin taraflar arasında paylaşılmasına imkân sağlaması, KÖİ projelerinin belirlenen zaman ve bütçe sınırları içerisinde bitirilebilmesi, KÖİ ile sunulan hizmetlerin üzerinde kamunun düzenleme ve

denetim yetkisinin devam etmesi, tarafların yetersiz veya eksik oldukları yönlerin oluşturulacak sinerji ile tamamlanması, kamu maliyesinin projelerin finansman yükünden kurtulması ve maliyetlerin azaltılması, KÖİ'nin kamu projelerinde özel sektörün bilgi, birikim, tecrübe ve yönetim şeklinin kullanımına imkân vermesi, etkinlik ve verimlilik artışlarına yol açması, kamu hizmetlerinde teknik yenilik ve daha yüksek kalite standartlarına ulaşma gibi avantajları sayılabilir (Parvu ve Olteanu, 2009, s. 197; Acartürk ve Keskin, 2012, s. 26). Ayrıca, projelerin gelir getirici projeler olarak tasarlanıp yapılandırılabilmesi (Roumboutsos ve Pantellias, 2015, s. 184) ve KÖİ'lerle kamu sektöründe görülen hantallık ve kaynak israfının azaltılmasının mümkün olması (Şahin ve Uysal, 2012, s. 163; Renda ve Schrefler, 2006, s. 1) KÖİ'lerin önemli avantajları arasında sayılmaktadır.

Bun avantajlarına karşın, literatürde KÖİ'lerle kamu hizmetlerinin özel sektörün kontrolüne bırakılması, KÖİ'lerde projelerin toplam maliyeti ile özel sektöre ödenen bedeller arasında yüksek bir fark olması, maliyet etkinliğinin sağlanamaması, dengeli bir risk dağılımının gerçekleştirilmesinde zorlukların yaşanması, şimdiki hizmet bedellerinin gelecek kuşaklara ödettirilmesi, KÖİ süreçlerinin yeterince açık ve şeffaf olmaması, finansmana hazine garantilerinin getirilmesi, karmaşık yapı ve denetim zorlukları, muhasebe ve raporlama standartlarında eksiklikler, kamu ve özel sektörlerin amaç ve kültür farklılığı, işlem masraflarının yüksekliği gibi dezavantajlı yapısına da vurgu yapılmaktadır (Uysal, 2017, s. 187-191). KÖİ'lerin teknik fayda ve maliyet analizinin yapılabilmesine yönelik verilere ulaşamaması da önemli bir dezavantaj olarak değerlendirilmektedir (Küçük, 2017, s. 761) Ayrıca, yükleniciler ve/veya altyükleniciler aralarında doğması muhtemel uyuşmazlıkların kamu idaresini zor durumda bırakması da KÖİ'nin dezavantajları arasında sayılan önemli bir husustur (Sözer, 2014, s. 240).

1990'lı yıllardan itibaren hızla yayılan KÖİ projelerinin 2006 ve 2007 yıllarından itibaren kısmen azalma ve dalgalı bir süreç yaşadığı görülmektedir. Özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde yukarıda değinilen dezavantajların biri veya daha fazlasının etkisi ve yaşanan ekonomik krizler gibi sebeplerle 2005 ve 2007 yılları arasında proje sayısı ve proje değeri açısından en yüksek seviyelere ulaşan KÖİ yatırımları dalgalı bir seyir izlese de bu yıllardan itibaren bir miktar azalma eğilimine girmiştir. Buna göre, AB ülkelerinde 2006 yılında 136 KÖİ projesi varken, bu sayı 2012'de 62'ye düşmüştür. Takip eden yıllarda proje sayıları 2013'de 82, 2014'de 79, 2015'de 49, 2016'da 68, 2017'de 44 ve 2018'de 39 olarak gerçekleşmiştir. Projelerin mali değerleri de benzer bir seyir izlemektedir. Buna göre, 2006 yılında toplam yatırım değeri yaklaşık olarak 28 milyar Euro iken, bu miktar 2012'de yaklaşık olarak 12 milyar Euro'ya düşmüştür. 2013'de 20, 2014'de 16, 2015'de 15, 2016'da 12, 2017'de 15 ve 2018'de 15 milyar Euro olarak gerçekleşmiştir (European Investment Bank, 2018).

SAĞLIK HİZMETLERİ VE KÖİ

Özel sektör aktörlerinin hem doktorlar, eczaneler ve hastanelerle doğrudan hizmet sağlayıcıları olarak hem de sağlık alanında malzeme ve teknolojilerin sağlayıcıları veya üreticileri olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda yer almaları uzun bir geçmişe sahiptir (Wolf ve Toebes, 2016, s. 79). Ancak, 1980'lerin başlarına kadar özel sektörün ulusal veya uluslararası sağlık hizmetlerine katılımı asgari düzeyde ve genellikle sivil toplum örgütleriyle ve politika müzakereleri alanıyla sınırlı kalmıştır (Ruckert ve Labonté, 2014, s. 1598). 1980'lerden itibaren neoliberalizm, küreselleşme, iletişim ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler gibi faktörlerin etkisiyle sağlık alanında özel sektörün faaliyetleri artmaya başlamıştır. Örneğin Çin gibi kapalı ekonomik modeli benimsemiş bir ülke bile piyasa ekonomisine geçiş çalışmalarının bir sonucu olarak 1984'te hükümetin sağlık sektöründeki rolünü azaltmaya başlamıştır (Wolf ve Toebes, 2016, s. 81). 1990'lardan itibaren ise, Birleşik Krallık'ta KÖİ'nin ilk uygulanma şekli olan ÖFG modeliyle sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör arasında yapılan uzun süreli bir sözleşme temelinde birlikte yürütülmeye başlandığı görülmektedir.

İngiltere'de uygulandıktan sonra sağlık alanında KÖİ'ler hızla yayılmış, bazı yıllarda proje sayısı ve değerlerinde azalmalar görülse de 2018 yılı itibariyle dünya genelinde sağlık sektöründe KÖİ projelerinin sayısı yaklaşık olarak 600'e yaklaşmıştır. Bu altyapı projelerinin %60'ından fazlası Avrupa'da bulunmaktadır. Kuzey Amerika, projelerin %15'inden biraz fazlasına sahipken, Sahra-altı Afrika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri, projelerin %5'inden daha azına sahiptir. Verilere ülke bazında bakıldığında, İngiltere ve Kanada birlikte operasyonel projelerin üçte ikisinden fazlasına sahiptirler. Geri kalanlar Avustralya, Fransa, Hindistan, İrlanda, İtalya, Japonya, Meksika, Birleşik Arap Emirlikleri, ABD, Mısır, Kenya gibi birçok ülkeye yayılmış durumdadır (Abuzaineh vd., 2018, s. 10). Türkiye ise, sağlık alanında KÖİ uygulamalarına diğer ülkelere göre geç ama oldukça etkileyici ve geniş kapsamlı bir ölçekte giriş yapmış, 2005 yılında mevzuat altyapısını oluşturduğu KÖİ modelini sağlık sistemini modernize etmede önemli bir araç olarak kullanmaktadır.

Sağlık sektöründe KÖİ uygulamalarıyla özel sektörün faaliyet alanı iyice genişlemiştir. Bazı ülkeler özel sektör ağırlıklı sağlık hizmetleri sunumunu bir hükümet politikası olarak kabul ederken, bazıları özel sektöre daha sınırlı bir rol vermiştir. Kuruluşlar bazen örtüşen hizmetler sunsa bile, on yıllardır çoğu ülkede kamu ve özel sektörün farklı oranlarda risk ve sorumluluk üstlendiği tesisler var olmuştur. Bu karışımında, kamu ve özel sektörler KÖİ olarak adlandırılan yönetim şemaları altında aynı tesiste bir arada bulunmaktadır. Bazı genel model türlerini tanımlamak mümkün olmasına rağmen, KÖİ projelerinde uygulanan modeller ve projelerin sahip olduğu özellikler ülkeden ülkeye farklılık arz etmektedir (Cruz ve Marques, 2013, s. 471-472).

KÖİ'lerin sağlık alanında kısa sayılabilecek bir sürede hızla yaygınlık kazanmasında çeşitli faktörler rol oynamıştır. Öncelikle KÖİ modeli hükümetlerin daha fazla kişiye daha fazla sağlık hizmeti sunmalarına ve maliyet zorluklarını aşmalarına yardımcı olmuştur. Başka bir deyişle KÖİ'lerin hızla yaygınlaşmasındaki en önemli sebeplerden biri sağlık harcamalarının kamu bütçeleri üzerindeki büyük baskısından kurtulmaktır (Lossa ve Martimort, 2011, s. 442-445; 2016 Global health care Outlook, 2016, s. 11; Abuzaineh vd., 2018, s. 5). 2020 yılına kadar OECD ve BRIC (Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin) ülkelerinin toplam sağlık hizmetlerine yatırım miktarının 54,5 trilyon € ve sağlık altyapı yatırımlarının da 3 trilyon € olacağı (Bejm, 2013, s. 5) dikkate alındığında bu ölçüde bir sermaye ihtiyacının sadece kamu kaynaklarından karşılanmasının oldukça güç olacağı değerlendirilmektedir. Bu nedenle, hükümetler KÖİ gibi yeni yöntemlerle kamunun üstündeki maliyet baskısını azaltmak istemektedirler.

Hükümetler zaman zaman sermaye sağlamada güçlüklerle karşılaştıkları gibi, teknolojiye, yönetme yeteneğinde ve verimlilik sağlamada da yetersizliklerle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle, temel sağlık hizmetlerinin daha yaygın olarak ve kalite odaklı sunulmasında geleneksel kamu hizmeti yaklaşımını tamamlayan KÖİ'ye başvurulmaktadır (International Finance Corporation, 2013, s. 1). KÖİ uygulamalarıyla özel sektör tedarikçilerinin teknik, yetenek, fikir ve avantajlarından faydalanarak hizmet kalitesinin yükseltilmesinin yanında, rekabet vasıtasıyla maliyet etkinliğinin sağlanması ve risklerin paylaşılmasına olanak sağlaması gibi faktörler de KÖİ uygulamalarının artmasında rol oynamıştır (Holmes, Capper ve Hudson, 2006, s. 568). Ayrıca, nüfus artışı ve nüfusun yaşlanması, yeni hastalık türlerinin ortaya çıkması, vatandaşların sağlık hizmetlerindeki kalite beklentilerindeki artışlar, sağlık sistemlerinin daha komplike bir yapıya bürünmesi ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin yaygınlaştırılması zorunluluğu gibi faktörler hükümetleri sağlık alanında özel sektörle işbirliği yapmaya (KÖİ sözleşmeleri yapmaya) teşvik etmiştir veya zorlamıştır.

Hükümetlerin KÖİ'lerle hangi sağlık hizmetlerini sundukları, bir başka deyişle hükümetlerin hangi hizmetlere ulaşmak için KÖİ'leri kullandıkları tercih edilen KÖİ modeline göre değişmekle birlikte genel olarak bir KÖİ uygulamasında 6 (altı) hizmetten bir ya da daha fazlasına ulaşma amaçlanmaktadır. Bu hizmetler, projenin finansmanı, tasarımı, yapımı, bakımı, işletilmesi ve dağıtımı hizmetlerinin biri veya daha fazlası olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde KÖİ'nin uygulanması, kamu ve özel sektörün projede üstlendikleri sorumluluk ve risk oranlarına göre farklılık arz etmektedir. Özel sektör KÖİ projelerinde başta finansman olarak, bütün sorumluluğu veya belli bazı sorumlulukları üstlenirken kamu kurumu da bazı güvenceler sağlamaktadır (Nikolic ve Maikisch, 2006, s. 2). Buna göre, sağlık hizmetlerindeki KÖİ'ler sağlık altyapısını inşa etmek veya yenilemek için tercih edilen "altyapı tabanlı model", hizmet sunma kapasitesini arttırmak veya genişletmek için tercih edilen "ayrık klinik servisler modeli" ve kapsamlı bir altyapı

ve hizmet sunumunu sağlamak için tercih edilen “entegre KÖİ modeli” olmak üzere üç alt modelde toplanabilir (Abuzaineh vd., 2018, s. 12).

POLİTİKA TRANSFERİ BAĞLAMINDA KÖİ'LER

KÖİ'ler konusunda yapılan çalışmalarda en önemli sınırlılıklardan biri kamu ve özel sektör aktörlerinden “ticari sır” gerekçesiyle bilgi ve belge temininde yaşanan zorluklardır. Bu durum, KÖİ uygulamalarının yeterince açık ve şeffaf yürütülmediği konusunda literatürde ve uygulamada sıkça eleştirilmesine sebep olmaktadır. Bu bağlamda, KÖİ'lerin politika transferine konu olup olmadığı veya ne ölçüde konu olduğu konusunda birinci derece kaynaklara ulaşmak oldukça güçtür. Ancak, KÖİ'nin ve politika transferinin özellikleri göz önüne alındığında politika transferine konu olduğu anlaşılmaktadır.

Öncelikle, Dolowitz'e göre politika transferi her zaman aynı derecede veya oranda gerçekleştirilen bir işlem değildir. Bu nedenle, politika transferinin kopyalama, öykünme, melezleştirme ve sentez ile esinlenme olmak üzere dört derecesi bulunmaktadır (Dolowitz, 2003, s. 105). Buna göre, politika transferinin kapsamı oldukça geniş olup, bir ülkenin başka bir ülkede uygulanan bazı politika, strateji ve uygulamalardan esinlenmesi bile politika transferi kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca, KÖİ'lerin dünya üzerinde çok geniş bir coğrafyada hızla yayılması ve ülkeler arası karşılaştırmalarda uygulama yöntemleri ve süreçlerindeki yüksek benzerlik oranları KÖİ'lerin politika transferi yolu ile dünya üzerine yayıldığı yönündeki görüşü destekler niteliktedir.

Bu nedenle, KÖİ'nin İngiltere kökenli bir model olduğu ve bu ülkeden çok farklı sosyoekonomik gelişmişlik seviyesine sahip diğer ülkelere yayıldığı göz önünde bulundurulduğunda modelin çeşitli boyutlarıyla farklı derecelerde politika transferine konu olduğu anlaşılmaktadır. Hükümetler İngiltere örneğinde KÖİ'leri kopyalama derecesinde olmasa da öyküleme, melezleştirme ve sentez veya esinlenme derecesinde kendi ülkelerinde uygulama yoluna gitmişlerdir. Başka bir deyişle İngiltere'de uygulanan KÖİ politikalarının, KÖİ ile ilgili yönetsel düzenlemelerin, programların, kurumların, stratejilerin başka bir ülke tarafından transfer edilerek uygulanması söz konusu olmuştur. KÖİ modellerinin birbirlerinden siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel yönden farklılık arz eden çeşitli ülkelerde çok fazla değişikliğe uğramadan uygulanması KÖİ modellerinin transfer edilerek uygulandığı görüşünü desteklemektedir.

Ayrıca, İngiltere'de kamu ve özel sektör aktörlerinin tutumu ve KÖİ'nin temel özellikleri KÖİ'nin politika transferi yoluyla yayılmasına katkı sağlamıştır. İngiliz hükümetleri diğer ülkelerdeki KÖİ uygulamalarını destekleyen bir yaklaşıma sahip olmuşlardır. İngiliz hükümetlerinin bu stratejiye sahip olması ve İngiltere özel sektör firmalarının da bu politikaları destekleyen yaklaşımları KÖİ'lerin diğer ülkelerde hızla yaygınlaşmasında rol oynayan faktörler olmuştur. KÖİ konusunda İngiltere'de özel sektör şirketlerinin diğer ülkelerdeki şirketlerden daha çok

deneyime sahip olmaları KÖİ reformlarının uluslararası alanda yaygınlaşmasından daha çok yararlanma imkânına sahip olmalarına yol açmaktadır. Bu nedenle, İngiliz firmaların danışmanlık, inşaat ve diğer sözleşmeler yoluyla İngiltere KÖİ modelinin özellikle gelişmekte olan ülke hükümetleri tarafından kabul görmesi konusunda çeşitli girişimleri söz konusu olmaktadır. Girişimlerin başarılı olması durumunda bu strateji kendi başına bir politika aktarımı mekanizması haline gelmektedir (Holden, 2009, s. 329). Bu bağlamda, İngiliz şirketlerinin KÖİ uygulamaları konusundaki istekli tutumları KÖİ politikalarının transferine olumlu anlamda katkı sunmaktadır.

Holden, İngiliz firmalarının bu girişimlerinde ve politika transfer çabalarında firmalarının kendi ticari menfaatlerini ön planda tuttıklarını ifade etmektedir. Yazara göre, örneğin sağlık alanında İngiliz firmalarının KÖİ uygulamalarını transfer çabaları gelişmekte olan ülke vatandaşlarının sağlığı için iyi olandan ziyade firmaların ticari menfaat elde etmeleri ve bu menfaatleri sürdürmeleri amacına dayanmaktadır. Bu nedenle, İngiliz firmalarının KÖİ uygulamalarından gelişmekte olan ülkelerin “ders çıkarımına” yönelik çabalarından değil, sadece belirli hizmetleri satmak için politikayı “satmak” girişiminden söz edilebilir (Holden, 2009, s. 329).

KÖİ uygulamalarının politika transferine konu olmasını sağlayan ve kolaylaştıran diğer faktör ise, KÖİ'nin yapısal ve fonksiyonel özellikleridir. KÖİ'nin politika transferi yoluyla başka ülkelerde hızla yayılmasına imkân veren özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- KÖİ'nin bir ülkede uygulanabilmesi politika transferinde asıl karar mekanizması olan siyasi otoritenin güçlü desteği ile kamu kurumlarının işbirliği ve koordinasyonuna bağlıdır.

- KÖİ'nin ulusal veya yerel nitelikte olabilen ve başta sağlık ve ulaştırma olmak üzere eğitim, atık yönetimi, su/sulama, enerji, konut ve sosyal projeler gibi birçok sektörde uygulanabilen esnek yapısı farklı ülkelerde kolaylıkla uygulanmasına imkân vermektedir.

- KÖİ'nin özel sektörün finansman, etkinlik, verimlilik, esneklik, bilgi ve deneyimlerinden faydalanma imkânı vermesi ve kamu hizmetlerinin finansmanından kurtulma imkânına kavuşan kamu kurumları için cazip bir model olması politika transferine konu olma oranlarını arttırmaktadır.

- KÖİ'nin çok sayıda alt modele sahip olmasıyla ülkelere göre farklılık gösterebilen çok boyutlu yapısı daha fazla ülke tarafından uygulanmasına yol açmaktadır.

KÖİ'lerin yaygın olarak kullanıldığı sektörlerden biri sağlık sektörüdür. KÖİ'ye sağlık sektöründe başvuran ülkelerde uygulamanın yoğunluğu veya ölçeğine bağlı olarak değişmekle birlikte KÖİ'ler uygulayıcı ülkenin sağlık politikalarını ve uygulamalarını köklü bir şekilde değiştirme ve dönüştürme potansiyeline sahiptir. Bu değişim ve dönüşümün en somut örneklerinin görüldüğü ülkelere ikisi İngiltere ve Türkiye'dir. Bu ülkelerde sağlık alanında KÖİ uygulamaları sağlık

hizmetleri politikalarında, planlamalarında ve hizmetin sunulma şeklinde köklü reformların hayata geçirilmesinde rol oynamaktadır.

Konuya Türkiye'deki şehir hastanelerinin İngiltere'de uygulanan ÖFG modeli örnek alınarak gerçekleştirilmesi özelinde yaklaşıldığında da bir politika transferinden söz edilebilir. Çünkü Dolowitz, gazete, televizyon, radyo ve internet gibi medya araçlarını, raporları, konferansları, toplantıları, ziyaretleri, yazılı ve sözlü beyanatları politika transferinin varlığını ispatlama yöntemleri olarak saymaktadır (Dolowitz, 2000, s. 9) Literatürde ve söz konusu ispat yöntemlerinde şehir hastanelerinin ÖFG modeli esas alınarak yapıldığı ve işletildiği ile ilgili çeşitli kaynaklara ulaşmak mümkündür (TTB, 2008, s. 8; Pala, 2018, s. 8; Sözer, 2013, s. 247; Tükel, 2018). Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından şehir hastanelerinin kuruluşundan önce Avrupa ülkeleri başta olmak üzere dünyada 28 ülkenin modelinin yerinde incelendiği ifade edilmiştir (<https://www.haberler.com>, 22.03.2013). Tüm bu model inceleme ve araştırma süreci sonucunda İngiltere'de uygulanmakta olan ÖFG'nin örnek alınarak uygulandığı görülmektedir.

Ayrıca, yukarıda ifade edildiği üzere sağlık alanında KÖİ modeli olarak bazı ülkelerde “ayrık klinik servisler modeli” ve “entegre KÖİ modeli uygulamalarına rastlanmaktadır. Ancak, şehir hastaneleri modelinde İngiltere'de uygulanan ve sağlık altyapısını inşa etmek veya yenilemek için kullanılan “altyapı tabanlı model” tercih edilmiştir. Bu durum şehir hastanelerinde diğer ülkelerde KÖİ'nin farklı uygulama şekilleri yerine İngiltere esaslı bir modelin benimsendiğini ortaya koymaktadır.

ŞEHİR HASTANELERİNDE İNGİLTERE KÖİ MODELİNİN ETKİLERİ

KÖİ modeli, İngiltere'de muhafazakâr hükümet tarafından altyapı yatırımlarına kaynak sağlamak amacıyla uygulanmaya başlanmış, 1997 sonrasında işçi partisi hükümeti döneminde de devam ettirilmiştir. Bu ülkede 1990'ların başından itibaren KÖİ modeli ile 12 yılda yaklaşık olarak 100 Ulusal Sağlık Servisi hastanesi inşa edilmiştir. 2009 yılında bu model ile kurulan hastaneler 159'a ulaşmıştır. Bu sayı o dönem hastane programlarının yüzde 90'ına karşılık gelmekteydi (Price, 2011, s. 289). 2013 sonu itibariyle İngiltere'de kamu ile özel sektör arasında imzalanan toplam 684 sözleşmenin büyük çoğunluğunu ÖFG sözleşmeleri oluşturmuştur. Geri kalan sözleşmeler ise KÖİ'nin diğer modelleriyle yapılması öngörülen projeleri içeren sözleşmelerdir (National Audit Office, 2013, s. 6). İngiltere'de ÖFG modelinin yoğun bir şekilde tercih edilmesinin temel gerekçeleri ise, özel sektöre risk transferinin yapılabilmesi, kamu için daha büyük maliyetlerden kaçınılabilmesi ve diğer seçeneklere göre zamanında ve belirlenen bütçe sınırları içinde kalınarak hizmetlerin sağlanabilmesi şeklinde özetlenebilir (United Nations Economic Commission for Europe, 2012, s. 12) Ayrıca, politika uygulayıcıları özel sektörün kamu sektöründen daha etkili ve yenilikçi olduğunu ve ÖFG modelinde paranın karşılığının (Value for Money) daha iyi sağlanacağını iddia etmektedirler. Bu modelde hastane birlikleri kendi hastanelerinin sahibi olmak yerine yeni hastane yapımı veya hastanelerin yenilenmesi işini özel

sektöre yaptırarak bu tesislere kira ödemektedirler (Shaoul, Stafford ve Stapleton, 2008, s. 101).

ÖFG modeli, kamu hizmetlerinin sunulmasının kamu sektöründen özel sektöre uzun bir süreliğine transfer edilmesi anlamına gelmekte olup (Alshawi, 2009, s. 1) bir tasarlama, yapım, finansman sağlama ve işletme modeli olarak uygulanmaktadır. Son yirmi yılda sağlık sektöründe büyük sermaye yatırımlarının finansmanın birincil yolu olan ÖFG ile çok ihtiyaç duyulan alanlarda büyük ve yeni finans kaynağı temin edilmiştir. Bu kaynak büyük oranda bütçe dışı finansman olduğundan yeni borçlanma gibi görünmemektedir (McKee, Edwards ve Atun, 2006, s. 891). Sözleşme ile destek hizmetlerinin özel sektör girişimcisine verilmesi ve temel hizmetlerin kamu sektörü tarafından sunulmaya devam edilmesi, ÖFG modelinin bir özelliği olduğundan sadece sağlık hizmetlerinde değil eğitim gibi diğer hizmet alanlarında da aynı şekilde görev paylaşımı yapılmaktadır (Hall, 2003, s. 6).

ÖFG modelinde başarılı bir yüklenici biri projeye finansman sağlamak için bankalarla, ikincisi hastane inşa etmek için inşaat şirketiyle ve sonuncusu da genellikle otuz yıl boyunca tesisi yönetmek için tesis yönetim şirketi ile olmak üzere üç tür sözleşme yapmaktadır. Sözleşme süresi boyunca sağlık kuruluşu kendi gelirlerinden belli bir miktarını yükleniciye ödemeyi taahhüt etmekte ve yüklenici tesisin iyi işlemesi ve düzenini sağlamak için sözleşmeye bağlı olarak bakım ve diğer bazı hizmetleri üstlenmektedir (McKee, Edwards ve Atun, 2006, s. 891). ÖFG, sadece kamu yatırımları için alternatif bir finansman kaynağı değil, aynı zamanda sermayeye ilişkin hizmetlerin de sunulduğu bir sözleşmedir. Bu modelde özel sektör tarafından finanse edilerek inşa edilen tesisin sözleşme gereği kamu sektörüne kiralanması zorunludur. Böylece, kamu sektörü sözleşmeden kaynaklanan ödemelerini gelecek yıllarda ödemekte özel sektör de gelecek yıllara dair gelir garantisi sağlamış olmaktadır (Sawyer, 2005, s. 231).

Bu açıklamalardan sonra İngiltere’de uygulanan KÖİ modeli olan ÖFG’nin temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir (Alshawi, 2009, s. 1):

- KÖİ’ler mal satın alımı değil hizmet satın alımıdır.
- KÖİ’lerde kamu sektörünün temel amacı paranın karşılığını sağlamak ve özel sektörün teknik bilgi ve tecrübesinden faydalanmaktır.
- KÖİ’lerde kamu ve özel sektör arasında risk yönetimi ayrılmaktadır.
- KÖİ altyapı projelerinde proje ömrü süresince kamu ve özel sektör arasında işbirliği esastır.

Türkiye’de ise, sağlık sektörünün temel sorunlarına çözüm bulunması, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi ve finansmanının sağlanması amaçlarıyla 2003 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla bir takım değişim ve dönüşüm planları uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık sigorta sistemlerinin tek bir çatı altında toplanması, sosyal sigorta kurumlarına ait

hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, acil servis hizmeti sağlayan birimlerin sayısının artırılması gibi hedeflerinin yanında hedeflerinin önemli bir bölümü de hastanelerin yapılmasında ve işletilmesinde özel sektörün rolünün artırılması suretiyle modern tesisler haline getirilmesi ve idari ve mali özerkliğinin artırılması olmuştur. Söz konusu programla Türkiye 29 sağlık bölgesine ayrılmış ve hizmetler buna göre planlanmaya başlanmıştır. KÖİ modeli ile inşa edilmeye başlanan şehir hastaneleri Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen değişim ve dönüşüm sürecinin en önemli unsurlarından biri olmuştur.

2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm programının KÖİ ile şehir hastaneleri kurmak ve işletmekle ilgili olan kısmı 2005 yılında mevzuatta yapılan bazı değişiklikler ile somutlaşmaya başlamıştır. 03.07.2005 tarihli ve 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile KÖİ modeli ilk kez sağlık mevzuatında yer almıştır. 2005-2013 yılları arasında KÖİ modeli ile sağlık alanındaki yatırımlar bu kanun çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmak istenen bazı yatırımlar çeşitli eleştirilere maruz kalmış ve bazı kurum ve kuruluşlarca yargıya taşınmıştır. Eleştirilen konular arasında, sağlık alanındaki KÖİ'nin genel ve çerçeve bir mevzuatla düzenlenmemesi, konunun temel kanuna eklenen kısa bir madde ile düzenlenmeye çalışılması ve kanunda olmayan birçok maddenin yönetmelikle düzenlendiği gibi hususlar yer almıştır (Çakır, 2016, s. 90). Konunun artık müstakil bir kanun ile düzenlenmesi zorunlu hale gelmiş ve 21.02.2013 tarihli ve 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu-Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Bu kanun 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun'u yürürlükten kaldırmıştır. 6428 Sayılı Kanun ile şehir hastaneleri projelerinde uygulanan KÖİ modeli ayrı bir kanun ile detaylı olarak düzenlenmiştir.

Şehir hastaneleri, Türkiye'de KÖİ modelinin en somut bir şekilde uygulandığı alanlardan biridir. Çeşitli illere yayılmış planlanmakta, yapılmakta ve/veya işletilmekte olan şehir hastaneleri projeleri sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen en büyük ve radikal değişikliklerden birini oluşturmaktadır. Bu kapsamda, 2018'de yeniden dönüştürülmesi hedeflenen 95 bin yatak kapasitesinin yarısı şehir hastaneleri projeleri kapsamında diğer yarısının ise, kamu imkânlarıyla gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir (Müezzinoğlu, 2015). Bu hastaneler, enerji verimliliği, depreme dayanıklılığı ve teknolojik altyapısı gibi özellikleriyle "akıllı hastaneler" veya "dijital hastaneler" olarak değerlendirilmektedirler. Şehir hastanelerinde akıllı bina teknolojisinin dijital hastane teknolojisi ile donatılmasıyla yüksek kaliteyi yakalamak temel amaçlardan biridir (Kantarıcı, 2016).

Hem modern sağlık tesislerine sahip olmak hem de yüksek standartlarda sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla gerçekleştirilen şehir hastaneleri uygulamalarının diğer temel amaçları şu şekilde özetlenebilir: Sağlık

hizmetlerinde nitelik ve verimliliğin artırılması, tedavi çeşitliliğinin yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, sağlık alanında bölgesel gelişimin sağlanmasına katkıda bulunulması, sağlık hizmetlerinin daha uygun maliyetle ve yüksek teknolojinin imkanlarından faydalanılarak sunulması, yatak sayısının artırılması, yeni tedavi teknolojilerinin uygulanması, hastanede yatış süresinin kısaltılması, hasta sevkinin azaltılması, hastane enfeksiyonlarının azaltılması, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılması ve sağlık hizmeti performansının yükseltilmesidir (Adana Entegre Sağlık Kampüsü Projesi Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmesi raporu, 2014, s. 22).

Türkiye’de hayata geçirilmeye başlanan şehir hastaneleri modeli hem sağlık politika ve programları boyutuyla hem kamu kurumları ve idari uygulamalar boyutuyla sağlık hizmetlerinde köklü bir değişim ve dönüşüm vasıtası niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu ölçüde kapsamlı bir dönüşüme sebep olan modelin uygulanmasında başka ülkelerden kopyalama, öykünme veya esinlenme yollarına başvurulabileceği gibi, sadece bazı uygulamalarının başka ülkelerden alınması suretiyle bir karışım modelinin de uygulanması mümkündür.

Bu bağlamda, yukarıda ifade edildiği gibi, literatürde ve uygulamada Türkiye’de KÖİ modeliyle yapılan şehir hastaneleri projelerinde İngiltere ÖFG modelinin esas alındığı, başka bir deyişle modelin İngiltere’den transfer edildiği yönünde ifadelere rastlansa da (TTB, 2008, s. 8; Pala, 2018, s. 8; Sözer, 2013, s. 247; Tükel, 2018) bu transferin niçin, nasıl, hangi derecede ve hangi unsurları kapsadığı açıkça belirtilmemiştir. Aşağıda çeşitli açılardan Türkiye’de şehir hastaneleri modelinde İngiltere ÖFG modelinin etkilerini ortaya koyan karşılaştırma örneklerine yer verilmektedir.

Özel Sektör Girişimcilerinin Özellikleri ve Görev Paylaşımı Açısından

İngiltere’de sağlık sektöründe uygulanan ÖFG modelinde özel sektör çoğu kez bir konsorsiyum şeklinde birleşmektedir. Bu konsorsiyumlar genellikle inşaat şirketlerinden ve altyapı tesisinin yapım ve bakımını için finansman sağlayan bankalardan oluşmaktadır (Neufville, Lee ve Scholtes, 2008, s. 1; Shaoul, Stafford ve Stapleton, 2008, s. 101). Ayrıca, ÖFG projelerinde özel sektör girişimcisi projenin tasarlanmasını ve inşasını kendi sermayesi ile tamamladıktan sonra tesisin işletilmesi ve sağlık hizmetinin sunulması sırasında destek hizmetler olarak nitelendirilen temizlik, yemek, taşıma, otopark, güvenlik gibi hizmetleri de yürütmekle görevlidir. Özel sektör girişimcileri bu hizmetlerin sözleşmede belirtilen kriterler doğrultusunda yürütülmesinden Ulusal Sağlık Servisi’ne karşı sorumludur. Temel hizmet olarak sayılan klinik hizmetler ise Ulusal Sağlık Servisi tarafından yürütülmektedir. Bu modele göre, hastalara yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmasından sorumlu olan Ulusal Sağlık Servisi’nin aynı zamanda klinik personellerinin çalışmalarının sürekliliğinin sağlanması konusunda da görevleri vardır. Servis, klinik personelinin mümkün olduğunca etkili ve verimli çalışabilecekleri modern ortamlar ve tesisler sağlamakla görevlidir (Espigares ve Torres, 2009, s. 13).

Türkiye’de ise, “Sağlık Bakanlığınca Kamu-Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği”ne göre, şehir hastaneleri projelerinde özel sektör girişimcileri kamunun açtığı ihaleye teklif veren gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri ya da bunların oluşturduğu ortak girişimler olabilmektedir. Şehir hastanelerinin kapasiteleri göz önünde bulundurulduğunda özel sektör girişimcilerinin birden fazla gerçek veya özel hukuk tüzel kişisinin aralarında yaptıkları anlaşmaya dayanan ortak girişim şeklinde hareket etmeleri çeşitli avantajlar sağlamaktadır.

Söz konusu uygulama yönetmeliğine göre, Türkiye’de şehir hastaneleri modelinde özel sektör öncelikle hastane tesisinin planlanması, inşası veya mevcut bir tesisin yenilenmesinden sorumludur. Özel sektör girişimcisinin inşa süreci bittikten sonra tesisinin ve ekipmanlarının kullanıma hazır tutulmasına yönelik olan bina ve arazi hizmetleri, yer ve bahçe bakım hizmetleri, olağanüstü bakım onarım hizmetleri gibi mecburi hizmetleri yürütmekle görevlidir. Ayrıca, özel sektör girişimcisi hizmet alımı yoluyla gördürülebilecek olan ve yükleniciye verilip verilmeyeceği kamu kurumunun takdirinde bulunan temizlik, güvenlik, otopark, laboratuvar, görüntüleme gibi ihtiyari destek hizmetlerinin yürütülmesinden de sorumlu olabilmektedir. Kamu kurumu ise, hastanede asıl hizmet olarak nitelendirilen sağlık hizmetlerinin kalite odaklı, kesintisiz ve vatandaş memnuniyetini esas alacak şekilde sunulmasından sorumlu olmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı özel sektör girişimcisinin sorumluluk alanındaki hizmetlerin kesintisiz bir şekilde sunulmasından, koordinasyonundan ve hizmetin genel işleyişinden de sorumlu olan taraftır.

Özel Sektör Girişimcilerine Ödenen Bedeller Açısından

İngiltere ÖFG modelinde Ulusal Sağlık Servisi sözleşme süresi boyunca özel sektör girişimcilerine “yıllık ücret” adı altında bedel ödemektedir. Yıllık ücret, bina ve teçhizatın özel sektör tarafından sağlanması karşılığında ödenen “asıl bedel” (bina kirası) ile tesislerin yönetilmesi ve destek hizmetlerin sağlanması karşılığında ödenen “hizmet bedeli” olarak adlandırılan iki unsurdan oluşmaktadır. Bu ülkede özel sektör girişimcileri genellikle tesisin yapım aşamasını bitirdikten sonra tesisi 25-35 yıl gibi bir süre ile kamu kurumuna kiralanmaktadır (Neufville ve Scholtes, 2008, s. 1; Shaoul, Stafford ve Stapleton, 2008, s. 101). Kamu kurumu da özel sektörle sözleşme imzalamakta ve özel sektöre sözleşme süresi boyunca yıllık kira bedeli ödemektedir (Barros ve Giralt, 2009, s. 440; Espigares ve Torres, 2009, s. 13; United Nations Economic Commission for Europe, 2012, s. 12). Bina kirası toplam ödemenin yüzde 60’ını oluştururken destek hizmetlerinin görülmesi karşılığında özel sektöre ödenen bedel toplam ödemenin yaklaşık %40’ını oluşturmaktadır (Price, 2011, s. 289; Espigares ve Torres, 2009, s. 13). Ödeme, özel sektörün yürütmekte olduğu destek hizmetlerine göre değişebilmekte ve belli dönemlerde (örneğin beş yıl) yeniden gözden geçirilmektedir. Bu ödeme, sözleşme süresinin sonuna kadar devam etmektedir (National Audit Office, 2013, s. 10). Kamu

sektörü, klasik kamu alımlarının tersine tesisi satın alarak onun sahibi olmamakta, tesisin kullanım bedelini ve temin edilen destek hizmet bedellerinin ücretini ödemektedir. Ancak özel sektöre yapılacak ödemeler tesisin işletme dönemine geçilmeden başlamamaktadır (CIPS Nowledge Works, 2007, s. 2).

Türkiye’de uygulanmakta olan şehir hastaneleri modelinde ise, tesisin yapım aşaması bittikten sonra 30 yılı geçmemek üzere tesis kamuya tahsis edilmekte ve karşılığında belirtilen bedeller tahsil edilmektedir. Genellikle bir ortak girişim şeklinde birleşen özel sektör girişimcilerine tesislerin kullanımı karşılığında dönemsel olarak kamu kurumu tarafından “kullanım bedeli” ödenmektedir. Şehir hastaneleri modelinin ilk mevzuat düzenlemelerinde özel sektöre ödenen bedel için “kira” tabiri kullanılmışsa da 2013 yılında çıkarılan 6428 Sayılı Kanun’da “bedel” tabiri tercih edilmiştir. Ayrıca, tesisin ve ekipmanların kullanıma hazır tutulmasına yönelik bakım, onarım ve diğer hizmetlerin bedeli ile hizmet alımı yoluyla gördürülebilecek hizmetlerin sunulması karşılığında (destek hizmetlerinin gördürülmesi karşılığında) kamu idaresi tarafından yükleniciye “hizmet bedeli” ödenmektedir.

Özel Amaçlı Şirketlerin Kuruluşu ve İşlevleri Açısından

İngiltere ÖFG modeli kamu sektör temsilcisini, özel sektör işletmecisini, projeye finansman sağlayanları, yüklenici ve alt yüklenicileri, teknik, mali ve hukuki danışmanları ve tesis yönetim takımını içermektedir. KÖİ sözleşmesine dayanarak özel sektör temsilcileri olan ana yüklenici ve finansörler tarafından kurulan özel amaçlı şirketin (Special Purpose Vehicle) amacı KÖİ projesinin amaçlarını gerçekleştirmektir (CIPS Nowledge Works, 2007, s. 1-2). Özel amaçlı şirketin diğer bir görevi de tasarım sürecindeki ve nihai projedeki eksiklikler dahil olmak üzere tasarım riskini kontrol etmektir (Bing vd., 2005, s. 34) Özel sektör girişimcilerinin özel amaçlı şirketi kurmalarındaki temel amaçlardan biri girişimciler tarafından taahhüt edilen sermaye miktarının risklerini sınırlandırmaktır. Projenin finansörleri sözleşmenin başarısız olması halinde borç verilen sermayeyi korumak amacıyla kamu otoritesi ile ayrı bir finansman anlaşması imzalamaktadırlar. Özel amaçlı şirket, “proje şirketi” olarak adlandırılmakta fakat taşeron şirketler üzerinden alt anlaşmalar yapılabilmektedir (Price, 2011, s. 290). Alt yükleniciler altyapı projesinin yapımında veya işletmesinde ihtiyaç duyulan bazı yeteneklere sahiptirler ve verilen hizmetlerin yerine getirilmesini üstlenmektedirler (Demirag, Khadaroo ve Stapleton, 2015, s. 190).

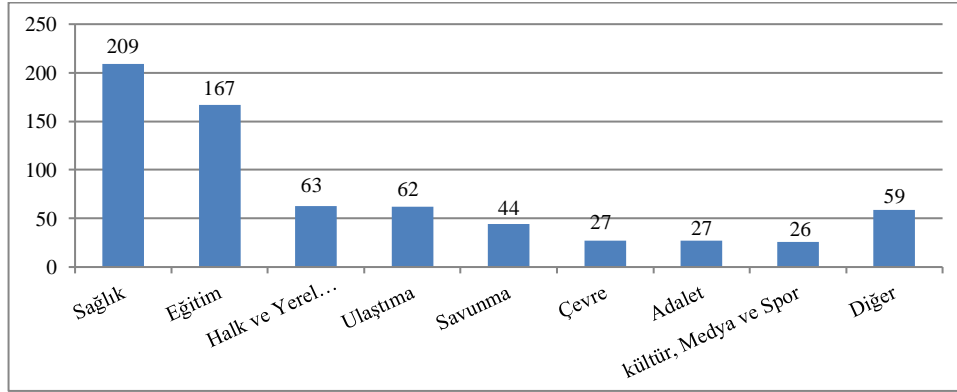
Türkiye’de de 6428 Sayılı Kanun’a göre, şehir hastaneleri uygulamalarında ihale sonucunda tesisin yapımını üstlenen yüklenici tarafından özel amaçlı bir şirket kurulması zorunludur. Anonim şirket şeklinde kurulan ve ihale sonucunda idare ile imzalanacak sözleşmenin tarafı olan bu şirketin faaliyet alanı sözleşme konusu ile sınırlıdır. Ayrıca, sözleşme süresi boyunca bedelsiz olarak bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmesi işlemi de özel amaçlı şirket lehine yapılmaktadır.

İşlerin alt yüklenicilere yaptırılması, özel amaçlı şirketin sorumluluğunu ortadan kaldırmayacaktır.

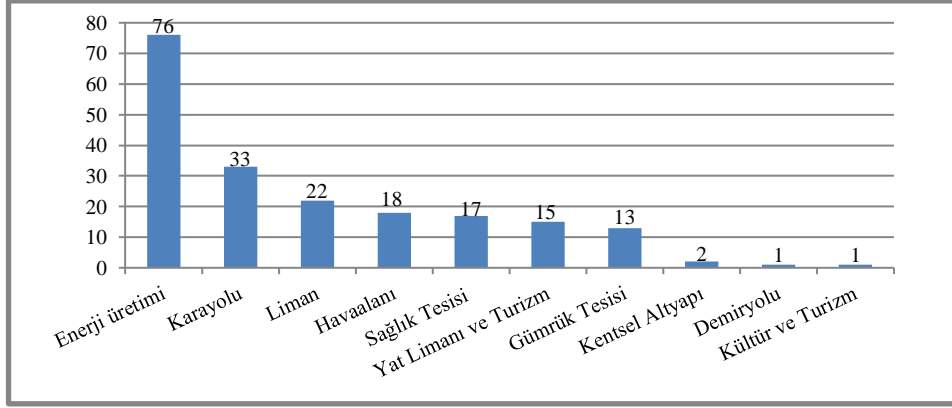
Modelin Uygulandığı Sektörler/Alanlar Açısından

İngiltere’de ÖFG muhafazakâr hükümet tarafından 1992 de tanıtıldıktan sonra eğitim, savunma, ulaşım, konut, su, altyapı ve atık yönetimi, yaşlı evleri, personel konaklama, ofis blokları, enerji, bilgi teknoloji sistemleri, entegre yönetim sistemleri, radyo kontrol sistemleri gibi çok geniş bir alanda kamu hizmetlerinin sağlanmasında kullanılmakla birlikte en yaygın ve yoğun kullanımı sağlık sektöründeki uygulamalarında görülmektedir (Barlow ve Gaiser, 2009, s. 126; Blanken ve Dewulf, 2010, s. 37; Hellowell, Price ve Pollock, 2008, s. 1). İngiltere’de Haziran 2013 itibari ile KÖİ sözleşmelerinin sektörlere dağılımı Grafik 1’de sunulmaktadır. Görüleceği üzere, kamu sağlık ve eğitim hizmetleri toplam sözleşmelerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

Grafik 1: İngiltere’de Sektörlere Göre ÖFG Sözleşme Sayısı (2013)



Kaynak: National Audit Office, Savings from operational ÖFG contracts, November 2013, s.10, https://www.nao.org.uk/wpcontent/uploads/2013/11/Savings-from-operational-ÖFG-contracts_final.pdf, (Erişim Tarihi: 13.12.2015)

Grafik 2: Türkiye’de Sektörlere Göre KÖİ Proje Sayıları (2015)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015, <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KamuOzellIsbirligiYayinlar.aspx>, (Erişim Tarihi: 24.03.2016)

Türkiye’de ise KÖİ modeliyle en çok proje üretilen sektörler enerji, karayolu, liman ve havaalanı sektörleri olmasına rağmen proje değerleri itibariyle bu sıralama değişmektedir. Sağlık yatırımları proje değeri itibariyle, havaalanı, enerji, karayolu sektörlerinden sonra dördüncü sırada en fazla yatırım yapılan sektör olmuştur. Türkiye’de sağlık sektöründe yapılan KÖİ yatırımları şehir hastaneleri projeleri kapsamında yapılmaktadır. (Grafik 2)

Karşılaşılan Riskler ve Risklerin Paylaşımı Açısından

ÖFG modelinin önemli bir özelliği, risklerin sahipliğinin kamu sektöründen özel sektör girişimcilerine aktarılmasına fırsat vermesidir. Bir ÖFG modelinde özel sektöre temel olarak tasarım ve inşaat riski, hizmetler, bakım ve onarım riski ile diğer riskler şeklinde ayrılabilen dört risk grubu transfer edilmektedir (Broadbent, Laughlin ve Gill, 2004, s. 33). ÖFG modeliyle tasarlanan ve inşa edilen bir tesisten standart olarak faydalanabilmek için özel sektör kişinin yıllarca bakım ve onarım maliyetine katlanması gerekmektedir. Bu nedenle, ÖFG modelinde tesisin inşasından sonra işletme dönemindeki bakım masrafları da özel sektör girişimcilerine ait olduğundan “ucuza inşa et pahalı işlet” gibi bir yaklaşım söz konusu değildir. Oysa, geleneksel yöntemle inşa edilen bir tesiste bakım maliyeti tamamen kamu sektörüne aittir. Bazı risklerin kamudan özel sektör kişisine aktarılması söz konusu olmakla birlikte bir risk hangi tarafça en iyi şekilde kontrol edilebilecekse riskin o taraf üzerine aktarılması da ÖFG modelinin temel özelliklerindedir (CIPS Knowledge Works, 2007, s. 2).

Türkiye’de şehir hastaneleri projelerinde de bu uygulama benimsenmiştir. Özel sektör girişimcileri hastanenin planlama, yapım ve işletme risklerini üstlenmenin yanında bakım ve onarım risklerini de üstlenmektedir. Ancak, özel sektör kişinin üstlendiği bu riskler karşısında kamunun da özel sektörün ticari çıkarlarının veya kâr oranlarının korunması konusunda bazı destekler de sağladığı görülmektedir. Örneğin, özel sektör girişimcilerine sözleşme süresince belli bir oranda yatak doluluğu temelinde belirlenmiş bedellerin ödenme güvencesi verilebilmektedir (Ankara Etlik Integrated Health Campus Project Environmental and Social Impact Assessment (ESIA) Report (Final Draft), 2013, s. 17-18). Ayrıca, 6428 Sayılı Kanun gereğince, uygulama sözleşmelerinin süresinden önce feshedilerek tesisin ilgili idareler tarafından devralınması durumunda yurt dışından temin edilen mali yükümlülüklerin hazine tarafından üstlenilebilmesi mümkündür. Son olarak, 6428 Sayılı Kanun’a göre yapılmış projeler kapsamındaki işlerin ihale edilmesi, görevlendirilen veya projeyi üstlenenlere yatırım döneminde yapılacak teslim ve hizmetler katma değer vergisinden, damga vergisinden ve Harçlar Kanunu’na göre alınan harçlardan istisna tutulmaktadır.

Modele Yöneltilen Eleştiriler Açısından

İngiltere’de kısa zamanda yoğun bir sağlık yatırımının özel sektörün desteği olmadan sadece hükümet tarafından başarılamayacağı anlaşıldığından sonra ÖFG hastane modeli büyük bir başarı yakalamıştır. Ancak modelin hiç eleştirilecek yanının olmaması düşünülemez. ÖFG’nin, diğer borçlanma şekillerinden daha verimli bir model olmadığı, modelin vergi mükelleflerini risklere karşı koruduğu düşüncesinin yanıltıcı olduğu ve ÖFG’nin hastane finansmanında yeterince tatmin edici olmadığı gibi yönlerden eleştirilere maruz kaldığı görülmektedir. İngiltere’de bu yöntemle işletilen hastanelerin kira bedellerini karşılamak için zaman zaman hekimlerin de aralarında olduğu çalışanların işten çıkarıldığı, getirisi az olan kliniklerin kapatıldığı, yatak sayısının azaltıldığı ifade edilmektedir. Ayrıca, bu sistemin gelecek nesillere borç transfer etmenin bir aracı olduğu yönünde eleştirilere rastlanmaktadır. Bunun karşı argümanı ise ÖFG’nin yeni ve modern bir finansman sağlama yöntemi olduğu ve özel sektörün finansman yardımı ile kamu alt yapı yatırımlarının gerçekleştirilebildiği savunulmaktadır (Biginas ve Sindakis, 2015, s. 6; Türk Tabipler Birliği, 2015; United Nations Economic Commission for Europe, 2012, s. 12; Price, 2011, s. 291).

Şehir hastanelerine de ÖFG modeline yapılan eleştirilere benzer eleştirilerin yöneltildiği görülmektedir. Eleştiriler özellikle, şehir hastaneleri projelerinin toplam maliyeti ile özel sektöre ödenen bedeller arasında yüksek bir farkın söz konusu olduğu, bu projelerde maliyet etkinliğinin sağlanamadığı, dengeli bir risk dağılımının gerçekleştirilmesinde zorluklar yaşandığı, şimdiki hizmet bedellerinin gelecek kuşaklara ödettilendiği, uygulama süreçlerinin yeterince açık ve şeffaf

olmadığı, finansmana hazine garantilerinin getirilmesi gibi konularda odaklanmakta ve dezavantajlı yapısına vurgu yapılmaktadır¹

Tesisin İdareye Devri Açısından

ÖFG modelinde sözleşme süresinin sonunda genellikle tesis kamu kurumuna geçmektedir (CIPS Knowledge Works, 2007, s. 1). Türkiye’de de 6428 Sayılı Kanun’un 7. maddesine göre, şehir hastaneleri projelerinde de sözleşme süresinin sonunda tesisin kamuya devredilmesi hüküm altına alınmıştır. Kamu ile yüklenici arasında imzalanan yapım sözleşmesi süresi sonunda yerleşke, her türlü borç ve taahhütten arındırılmış olarak, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda bedelsiz olarak kamuya devredilecektir.

SONUÇ

KÖİ, dünya üzerinde farklı gelişmişlik seviyelerindeki birçok ülkede ve farklı sektörlerde çeşitli alt modelleriyle yaygın olarak uygulanmaktadır. İngiltere’den dünyaya yayılan KÖİ modeli kopyalama, esinlenme veya öykünme şeklinde farklı derecelerde transfer uygulamalarına konu olmuştur. Ülkelerin transfer ettiği KÖİ modeline kendi bazı siyasi, ekonomik ve idari uygulamalarını da ilave ederek özgün bir modele ulaşması da mümkün olabilmektedir. Günümüzde dünya üzerinde KÖİ’nin çeşitli alt modellerinin uygulanmakta olması farklı derecelerde politika transferine konu olduğunu ortaya koymaktadır.

İngiliz hükümeti ve özel sektör şirketlerinin KÖİ’nin diğer ülkeler tarafından transferi konusunda gösterdikleri çabalar ve KÖİ’nin yapısından kaynaklanan bazı özellikler politika transferine konu olmasına olumlu anlamda katkı yapmaktadır. KÖİ’nin bir ülkede uygulanabilmesinin politika transferinde asıl karar mekanizması olan siyasi otoritenin güçlü desteği ile kamu kurumlarının işbirliği ve koordinasyonuna bağlı olması ve KÖİ’nin ulusal veya yerel nitelikte olabilen birçok sektörde uygulanabilen esnek yapısının farklı ülkelerde kolaylıkla uygulanmasına imkân vermesi politika transferine konu olmasına katkı sağlayan faktörlerdir. Ayrıca, KÖİ’nin kamuya özel sektörün çeşitli avantajlarından faydalanma ve hizmetlerinin finansman yükünden kurtulma imkânı sağlaması gibi yönleriyle cazip bir model olması ve çok sayıda alt modele sahip olmasıyla ülkelere göre farklılık gösterebilen çok boyutlu yapısı daha fazla ülke tarafından uygulanmasına yol açmaktadır.

Türkiye’de KÖİ modeliyle inşa edilen şehir hastaneleri modelinde İngiltere’de uygulanan ÖFG modelinin açık etkileri görülebilmektedir. İki ülkenin sağlık hizmetlerinde KÖİ uygulamaları özel sektör girişimcilerinin yapısı ve kamu-özel sektör görev paylaşımı, özel sektöre ödenen bedeller, özel amaçlı şirketin

¹ Bknz: Şehir Hastaneleri Sempozyumu, 11Mart 2017, Ankara, www.ato.org.tr/files/documents/0142223001507_278956.pdf,

kuruluşu ve işlevi, modelin uygulandığı sektörler/alanlar, karşılaşılan riskler ve risklerin paylaşımı, modele yöneltilen eleştiriler ve tesisin idareye devri gibi yönlerden karşılaştırıldığında Türkiye'deki şehir hastaneleri modelinin İngiltere ÖFG modeli esas alınarak uygulandığı anlaşılmaktadır.

İki ülkede sağlık sektöründe uygulanan KÖİ modelleri arasında oldukça güçlü benzerlikler olmasına rağmen sözleşme süreleri ve sözleşmelerin içerikleri, mevzuat altyapısı gibi bazı farklılıklar da söz konusudur. Bu bağlamda şehir hastanelerinde uygulanan KÖİ modelinin İngiltere'den doğrudan kopyalama derecesinde olmasa bile öykünme veya karışım boyutlarında politika transferine konu olduğu söylenebilir. Şehir hastaneleri ile ilgili birinci dereceden bilgi ve belge temin etmenin zorluğu KÖİ modelinin politika transferine konu olduğu ile ilgili kısıtlı bilgilere ulaşılmasına sebep olmakla birlikte, gerek iki ülke modelinin yüksek oranda benzerlikleri gerek literatürde ve diğer platformlardaki beyanlar gerekse de sağlık bakanlığının şehir hastanelerinin planlama ve hazırlık sürecinde birçok ülke KÖİ modelini inceleyerek İngiltere modelini tercih etmesi şehir hastaneleri modelinin İngiltere'den transfer edildiğini göstermesi bakımından önemli göstergelerdir.

KAYNAKÇA

Abuzaineh N., Brashers E., Foong S., Feachem R. ve Da Rita P. (2018). *PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future*. Healthcare public private partnership series, No. 4. <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/pub/ppp-report-series-business-model.pdf>, (Erişim Tarihi: 06.01.2019).

Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel işbirliği modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.

ADNPPP Sağlık Yatırımları AŞ. (2014). *Adana entegre sağlık kampüsü projesi çevresel ve sosyal etki değerlendirmesi çevresel ve sosyal etki değerlendirmesi raporu*. <http://www.pppadanahastanesi.com/tr/19536/Cevre-ve-Sosyal-Etki-Degerlendirmesi>, (Erişim Tarihi: 28.09.2018).

Alshawi, M. (2009). Concept and background to public private partnership (PPP)/private finance initiative (ÖFG) UK experience, Iraq Institute for Economic Reforms. <https://www.oecd.org/mena/47562550.pdf>, (Erişim Tarihi: 20.09.2018).

Ankara etlik integrated health campus project environmental and social impact assessment (ESIA) report (final draft). (2013). <http://www.aeh.com.tr/cevresel-ve-sosyal-etki>, (Erişim Tarihi: 10.05.2016).

Barlow, J. ve Gaiser, M. K. (2009). Delivering innovation in hospital construction: contracts and collaboration in the UK's private finance initiative hospitals program. *California Management Review*, 51(2), 1-31.

Barros, P. P. ve Martinez-Giralt. X. (2009). Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model. *Eur J Health Econ*, 10, 437-153.

Bejm, M. (2013). PPPs in the healthcare, PPP Magazine, Public private partnership Poland, Europe ve World. <http://www.PPPMAGAZINE.com.>, (Erişim Tarihi: 10.05.2016).

Benson, D. ve Jordan, A. (2011). What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh revisited. *Political Studies Review*, 9, 366-378.

Biginas, K. ve Stavros, S. (2015). Innovation through public-private partnerships in the Greek healthcare sector: How is it achieved and what is the current situation in Greece?. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 20 (1), 2-11.

Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P.J. ve Hardcastle, C. (2005). The allocation of risk in PPP/ÖFG construction projects in the UK. *International Journal of Project Management*, 23, 25-35.

Blanken, A. ve Dewulf G. (2010). PPPs in health: static or dynamic?. *The Australian Journal of Public Administration*, 69 (1), 35-47.

Broadbent, J., Gill, J. ve Laughlin, R. (2004). The private finance initiative in the national health service. https://www.cimaglobal.com/.../tech_resrep_the_private_fin. (Erişim Tarihi: 02.10.2018).

CIPS knowledge works, private finance initiatives (ÖFG). (2007). <https://www.cips.org/Documents/Resources/Knowledge%20Summary/Private%20Finance%20Initiatives.pdf>, (Erişim Tarihi: 10.12.2015).

Cruz C. O. ve Marques, R. C. (2013). Integrating infrastructure and clinical management in PPPs for health care. *Journal of Management in Engineering*, 29 (4), 471-487.

Çakır, M. K. (2016). *6428 Sayılı kanuna göre kamu özel işbirliği kavramı ve yeni bir model: yap kirala devret*. Ankara: Seçkin Yayınları.

Demirağ, I., Khadaroo, I. ve Stapleton, P. (2015). A changing market for ÖFG financing: Evidence from the financiers. *Accounting Forum*, 39, 188-200.

Dolowitz D. (2000). Policy Transfer: A New framework of policy analysis. David Dolowitz - Rob Hulme - Mike Nellis - Fiona O'Neill (Ed.), *Policy transfer and British social policy: learning from the USA?* içinde (ss. 9-37). Open University Press, Buckingham.

Dolowitz, D. ve Marsh, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary paolicy making. *Governaance: An İnternational Journal of policy and Administration*, 13 (1), 5-24.

Dolowitz, D. (2003). A Policy-Maker's guide to policy transfer *Political Quarterly*, 74 (1), 101-108.

Espirages, J. L. N. ve Torres, E. H. (2009). Public private partnership as a new way to deliver healtcare service. *Encuentro de Economía Pública*, Vol. 1 No. 1, 1-28.

European Investment Bank. (2018). Evolution of the PPP market by year/all countries, <https://data.eib.org/epec/country/all>, (Erişim Tarihi: 30.09.2019).

Global Health Care Outlook, Battling costs while improving care. (2016). <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2016-health-care-outlook.pdf>, (Erişim Tarihi: 26.04.2018).

International Finanace Corporation (IFC). (2013). Public-Private Partnership (PPP) transactions for better health facilities & Services for the public. https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/d088574b-6c5c-412e-975f-29190ce3bd15/SectorSheets_Health.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IKbKawC, (Erişim Tarihi: 27.04.2016).

Hall, D., Motte, R. ve Davies, S. (2003). *Terminology of public-private partnerships (PPPs)*, Public services international research unit (PSIRU). www.psiru.org/about-us.html, (Erişim Tarihi: 12.12.2018).

Hellowell, M., Price, D., ve Pollock A.M. (2008). *The use of private finance initiative (ÖFG) public private partnerships (PPPs)in Northern Ireland*, Centre for International Public Health Policy. www.sps.ed.ac.uk/.../AAA_ÖFG-PPP_Booklet_12-08.pdf, (Erişim Tarihi: 15.12.2018).

Holden, C. (2009). Exporting publicprivate partnerships in healthcare: export strategy and policy transfer. *Policy Studies*, 30 (3), 313-323.

Holmes, J., Capper, G. ve Hudson, G. (2006). Public Private Partnerships in the provision of health care premises in the UK. *International Journal of Project Management*, 24, 566-572.

<https://www.haberler.com/bakanlik-55-soruda-sehir-hastanelerini-anlatti-4452057-haberi/>, 22.03.2013, (Erişim Tarihi: 04.10.2019).

Kalkınma Bakanlığı. (2015). Dünyada ve Türkiye'de kamu-özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler 2015. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KamuOzellisbirligi-Yayinlar.aspx>, (Erişim Tarihi: 24.03.2016).

Kantarci, F. (2016). Akıllı hastaneler geliyor, (21.04.2016). <http://www.trthaber.com/haber/saglik/akilli-hastaneler-geliyor-246089.html>, (Erişim Tarihi: 10.11.2017).

Karahanogulları, O. (2011). Kamu hizmetleri piyasa ilişkisinde dördüncü tip: eksik imtiyaz (kamu-özel ortaklığı). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66 (3), 177-215.

Küçük, A. (2017). Politika transferi ve Türkiye’de sağlık alanında dönüşümün bir analizi. *Türk İdare Dergisi*, 485, 737-770.

Lossa, E. ve Martimort, D. (2012). Risk allocation and the costs and Benefits of public-private partnerships. *The RAND Journal of Economics*, 43(3), 442-474.

Mckee, M., Edwards, N. ve Atun R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 890-896.

Müezzinoğlu, M. (2015). Kamu özel işbirliği (KÖİ) sağlık zirvesi- PPP health summit basın bülteni, (28.04.2015). <http://www.invest.gov.tr/trTR/infocenter/pressrelease/Documents/28-04-2015-TYDTA-KOI-SAGLIK-ZIRVESI.pdf>, (Erişim Tarihi: 15.01.2017).

National Audit Office. (2013). Savings from operational ÖFG contracts, 29 November 2013. https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/Savings-from-operational-ÖFG-contracts_final.pdf, (Erişim Tarihi: 13.12.2015).

Neufville, R., Lee, Y.S., ve Scholtes S. (2008). Using flexibility to improve value-for-money in hospital infrastructure investments, infrastructure systems and services: building networks for a brighter future (INFRA), 2008 First International Conference, 10-12 Nov. 2008. Rotterdam, Netherlands: IEEE.

Nikoliç, I. A. ve Maikisch, H. (2006). Public-Private partnerships and collaboration in the health sector an overview with case studies from recent European experience, Worldbank, No: 37807.

Pala, K. (2018). Sunuş. Pala, K. (Der), *Türkiye’de sağlıkta kamu özel ortaklığı, şehir hastaneleri içinde* (7-12). İstanbul: İletişim Yayınları.

Parvu, D. ve Voicu-Olteanu, C. (2009). Advantage and limitations of the public private partnerships and the possibility of using them in Romania, *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 27,189-198.

Price, D. (2011). Dünyada sağlıkta kamu özel ortaklığı: kavram ve değişimler. *Toplum ve Hekim*, 26 (4), 289-296.

Renda A. ve Lorna S. (2006). Public-Private partnerships models and trends in the European Union, *DG International Policies of the Union, Economic and Scientific policy*, <https://ppiaf.org/sites/ppiaf.org/files/documents/toolkits/>

highwaystoolkit/6/bibliography/pdf/public_private_partnerships_models_and_trends_in_the_european_union.pdf,(Erişim Tarihi: 14.09.2020)

Roumboutsos, A. ve Pantellaias A. (2015). Allocating revenue risk in transport infrastructure public private partnership projects: how it matters, *Transport Reviews*, 35(2), 183-203.

Ruckert, A. ve Labonté, R. (2014). Public-private partnerships (PPPs) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Quarterly*, 35 (9), 1598-1614.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm*, <https://www.saglik.gov.tr/>, (Erişim Tarihi: 07.06.2018).

Sawyer, M. (2005). The Private finance initiative: The UK experience. *Research in Transportation Economics*, 15, 231-245.

Shaoul, J., Stafford, A. ve Stapleton, P. (2008). The Cost of using private finance to build, finance and operate hospitals. *Public Money ve Management*, 28 (2), 101-108.

Sobacı, M. Z. (2011). Politika transferi bağlamında kamu yönetiminde neo-liberal reformların yayılması: açık toplum enstitüsünün rolü, *Sosyoekonomi*, 2, 191-210.

Sobacı, M. Z. (2014). *İdari reform ve politika transferi yeni kamu işletmeciliğinin yayılışı*, Bursa: Dora Yayınevi.

Stone, D. (1999). Learning lessons and transferring policy across time, space and disciplines. *Politics*, 19 (1), 51-59.

Sözer, A. N. (2014). Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) bir devamı olarak şehir hastaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15 (Özel Sayı), 215-253.

Şahin, M. ve Özge, U. (2012). Kamu maliyesine etkileri açısından kamu özel sektör ortaklıkları üzerine bir değerlendirme, *Maliye Dergisi*, 162, 155-174.

Şehir Hastaneleri Sempozyumu, (11 Mart 2017), Ankara. www.ato.org.tr/files/documents/0142223001507_278956.pdf, (Erişim Tarihi: 15.10.2018).

Tekin, A. G. (2007). Kamu-özel sektör işbirlikleri-kamu-özel ortaklıkları. *İdarecinin Sesi*, 21(122), 10-14.

Tükel, R. (2018). Sağlıkta özelleştirmenin yeni modeli: şehir hastaneleri. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2018/01/saglikta-ozellestirmenin-yeni-modeli-sehir-hastaneleri/>, (Erişim Tarihi: 24.09.2018).

Türk Tabipler Birliği. (2008). Türkiye’de sağlıkta kamu-özel ortaklığı şehir hastaneleri, *Türk Tabipler Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu*, İletişim Yayınları, İstanbul.

Türk Tabipler Birliği. (2015). Gaziantep Şehir Hastanesi hakkında değerlendirme raporu, (15.37.2015). <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/rapor-5506.html>, (Erişim Tarihi: 06.11.2015).

United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2012), A Preliminary reflection on the best practice in PPP in healthcare sector: A Review of different PPP case studies and experiences, https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf, (Erişim Tarihi: 14.09.2020)

Usta, S. ve Bilgiç, E. (2016). Yerel yönetimlerde hizmet sunumu: kamu Özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 249-267.

Uysal, Y. (2017). Yerel yönetimlerde kamu özel işbirliği (KÖİ) uygulamalarının iki yönü: avantajlar ve dezavantajlar, *Kent Akademisi Dergisi*, 10(2), 169-199.

Van Ham, H., ve Koppenjan, J. (2001). Building public-private partnerships: assessing and managing risks in port development. *Public Management Review*, 3 (4), 593-616.

Wolf, A. H., ve Toebes, B. (2016). Assessing private sector involvement in health care and universal health coverage in light of the right to health. *Health and Human Rights Journal*, 18(2), 79-92

Wolman, H. (1992). Understanding cross-national policy transfers: the case of British and the United States. *Governance*, 51(1), 27-45.