






Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği

Public Private Partnership Model: Ankara City Hospital Example

 Tayyip SAVAŞ¹
 Ramazan KELEŞ²
 Bayram GÖKTAŞ³

Özet

Amaç: Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli; altyapı yatırımları ya da kamu hizmetlerinde finansman, yatırımların gerçekleştirilmesi, tesislerin yenilenmesi, işletilmesi veya korunması amacıyla kamu ile özel sektör arasında oluşturulan bir işbirliği yöntemidir. Bu araştırma Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kamu özel işbirliği modeline ilişkin kamu ve özel sektör temsilcilerinden Ankara Şehir Hastanesi özelinde yapılan tüm şehir hastanelerini kapsayacak şekilde konuya ilişkin görüşlerini almak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmada nitel bir araştırma modeli izlenmiştir, veriler özel ve kamu temsilcilerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak yüz yüze görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup Sağlık Bakanlığı ve Ankara Şehir Hastanesi temsilcilerinden araştırmaya katılmak isteyen 6 uzmandan görüş alınmıştır. **Bulgular:** Kamu Özel İşbirliğinin şehir hastaneleri alanında uzun süreli yatırım amaçlı kullanıldığı, asıl amacın kısa vadede finansman sorununu ortadan kaldırmak ve özel hastanelerdeki konforun kamuda oluşturulmasının olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılar, devletin asıl işi olan sağlık hizmetine yoğunlaşması gerektiğini ifade ederken, teknolojinin yenilenmesinin ve sağlık turizminde lider konuma gelmesinin avantaj olduğunu belirtmektedirler. En çok sorun yaşanan aşamanın ise yatırım ve planlama aşaması olduğunu, branşlaşma planlamasının iyi yapılmadığı, yönetimde koordinasyon, en kaliteli sağlık hizmeti sunmak amaçlandığı için maliyetinin yüksek olduğu, birimler arası iletişimin etkin olmadığı ifade edilmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak sağlık hizmetleri kamu özel işbirliği ile daha kaliteli hizmet sunumuna geçmeye çalıştığı ancak bununla birlikte kaliteli hizmet yanında yüksek maliyetlere katlanmak zorunda kaldığı, yöntemin uygun olan kısımları olmakla birlikte maliyetlerin düşürülmesi aşamasında farklı seçeneklerinde değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Maliyetlerin düşürülmesi amacıyla kamu özel işbirliğinin şuan ki modeliyle birlikte farklı finansman modelleri ile yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: kamu özel işbirliği, şehir hastanesi, sağlık politikası, sağlık yatırımları

Abstract

Aim: Public Private Partnership (PPP) model; is a method of partnership between the public and the private sector to finance infrastructure investments or public services, to renovate, operate or protect workplaces. This research was conducted to get views of public and private sector representatives, especially from Ankara City Hospital that cover all city hospitals, about public-private partnership models in Turkey. **Methods:** A qualitative research model was followed in the research. The data were carried out as face to face interviews using semi-structured interview technique from private and public representatives. The sample was not selected and opinions were obtained from 6 experts, who wanted to participate in the study, from the representatives of the Ministry of Health and Ankara City Hospital. **Results:** It was stated that Public Private Partnership was used for long-term investment in the field of city hospitals and the main purpose was to eliminate the financing problem in the short term and to establish the comfort in private hospitals in the public. While the participants emphasize that the state should concentrate on its main job, but they stated that renewing technology and becoming a leader in health tourism is an advantage. They were stated that the most problematic stage was the investment and planning phase, because the branching planning is not well done. And the coordination in management, high cost since to try to provide highest quality health service and communication between the units is not effective. **Conclusions:** As a result, it was concluded that health services are trying to move to higher quality service with public-private partnership, however, they have to bear high costs in addition to quality service, and different options should be considered at the stage of reducing the costs, although the method is appropriate. In order to reduce costs, it may be suggested that public private partnership be carried out with different financing models together with the current model. a¹

Key words: public private partnership, city hospital, health policy, health investments

Alındığı tarih/Received Date:

19.02.2020

Kabul tarihi/Accepted Date:

25.11.2020

Sorumlu yazar:

Tayyip SAVAŞ

e-mail:

tayyipsavas06@gmail.com

¹ Assistt Rehberlik ve Müşteri Hizmetleri Anonim Şirketi, Türkiye

² Medicana International Ankara Hastanesi, Türkiye

³ Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye

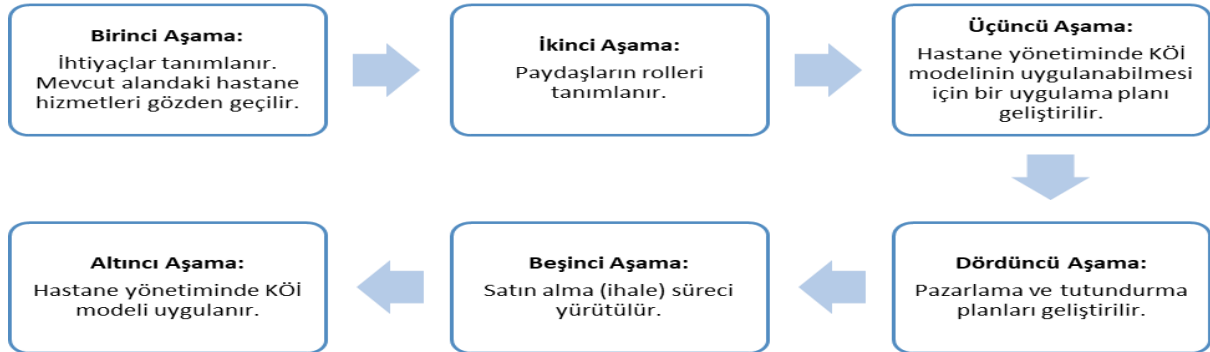
GİRİŞ

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ), kamu hizmetlerinin özel sektör katkısı ile gerçekleştirilebildiği geniş bir finansman alanını kapsamaktadır. Bu anlamda, hastaneden otoyola, altyapıdan enerjiye, savunmadan hava alanına, okuldan ceza evine ve sair alanlarda uygulanması mümkün olan her türlü kamusal mal ve hizmeti kapsamına almaktadır (Tekin, 2017).

Kamu ile özel sektörün kamu hizmetlerini birlikte sunabilmesi konusunda neredeyse yarım yüzyıla yaklaşan bir süredir ülkemizde ve dünya genelinde çok çeşitli yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Bugün, özel sektörün çok çeşitli başlıklar altında kamunun mal ve hizmet sunumuna katıldığı uygulamalar için uluslararası literatürde kısaltması PPP olarak bilinen “Public Private Partnership”, ülkemizde ise kısaltması KÖİ olarak tercih edilen “Kamu Özel İşbirliği” kavramları kullanılmaktadır (11. Kalkınma Planı (2019-2023)).

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

KÖİ, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiş olup bu model ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır



Şekil 1: Sağlık Sektöründe KÖİ Uygulaması (Atasever, 2018)

(Acartürk ve Keskin, 2012). Bu açıklamalara uygun olarak özel sektörün modeldeki temel fonksiyonlarını şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Finansmanın sağlanması (Finansör)
- Projenin ortak geliştirilmesi (İşbirliği Aktörü)
- Hizmet sunumuna ilişkin altyapı yapımının gerçekleştirilmesi (Yüklenici)
- Hizmetin sağlanması/işletilmesi (Proje Uygulayıcısı)

KÖİ modelleri incelendiğinde tasarla-yap yönteminden başlayarak imtiyaza kadar arada yer alan bütün yöntemler, kamu ve özel sektör arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Proje yapısında özel sektörün projeye dahil olacağı alanlar arttıkça, özel sektörün yatırım miktarı ve risk oranına paralel olarak diğer sorumluluklarının arttığı görülmektedir (11. Kalkınma Planı (2019-2023)).

Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-İşlet (Yİ), Yap-Kirala-Devret (YKD) bazı önemli KÖİ modelleridir. Tablo 1’de Yap-İşlet-Devret ve Yap-Kirala-Devret modelleri karşılaştırmalı olarak belirtilmiştir.

Tablo 1:Yap-İşlet-Devret ve Yap-Kirala-Devret Modelleri Karşılaştırması

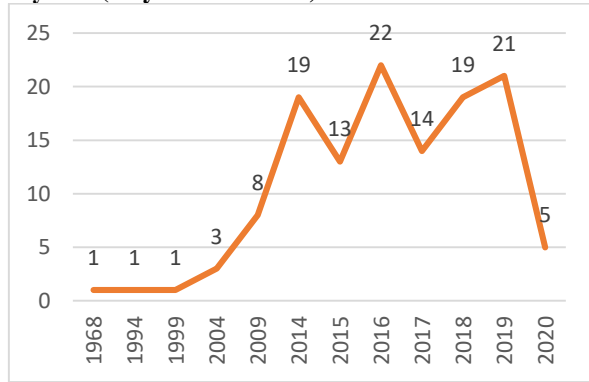
YAP-İŞLET-DEVRET MODELİ	YAP-KİRALA-DEVRET MODELİ
Ulaştırma Bakanlığı’nın kullandığı modeli (köprü, otoyol...)	Şehir Hastanelerinde kullanılan bir modeldir.
İşletme özele ait.	İşletme devlete ait.
	Asıl hizmeti devlet veriyor. Dış kaynakları özel sağlıyor. 25 yıl sonra işletme kamuya kalır. Yatırım bedeli karşılığında devletten kira alır.

KÖİ modeli sağlık sektörünün değişik altyapılarında kullanılsa da hastane sektöründe bu modelin uygulanmasının daha ön planda olduğu söylenebilir. KÖİ modelinin hastane sektöründe uygulanması için bazı faaliyetleri içeren bir sürecin tamamlanması gerekmektedir. Bu süreç Şekil 1 yardımıyla gösterilmiştir (Atasever, 2018).

2. Dünya ve Avrupa Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları

KÖİ birçok ülkede uzun bir geçmişe sahip olmasına rağmen popüler olması 1990'lı yıllarda gerçekleşmiştir. 1968 öncesi akademik yayınlarda Sağlık ve PPP kelimeleri bir arada hiç kullanılmazken, 2019 yılı itibari ile sağlıkta PPP'leri konu edinen yayın sayısının 21 olduğu görülmekte, 2020 yılının ilk 5 ayında ise konu edinen yayın sayısı 5'e ulaşmıştır, Tablo 2' de yıllara göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2: Sağlıkta PPP'lerini konu edinen makale sayıları (Kaynak: Pubmed)



Dünyada KÖİ çok çeşitli sektörlerde uygulama alanı bulmaktadır. İlk projeleri gölge geçiş ücreti esasına dayalı modellerden oluşan ulaşım sektörü, çoğu zaman önde gelmektedir. Uygulamalarda ulaşım sektöründeki KÖİ'leri demiryolu ve şehir ulaşımını da içermektedir.

KÖİ'lerde önemli payı olan diğer sektörler ise eğitim, savunma, su, sağlık ve cezaevleri KÖİ'lerdir (Tekin, 2017).

Avrupa'da KÖİ iki bin yıl önce Romalıların karayolları, limanlar ve posta hizmetlerini özel finansman ile geliştirmesiyle başlamış olup günümüzde de gelişerek kullanılmaya devam etmektedir. Fransa'da imtiyaz modeliyle, İngiltere'de ise özel finans katılım yöntemiyle uygulanmaya başlayan KÖİ modeli, daha sonra birçok Avrupa ülkesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018, 2019).

KÖİ modelleri geliştiren başlıca Avrupa ülkeleri arasında İrlanda, Portekiz, İspanya, İtalya, Almanya, Yunanistan ve Hollanda bulunmaktadır. Orta ve Doğu Avrupa'da Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Bulgaristan ve Litvanya dâhil birçok ülke, çok önemli altyapı ihtiyacıyla beraber ciddi bütçe kısıtlamaları nedeniyle KÖİ'lerini başlatmıştır (Tekin, 2017).

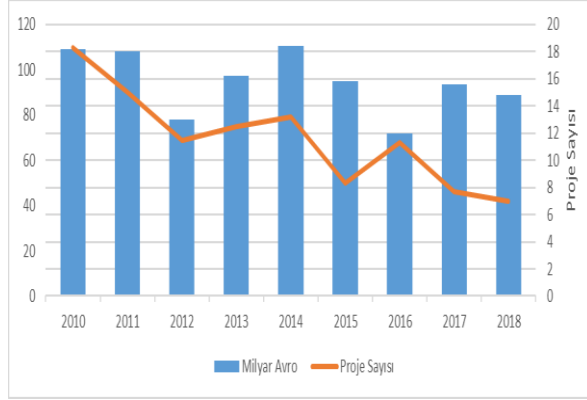
1990-2009 yılları arasında İngiltere'nin, tüm KÖİ projelerinin yaklaşık üçte ikisini yürüttüğü bilinmektedir. İngiltere'nin toplam projelerin % 10'unu yürüten İspanya da bu konuda öncü kabul edilmektedir. Fransa, Almaya, İtalya ve Portekiz ise sırasıyla toplam projelerin % 2-5'ini bu şekilde sürdürmüştür (Acartürk ve Keskin, 2012).

İngiltere' de KÖİ modeli ile 2009 yılında 159 hastane kuruldu. Kurulan bu 159 hastane o dönemki hastane programlarının %90'ına karşılık gelmekteydi. Uygulanan bu model ile bütçe dışından harcama yapılarak bütçe açıklarının önüne geçilmek istenmiştir. Buna ek olarak, hükümetler bu işleri yaparken özel sektörün dinamikliğinden faydalanmayı düşünmektedirler (Price, 2011).



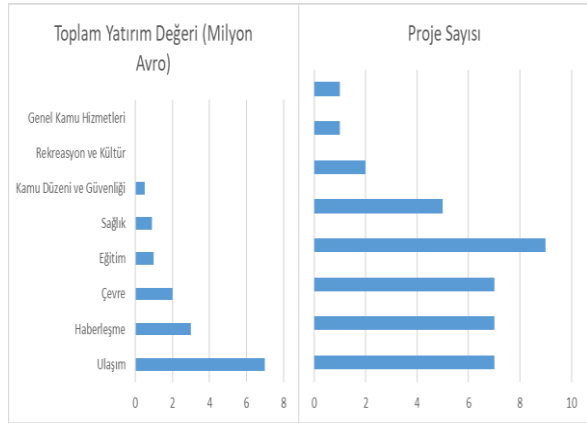
Şekil 2: Dünyada Sağlık KÖİ Uygulamaları (Kaynak: <https://health40con.com/2017-presentations/Health40-2017Sunum22-VahapDogan.pdf>)

Avrupa piyasasında 2018 yılı içinde finansal kapanışa ulaşan KÖİ projelerinin toplam değeri 14,6 milyar Avro'ya ulaşmıştır. 2018 yılında toplam 39 KÖİ projesinin finansal kapanışı gerçekleştirilmiş olup 2017 yılına (44 proje) kıyasla düşüş yaşanmıştır. Ancak, ortalama işlem büyüklüğü 375 milyon Euro'ya (2017'de 345 milyon EUR) yükseldi (Grafik 1) (EPEC, 2018).



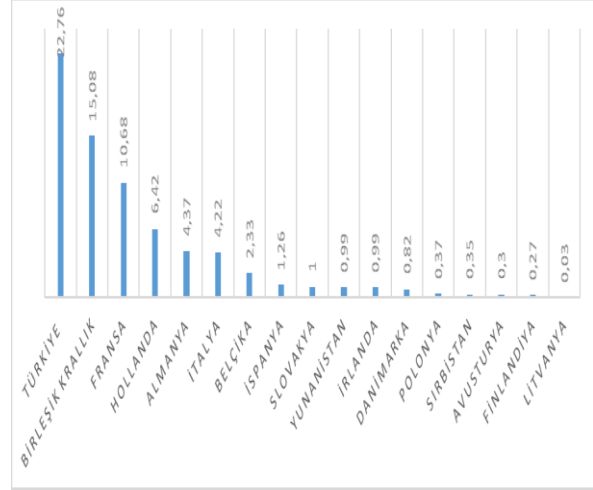
Grafik 1: Avrupa KÖİ Projelerinin Proje Büyüklüğü ve Proje Sayısı Bakımından Dağılımı (2010-2018) (Kaynak: EPEC, 2018)

2018 yılında ulaştırma, 7 milyar Avro ile en büyük KÖİ hacmine sahip sektör olurken finansal kapanışa ulaşan proje bazında (7 proje) son 20 yılın en düşük seviyesindedir (Grafik 2) (EPEC, 2018).



Grafik 2: AB KÖİ Projelerinin Sektörel Dağılımı, 2018 (Kaynak: EPEC, 2018)

Grafik 3 incelendiğinde, 2014 ve 2018 yılları arasında Türkiye'nin Avrupa'da yatırım değeri (22,76 milyar Avro) açısından en büyük KÖİ pazarına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Birleşik Krallık ise toplam yatırım değeri bakımından 15,08 Milyar Avro ile Türkiye'yi takip ederek ikinci sırada yer almaktadır (Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018, 2019).



Grafik 3: AB Ülkeler Bazında Proje Tutarları (Milyar Avro) (2014-2018) (Kaynak: EPEC, 2018)

3. Türkiye Sağlık Sisteminde Şehir Hastaneleri

Türkiye'de sağlık tesislerinin fiziksel kapasite yetersizliği, sağlık hizmetleri finansmanının bütçe üzerinde oluşturduğu baskı, özel sektörün tecrübesinden yararlanmak isteği ve düşük kalite standartları YKD modelinin tercih edilmesinde rol oynayan en önemli faktörlerdir. Türkiye'nin sağlık altyapısı fiziksel kapasite açısından henüz yeterli seviyeye ulaşamamış, fiziksel kapasite üretimi ve yatak sayıları itibarı ile AB ve OECD ülkeleri ortalamasının oldukça gerisinde kalmıştır. Türkiye'de YKD modelinin tercih edilmesinde sağlık tesislerinin fiziki kapasitesinin artırılmasının yanında hastane inşaat sürelerinin kısaltılması amacı da temel faktörlerden biri olmuştur. 2004 yılı verilerine göre, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin inşasının ortalama 7 yıl sürdüğü tespit edilmiştir. Son dönemde inşa edilen hastane örneklerinde büyük ilerlemeler kaydedilmekle birlikte hem inşaat süresi hem hastane yapı kalitesi hem de hastane işletmeciliği açısından yetersizlikler yaşanabilmektedir. Klasik yönetim modeliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde bunlar gibi aksaklıkların tam olarak giderilmesi mümkün görülmediğinden model arayışlarına gidilmiş YKD modeli ile başarılı ve sürdürülebilir işletmeler oluşturma çabalarına hız verilmiştir (Uysal,2019).

YKD modelinin tercih edilmesinde diğer bir faktör de özel sektörün enerjisi ve verimliliğinden kamu sağlık yatırım projelerinin faydalanması ve kısa vadede finansman kaynağı olması tercih edilmesinde önemli bir etkidir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı 2009-2013 Stratejik Planı, 2009).

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmet sunumunda rol alan tüm aktörler dikkate alınarak detaylı bir sağlık envanteri çıkarılmış, coğrafi, sosyo-ekonomik, demografik yapılar, epidemiyolojik özellikler dikkate alınarak planlamalar yapılmıştır. Yapılan planlamalar ilçe, il ve bölge düzeyinde yerinde incelenerek ve yerel yöneticilerle birlikte çalışılarak hazırlanmıştır. Bu planlamalara göre 29 sağlık hizmet bölgesi ve her bir sağlık hizmet bölgesi için bölge sağlık merkezi konumundaki iller belirlenmiş ve ülke genelinde 10.000 kişiye 32 yatak planlanmıştır (Atasever, 2018). Sağlık sektöründeki yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem örgütsel hem de finansal açıdan KÖİ yöntemini kullanma yolunu tercih etmiştir (Kerman vd, 2012).

Türkiye’de KÖİ yöntemi ile inşa edilen hastanelere “şehir hastanesi” adı verilmektedir. Bu modelde hastane yüklenici firma olarak özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (25 yıl) kiraya verilmekte, devlet de hem yüklenici firmaya kira ödemekte hem de çekirdek hizmet dışındaki hizmetleri bu firmalara devretmektedir. Türkiye’deki şehir hastaneleri modeli temel olarak İngiltere’den alınmıştır. Kamuya ait sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenleme, 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun’a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7. maddenin eklenmesiyle yapılmıştır. Ardından hem bir yönetmelik (2006), hem de yeni bir yasa (2013) ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Bu düzenlemeler ülkemizde ilk önce “Entegre Sağlık Kampüsü”, sonra “Sağlık Kampüsü”, daha sonra “Kamu-Özel İşbirliği” adıyla anıldıktan sonra, en son olarak “Şehir Hastanesi” adıyla toplumun karşısına çıkartılmıştır (Atasever, 2018).

Sağlık Bakanlığı’nca KÖİ yöntemi ile Aralık 2017 yılı itibariyle toplam 32 şehir hastanesi planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, bu projeler tamamlandığında 14 milyon 159 bin m² kapalı alana sahip 42.199 yeni hasta yatak kapasitesine ulaşmayı hedeflemektedir. Yozgat, Mersin, Isparta, Adana, Elazığ, Manisa, Eskişehir ve Kayseri şehir hastaneleri 2018 yılında (Atasever, 2018), Bursa ve Ankara Şehir Hastanesi 2019 yılında, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi ise 2020 yılında

hizmete girmiştir (Tablo 3) (Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu TBMM, 2019).

Tablo 3: Yapımı Tamamlanan Şehir Hastaneleri (Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu TBMM, 2019)

İller	Yatak Sayısı
Yozgat	455
Isparta	755
Mersin	1293
Adana	1550
Kayseri	1607
Elazığ	1038
Eskişehir	1081
Manisa	558
Ankara Bilkent	3711
Bursa	1355
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura	2682
TOPLAM	16085

Diğer şehir hastanesi projelerinin ise bir kısmının inşaatı devam etmekte olup (Tablo 4), 2020 itibari ile ihale aşamasında (Tablo 5) ve proje aşamasında (Tablo 6) olan şehir hastanelerin genel bütçeden yapılması kararı alınmıştır. 2023 yılına kadar mevcut planlanan hastanelerin tamamının açılması öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu TBMM, 2019).

Tablo 4: Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri (Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu TBMM, 2019)

İller	Yatak Sayısı	Açılış Tarihi
Tekirdağ	480	2020
Ankara Etlik	3.577	2020
Konya	838	2020
Kütahya	600	2021
Kocaeli	1.180	2020
Gaziantep	1.875	2020
İzmir Bayraklı	2.060	2020
Şanlıurfa	1.700	2022
TOPLAM	12.310	

Tablo 5: Genel Bütçeden Yapılacak Şehir Hastaneleri (Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu TBMM, 2019)

İller	Yatak Sayısı
Ordu	900
Sakarya	1.000
İstanbul Sancaktepe	4.200
TOPLAM	6.100

Tablo 6: Genel Bütçeden Yapılacak Şehir Hastaneleri (İhale Aşamasında Olanlar) (Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu TBMM, 2019)

İller	Yatak Sayısı
Denizli	1.000
Samsun	900
Trabzon	900
Aydın	950
Diyarbakır Kayapınar	750
Antalya	1.000
Rize	800
TOPLAM	6.300

Cumhurbaşkanlığı tarafından Mayıs 2019'da yayınlanan "Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018" raporunda şehir hastanelerinin maliyetleri hakkında bilgi verilmiştir (Tablo 7). İlgili raporda şehir hastanelerinde yatak başına maliyetlerin çok farklı olduğu görülmektedir. Raporda yer alan yatırım tutarı verilerine bakıldığında ise bir yatak başına maliyetin (ABD doları olarak) 238 bin 418 ile 581 bin 512 dolar arasında değiştiği anlaşılıyor (Pala, 2019).

Sözleşmesi imzalanan 21 projenin tıbbi cihaz yatırım tutarı yaklaşık olarak; medikal ekipman yatırım tutarı 2,5 Milyar TL, mefruşat yatırım tutarı 500 Milyon TL olmak üzere toplam 3 Milyar TL'dir. Proje aşamasında olanların ise medikal ekipman yatırım tutarı 850 Milyon TL, mefruşat yatırım tutarı 150 Milyon TL olup toplamı 1 Milyar TL civarında daha tıbbi cihaz yatırımı yapılacağı tahmin edilmektedir. Şehir hastaneleri tamamlandığında toplam yatırım maliyetinin yaklaşık olarak 4 Milyar TL'sinin medikal ekipman ve mefruşat yatırımı olacağı tahmin edilmektedir. Şehir hastanelerinde yatırım kapsamında temin edilen tıbbi cihazların tamamlanmış olan projelerdeki ortalama yerli ürün oranı %25 civarındadır (Atasever,2018).

Tablo 7: KÖİ Projelerinin Sağlık Sektörüne Göre Yatırım Tutarı ve İşletme Hakkı Devri Bedeli Dağılımı (Adet-ABD Doları) (1986-2018) (Kaynak: Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018, 2019)

PROJELER	MODEL	PROJE SAYISI	YATIRIM TUTARI BEDELİ
İŞLETME AŞAMASINDA OLAN PROJELER	YAP-KİRALA-DEVRET	8	3.141.370,59
YAPIM AŞAMASINDA OLAN PROJELER	YAP-KİRALA-DEVRET	12	8.165.887,01
SAĞLIK PROJELERİ (TOPLAM)		20	11.307.257,59

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu araştırmada nitel bir araştırma modeli izlenmiştir. Araştırmada KÖİ Modeli ve şehir hastaneleri konusunda ayrıntılı teknik bilgi almak amacıyla Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nden 3 uzman ve yüklenici firmadan 3 yetkili ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmış, sağlık uzmanlarının konu hakkındaki düşünceleri küçük bir örneklem üzerinde derinlemesine incelenmiştir. Nitel verilerin toplanması aşamasında Sağlık Bakanlığı uzmanları ve özel firma temsilcileri ile yüz yüze görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Veriler Ekim 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Kapsam Ankara Şehir Hastanesi örneği olduğundan özel sektör temsilcilerinden sadece Ankara Şehir Hastanesi ile kısıtlıdır.

BULGULAR

Yapılan görüşmelerde Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nden uzmanlar ve yüklenici firma yetkilileri ile bir görüşme gerçekleştirilmiştir.

Bakanlık uzmanları KÖİ modelinin uzun süreli yatırımlar için kullanıldığını, modelin kullanımı ile birlikte yatırımların daha hızlı sürede bitirmeye başladığını ifade etmişlerdir.

Modelde devlet, hastanenin kuruluş yerini belirlemede, projesini hazırlamakta ve yüklenici firmaya hastaneyi yaptırmaktadır. Karşılığında ise aylık periyotlarla 25 yıl boyunca kira ödemektedir. 25. yılın sonunda ise hastane

tamamen devlete devredilmektedir. Uzmanlar, bu model ile devletin finansal riski ve bedeli yüklenici firmaya yüklediğini ifade etmişler ve bunun sonucunda da devletin diğer kamu yatırımlarına ayırdığı payı artırdığını ifade etmişlerdir. Buradaki asıl amacın devletin kısa vadede finansman sorununu ortadan kaldırmak olduğunu saptanmıştır.

Şehir hastanelerinin kira ödeme süreci ele alındığında ise yatırım döneminde devletin herhangi bir ödeme yapmadığı, işletme döneminde (hastane faaliyete geçtiği gün) ödeme yapmaya başladığı, yatırımın maliyetinin yüksek tutarlara ulaşmasından dolayı yüklenici firmanın finansmanı yurtdışından sağladığı, bununla birlikte devlet 25 yıllık kira döneminde sadece ana yüklenici firmayı muhatap almakta olduğunu ve sadece ana yüklenici firmaya ödeme gerçekleştirdiğini ifade etmişlerdir. Görüntüleme, laboratuvar, destek, güvenlik gibi yardımcı hizmetler alt yüklenici firmalara verildiği fakat bunlar içerisinden sadece görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin denetiminin devlet tarafından yapıldığı, bunun dışında alınacak tüm kararların koordinasyon kurulu üyeleri tarafından alındığı ve koordinasyon kurulunun 3 kişi yüklenici firmadan, 3 kişi Sağlık Bakanlığı'ndan olmak üzere toplam 6 üyeden oluştuğunu ve karar alınırken çoğunlukla kabul edilse dahi Sağlık Bakanlığı'nın onayı olmadan işlem yapılamadığını belirtmişlerdir.

Uzmanlar, şehir hastanelerinin kampüs yapılanma şeklinde olup devasa yapılar içerdiğini ve bu nedenle de olası bir arıza durumunda müdahale edilmesi zor olacağını belirterek bunun önüne geçilmek için yardım masasının kurulduğunu, herhangi bir sorun veya arıza oluşması durumunda yardım masası birimine telefon, mail, hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden bildirilerek işlemlerin yapıldığı ifade edilmiştir. Bu şekilde yardım masasının isteklere ne kadar sürede çözüm getirdiği göz önüne alınarak bakanlık tarafından performans takibi yapıldığı, bu takip sonucu da yüklenici firmanın performansının ölçüldüğü ve gerekli performans sergilenmediği takdirde yüklenici firmaya ceza verildiği saptanmıştır. Uzmanlar, şehir hastanesinin büyüklüğü nedeniyle yardım isteyecek birimin, mahal numarası adı verilen kod ile yardım masası ekiplerine bildirildiğini ve bu sayede de karmaşıklığın önüne geçilip zaman tasarrufu sağlandığını da ifadelerine eklemiştir.

Şehir hastanelerinde devletin sadece sağlık hizmetiyle, yüklenici firmanın ise yardımcı hizmetlerle ilgilendiğini böylelikle devletin asıl hizmeti olan sağlık hizmeti sunumuna yoğunlaştığını, yüklenici firmanın ise nitelikli hasta odalarının oluşturulması ve güncel teknoloji sistemlerinin kullanılmasıyla özel sektör konforunda hizmet sunumu amaçlandığı uzmanlar tarafından belirtilmiştir. Bununla birlikte şehir hastanelerinin konfor ve hizmet kalitesi ile sağlık turizminin de gelişimine büyük katkılar sağlayacağı belirtilmiştir.

Şehir hastanelerinin yönetimi ile ilgili hastanelerde bir başhekim ve başhekime bağlı başhekim yardımcılarının olacağını, gerekli durumlarda başhekim yardımcılarının görev ve yetkileri artırılabilirliği ifade edilmiştir. Ankara Şehir Hastanesi'nde ise bir koordinatör başhekim atandığını ve karar alma konusunda yetkili bir kişinin görevlendirildiği saptanmıştır.

Şehir hastanelerinde vatandaşın cebinden ek bir ücret alınmayacağı, şehir hastanelerinde bulunan süit odalar konusunda ise diğer tüm hastanelerde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın yatak ücreti tarifesi üzerinden ücretlendirileceğini ve süit odaların ücretli olacağı uzmanlar tarafından ifade edilmiştir.

Uzmanlar, en çok sorun yaşanan konuların ise yatırım ve planlama aşaması, birimler arası iletişim eksikliği, branşlaşma planlaması olduğunu belirtmişlerdir fakat yeni şehir hastanelerinin yapılmaya devam etmesiyle de branşlaşma sorununun çözüleceğini, yapım aşamasında gerekli planlamalar yapılmayıp daha sonra yapılacak en ufak bir yer değişikliğinin kullanılacak cihazlar için bile olumsuz etkisinin olacağı ve cihazların kullanımın zorlaşacağını belirtmiştir.

Gerçekleştirilen hastane gezisi sırasında uzmanlar;

- Ankara Şehir Hastanesi'nin 1,3 milyon metre kare kapalı alanı ile Avrupa'nın en büyük sağlık kompleksi olduğunu,

- 3711 yatak kapasitesine sahip olduğunu, toplam 6 kule ve 1 ana hastane binasından oluştuğunu,

- Hastanenin üç farklı acil servisinin bulunduğunu, binalar arası geçişin tüp geçitlerle yapıldığını, hastane içerisinde yaşlı, engelli ve ihtiyacı olan bireylerin ulaşımının golf arabaları ile sağlandığını,

• Her kulenin farklı bir branşta hizmet verdiğini ve her kulenin kendi başhekimini tarafından yönetilmekte olduğunu fakat tüm hastanenin en üst yöneticisinin hastane koordinatör başhekimini olduğunu, bu organizasyon şemasının da sadece Ankara Şehir Hastanesi'ne özel olduğunu belirtmişlerdir.

Uzmanlar, şehir hastanelerinin kira bedelleri hakkında bir açıklama yapmamış olup şehir hastanesine taşınan hastanelerin cihazları ile buldukları alan ve binalarının ne olacağı konusunda da Ankara Şehir Hastanesi'nin en son teknolojik cihaz ve sistemler ile donatıldığı için buraya taşınan hastanelerdeki cihazların getirilmeyeceği, cihaz ve malzemelerin yurdun farklı illerinde veya Ankara'da faaliyet gösteren hastanelere nakli yapılarak kullanılacağını, hastanelere ait bina ve arsaların da devletin ihtiyacı olan diğer kurumlarının kullanımına tahsis edileceğini belirtmişlerdir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık sektöründe yeniden yapılanma kapsamında KÖİ yöntemi kullanılarak oluşturulan şehir hastaneleri hakkında bilgi verilmiş ve Ankara Şehir Hastanesi örneği incelenmiştir.

Türkiye'de Yozgat, Adana, Mersin, Isparta, Elazığ, Kayseri, Manisa, Eskişehir, Ankara, Bursa ve İstanbul illerinde yapımı tamamlanarak faaliyete geçen 11 şehir hastanesi; Şanlıurfa, Tekirdağ, Kütahya, İzmir, İstanbul, Kocaeli, Gaziantep, Konya ve Ankara (Etilik) illerinde yapım aşamasında olan 9 şehir hastanesi bulunmaktadır. Türkiye'deki şehir hastaneleri KÖİ modeli ile yapılmaktadır ve model temel olarak İngiltere'den alınmıştır. KÖİ, devletin bir özel şirket grubuyla 25 yıl süreli sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu model de hastane özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete 25 yıllığına kiraya verilmekte, devlet de hem şirketlere kira ödemekte hem de çekirdek hizmet dışındaki hizmetleri bu şirketlere devrederek tek bir kurumu muhatap alıp, asli hizmeti olan sağlık hizmeti sunumuna ağırlık vermektedir.

Ankara Şehir Hastanesi 1,3 milyon metre kare kapalı alana sahip olup, Türkiye'de bu büyüklükte ilk ve tek hastane kampüsü olarak faaliyet gösterdiği için yönetim, finansman ve idari konularda örneğinin bulunmaması hastanenin yönetimini zorlaştıracaktır. Hastane 6 kule ve 1 ana hastaneden oluştuğu, her kulenin

kendi içinde idari yapılamasının olduğu, hem bakanlık hem de yüklenici firma tarafından bulunması nedeniyle karar alma, yönetim, koordinasyon ve denetim konularında birçok zorluğu beraberinde getirecektir.

Ankara'daki birçok hastane şehir hastanesine taşınmıştır. Taşınan hastanelerdeki personel ile tıbbi araç gereçlerin bir kısmı taşınmış olup geri kalan araç gereç ve cihazlar ihtiyacı olan diğer hastanelerin kullanımına sunulmuştur. Hastanelere ait bina ve arsalar da devletin ihtiyacı olan diğer kurumlarının kullanımına tahsis edilmiştir, Ankara'nın birçok semtinde bulunan hastanelerin tek bir semtte bulunan şehir hastanesine taşınması ulaşım konusunda birçok zorluğu beraberinde getirmektedir. Bu hususta büyükşehir belediyesi yeni yollar açarak ve otobüs hatları ekleyerek destek olmaktadır fakat hem şahsi araç ile ulaşım hem de ambulans ulaşımı konularında hala sıkıntılar yaşanmaktadır. Taşınan hastaneleri tercih eden hasta ve yakınları şehir hastanesinin yerine diğer hastaneleri tercih edebileceği, şehir hastanesine ulaşımında sorun yaşama durumlarının olabileceği düşünülmelidir.

Bazı ülkeler alt yapı ihtiyaçlarını karşılayabilmek için kamu sektörünün finansal sürdürülebilirliği üzerindeki baskının azaltılması ve bütçenin daha verimli kullanılmasına izin vermesi açısından KÖİ modelini kazan-kazan stratejisi olarak görmektedir. Bu bağlamda özel sektörün riskle mücadele ve yönetimi konusunda daha başarılı olma eğilimi göstermesi kamu sektörü için bir avantaj olarak görülmektedir. Bu avantajlar; genel ihtiyaçların karşılanması, kalıcı ve uzun vadeli ilişkiler kurulması, projeler için gerekli finansmanın tam veya önemli bir kısmını sağlanması, projelerin daha hızlı tamamlanmasının sağlanması, Sağlık Bakanlığı'nın temel işlerine odaklanmalarına izin vermek olarak sayılmaktadır. Türkiye de sağlık kurumlarının yenilenmesi için gereken kaynağın kısa vadede bütçe üzerine yük olmaması, kamu sektörünün finansal sürdürülebilirliğinin üzerindeki baskının azaltılması gibi nedenlerle KÖİ modeline yönelmiştir (Top ve Sungur, 2019).

KÖİ modeliyle yapılan şehir hastanelerinin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

• Bütçeden herhangi bir kaynak aktarılmadan fiziki görünüm ve ferahlık bakımından eski hastanelere göre oldukça iyi durumda olması,

- Hastanelerde kullanılan cihaz ve malzemelerin en son teknoloji ve kaliteli olması,
- Binanın yeni olması dolayısıyla hijyen koşullarının iyi olması,
- Hasta odalarının oldukça konforlu ve çoğunluğunun tek kişilik olması, özetle otelcilik hizmetlerin iyi yürütülmesi şehir hastanelerinin başlıca avantajları arasına yer almaktadır.

Bu avantajlarına karşın gerekli özel sektör finansmanın beklenen zamanda bulunamaması ve alt yapının kapasitesinin oluşturulamamasına uygun kamu politikalarının eksikliği veya sürecin yetersiz yönetimi siyasi ekonomik ve yasal istikrarsızlıklar ve sözleşme tasarım hataları kamu ve özel sektör üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilir. Bu dezavantajlar; beklenen yüksek sermaye maliyeti, sözleşmedeki eksiklikler, uzun vadeli öngörmedeki zorluklar, tarafsızlık, spesifik bir grubun çıkarlarını korumak için gerekli olan yeterli düzenleme ve sözleşme yönetimi ve yüksek işlem maliyetleri sayılabilir (Top ve Sungur, 2019).

Türkiye de yukarıda sayılan avantajlar ile birlikte KÖİ modeline yönelmekle birlikte aşağıdaki dezavantajları da sıralanabilir:

- Yatırımların uzun süreli kira sözleşmelerine tabi olması,
- Hastanelerinin şehir merkezlerine uzak yerlere yapılmasıyla ulaşım sorununun gündeme gelmesi,
- Sözleşmelerde ve mevzuatta bazı boşlukların olması,
- Yapılan hastanelerin yatırım ve kira maliyetlerinin açıklanmaması,
- Hastanelerin çok büyük yatak kapasiteli yapılmasıyla verimlilik konusunda yaşanacak sıkıntılarla muhtemel atıl kapasitenin ortaya çıkması ve hastane içi ulaşımında yaşanacak zorlukların olması,
- Uzun vadeli projeler olduğu için ne gibi sonuçlar getireceğinin kestirilememesi,
- Açılan şehir hastanelerinin yerine kapanan devlet hastanelerinin ne olacağı

muamması gibi konular şehir hastanelerinin dezavantaj noktalarını oluşturmaktadır.

KÖİ modelinin kullanımı “net ve hesap verebilir olmayan” finansal işlemler ve muhasebe prosedürleri olduğu, “özel sektörün düşük riskli kamu hizmeti sunumunda büyük kazançlar sağlaması”, dikkatlice tasarlanmadığı sürece, kamu sektörünün misyonunun uygulamasının zor olabileceği, özel sektörün, yüksek gelir elde etmeyi hedeflemesi durumunda, kısa vadede ulusal veya uluslararası öncelikleri kolayca zayıflatabileceği ve son olarak, birçok ortaklık sosyal sorumluluklara dayanmakla birlikte, özel sektörün talep merkezli ve gelir temelli düşüncesi sağlık kullanıcıları arasında ciddi endişelere neden olabileceği belirtilmiştir (Top ve Sungur, 2019).

Yapılan çalışmalarda KÖİ de yer alan tüm paydaşların beklentilerinin belirlenmesi toplumda ve çalışacak personelde algı ve tutuma yönelik çalışmaların yapılması bu projelerin başarısı için önemli görülmektedir (Öztürk ve Billerlioğlu, 2015).

Şehir hastaneleri büyük entegre tesislerden oluşması nedeniyle yönetsel alanda sorunlar yaşadığı görülmektedir. Bu büyük yapıların yönetimi için çeşitli yönetim modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Çözüm önerisi olarak şehir hastanelerinin genel yapısına uygun olarak bir “Şehir Hastaneleri Genel Sekreterlik” birimi oluşturularak yönetimin kolaylaştırılması önerilebilir.

Şehir hastanelerinin toplam maliyetleri, kira bedelleri hem yüklenici firma hem de bakanlık tarafından açıklanmamıştır. 25 yılın toplam maliyeti döviz kuru temel alınarak hesaplandığında ortaya çıkan bedelin çok yüksek olacağı tahmin edilmekte maliyeti düşürmek için farklı finansman modelleri önerilebilir.

Tüm şehir hastaneleriyle ilgili daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

11. Kalkınma Planı (2019-2023) Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu: 2-11.
- Acartürk, E. Keskin, S. 2012. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi C.17, S.3: 27-29.
- Atasever, Mehmet vd., 2018. Şehir Hastaneleri Araştırması: 15-48, Ankara, Sağlık Sen Yayınları 46.
- Doğan, V. Şehir Hastaneleri, <https://health40con.com/2017-presentations/Health40-2017Sunum22-VahapDogan.pdf> (Erişim Tarihi: 12.01.2020)
- European PPP Expertise Centre (EPEC). 2018. Market Update-Review of the European PPP Market in 2018. European Investment Bank: http://www.eib.org/attachments/epec/ep ec_market_update_2018_en. (Erişim Tarihi: 28.05.2020).
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Public+Private+Partnership+in+health> (Erişim Tarihi: 28.05.2020).
- Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018, 2019. T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı: 15-48, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf (Erişim Tarihi: 05.01.2020)
- Kerman, U. vd., 2012. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C: 17, S: 3: 14.
- Öztürk, K., Billerlioğlu, H. 2015. Şehir Hastaneleri Yönetim ve İşletim Modeli. <http://tusside.tubitak.gov.tr/tr/yayinlarimiz/makaleler/Sehir-Hastaneleri-Yonetim-ve-Isletim-Modeli:4>, (Erişim Tarihi: 20.05.2020).
- Pala, Kayahan. 2019. Şehir Hastanelerinde Yatak Başına Maliyet Neden Çok Farklı? <http://bianet.org/bianet/bianet/210326-sehir-hastanelerinde-yatak-basina-maliyet-neden-cok-farkli> (E.T:18.01.2020).
- Price, D. 2011. Sağlık Alanında Kamu-Özel İşbirliği Sempozyumu, 6-7 Mayıs, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yayını, 14. Yılmaz/Karakaş, TTB, KÖİ: 14.
- Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan Bütçe Komisyonu, 2019.
- Sözer, A.N. 2013. Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C: 15, S: Özel: 216.
- T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (2009), “2009-2013 Stratejik Planı”, DPT Stratejik http://iklim.cob.gov.tr/iklim/Files/Stratejiler/2009_2013StratejikPlan.pdf, 50-54 (Erişim Tarihi: 28.05.2020).
- Tekin, P.Ş. 2017. Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 16, Sayı 2: 6-7.
- Top, M. Sungur, C. 2019. Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership (PPP) model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey. The International journal of health planning and management, 34(1):242-259.
- Uysal, Y. 2019. Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, C. 14, S. 3, 889 – 890.