

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANS MODELLERİNİN
ŞEHİR HASTANELERİ EKSENİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ:
BURSA İLİ ŞEHİR HASTANESİ İNCELEMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
M. Alper GÜRBÜZ**

**Enstitü Anabilim Dalı: Uluslararası Ticaret ve Finansman
Enstitü Bilim Dalı: Uluslararası Ticaret ve Finansman**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ö. Nasuhi ŞAHİN

MAYIS, 2021

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

TEZ BAŞLIĞI : SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANS MODELLERİNİN ŞEHİR HASTANELERİ EKSENİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ: BURSA İLİ ŞEHİR HASTANESİ İNCELEMESİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 77 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 20/05/2021 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen intihal tespit programı raporuna göre tezimin **benzerlik oranı %.18 dir.**

Uygulanan filtremeler:

1. Kaynak hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : M. Alper GÜRBÜZ
Öğrenci Numarası : 00197221007
Ana Bilim Dalı : Uluslararası Ticaret ve Finansman
Programı : Uluslararası Ticaret ve Finansman
Türü : () Proje (x) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Taramayı Yapan Araştırma Görevlisi

Danışman

ÖNSÖZ

Günümüz dünyasında sağlık hizmetlerinin finansmanı, toplumlar ve ülke yönetimleri için öncelikli bir konu olmakta ve her geçen gün de önemi artmaktadır. Sağlık sektörü; bu alanda teşhis ve tedavi hizmeti veren kişi ve kurumlar, bu hizmetlerden yararlanmak isteyenler ve sağlık hizmetlerin gerçekleşmesi için lojistik altyapı sağlayanların birlikte var olduğu büyük bir topluluktur. Bu hizmetlerin aksamadan ve en optimum maliyetlerle gerçekleştirilmesi için pek çok ürün ve hizmet sağlayıcısına gerek duyulmaktadır. Ürün ve hizmet sağlayıcılarına gerekli altyapı desteklerini veren sektörleri de kapsam içine aldığımızda, sağlık hizmetleri sektöründe finansman konusunun ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Bu sebeple kamu kesimi, büyük ölçekli finansman giderleri ve yatırımların finansmanı için alternatif modeller araştırmakta ve çeşitli uygulamalar geliştirmektedir. Bu modellerden en sık karşılaşılanı kamu kesiminin özel sektör ile çeşitli ortaklıklar kurarak büyük ölçekli yatırım projelerini gerçekleştirmeleridir. Bu çalışmamızda Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modelleri incelenmiş ve sağlık alanında gerçekleştirilen büyük ölçekli yatırımlardan Bursa Şehir Hastanesi ele alınmıştır. Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modelinin avantajları ve analizleri ortaya konmuş dünyada ki bazı örnek projeler'e değinilmiş ve genel olarak kamu bütçesine yaptığı olumlu etkiler incelenmiştir.

Mayıs 2021

M. Alper Gürbüz

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması süresince daima yol gösterici olan, katkı ve desteğini esirgemeyen, değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ö. Nasuhi Şahin'e ve çalışmalarım sırasında emeği geçen bütün hocalarıma teşekkür ederim.

Ayrıca mental ve moral desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen eşime, çalışmalarına katkıda bulunan sevgili kardeşim Dr. Tuncer Gürbüz'e ve son olarak sevgili arkadaşım Şahin Tok'a bana verdiği desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

M.Alper GÜRBÜZ

24.05.2021



İÇİNDEKİLER

BEYAN BELGESİ.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1	6
GENEL SAĞLIK FİNANSMANI VE İLGİLİ KAVRAMLAR	6
1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	6
1.1.1. Tarihsel Gelişim ve Kavramlar	6
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	7
1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.4. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.5. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.6. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.7. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	9
1.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri	9
1.1.3.1. Özel Finansman Modelleri	10
1.1.3.2.1. Kamu Finansman Modelleri	11
1.1.3.2.2. Sosyal Sağlık Sigortası	11
1.1.3.2.3. Vergi Toplama	11
1.1.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Dünya Uygulamaları	11
1.1.4.1. Beveridge Modeli	12
1.1.4.2. Bismarck Modeli	12
1.1.4.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli	12
1.1.4.4. ABD Modeli	12
1.1.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Türkiye Uygulamaları	12
1.1.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Finansmanı	13

1.1.5.2.	Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK).....	13
1.1.5.3.	SGK’ nın Tarihsel Gelişimi.....	14
1.1.5.4.	Kamu Kurumu Sağlık Finansörü olarak SGK.....	14
1.1.5.5.	SGK Hizmet Alımları.....	15
1.1.5.5.1.	Kamu Sağlık Sunucularından Hizmet Alımları	15
1.1.5.5.2.	Özel Sağlık Sunucularından Hizmet Alımları.....	15
1.1.5.5.3.	Eczacı ve Optikçilerden Hizmet Alımları	17
1.1.5.6.	Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma	17
1.2.	Sağlık Yatırımları Finansmanı	18
BÖLÜM 2		20
SAĞLIK YATIRIMLARI VE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI (KÖO)	MODELLERİ.....	20
2.1.	Sağlık Yatırımlarında Devletin Rolü	20
2.2.	Dünyada Kamu-Özel Sektör Ortaklığı (KÖO).....	20
2.3.	Türkiye’de Kamu-Özel Sektör Ortaklığı (KÖO).....	21
2.3.1.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Modelinin Yapısı	22
2.3.2.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Mevzuatı	22
2.3.3.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Modelleri	23
2.3.3.1.	İmtiyaz Sözleşmesi	23
2.3.3.2.	Yap-İşlet Modeli.....	23
2.3.3.4.	Yap-Kirala-İşlet-Devret Modeli	24
2.3.3.5.	İşletme Hakkı Devri Modeli	24
2.3.3.6.	Restore Et-İşlet-Devret Modeli	24
2.4.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Projeleri Avantajları ve Riskleri.....	24
2.4.1.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Avantajları.....	24
2.4.2.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Dezavantajları	25
2.5.	Sağlık Yatırımları Çerçevesinde Şehir Hastaneleri.....	25
2.6.	Şehir Hastaneleri Dünya Örnekleri	26
2.6.1.	Avusturalya - Royal North Shore Hospital.....	26
2.6.2.	Almanya - Kanser Araştırma Merkezi.....	26
2.6.3.	Portekiz – Hospital De Braga	27
2.6.4.	İngiltere – Calvary Mater New Castel Hospital.....	27
2.7.	Türkiye’de Şehir Hastaneleri Modeli Gelişimi	27
2.8.	Şehir Hastaneleri Sözleşmeleri	28
2.9.	Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Projelerinde Yüklenicilerin Sunduğu Hizmetler	30
2.10.	Şehir Hastaneleri Türkiye Örnekleri.....	31

2.10.1.	Mersin Şehir Hastanesi.....	31
2.10.2.	Adana Şehir Hastanesi	31
2.10.3.	Isparta Şehir Hastanesi	31
2.10.4.	Kocaeli Şehir Hastanesi	32
BÖLÜM 3		33
TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI (KÖO) ÇERÇEVESİNDE	33	
BURSA ŞEHİR HASTANESİ PROJESİ		33
3.1.	Türkiye’de Şehir Hastaneleri Modeli Gelişimi	33
3.2.	Bursa Şehir Hastanesi Proje Sahipleri.....	33
3.3.	Bursa İli ESK Projesine Duyulan İhtiyaç.....	34
3.3.1.	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastanelerine Duyulan İhtiyaç	37
3.3.2.	Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerine Duyulan İhtiyaç	37
3.4.	Bursa İlinde Hastane Planlaması	38
3.5.	Bursa Entegre Sağlık Kurumu (ESK) Proje Bileşenleri ve Tasarımı.....	38
3.5.1.	Genel Bakış	38
3.5.2.	Bursa Şehir Hastanesi Ana Hastane (AH) (Ek-2).....	40
3.5.3.	Bursa Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) Hastanesi....	42
3.5.4.	Bursa Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi	44
3.5.5.	Bursa Şehir Hastanesi Teknik Hizmet Binası ve Trijenerasyon Sistemi Binası 45	
3.5.6.	Bursa Şehir Hastanesi Helikopter Platformu	45
3.5.7.	Trafik ve Erişim Yönetimi	45
3.6.	Bursa Şehir Hastanesinin Yönetim Modeli	46
3.6.1.	İşletme Aşaması	46
3.6.2.	Şehir Hastaneleri Ödeme Sistemi	47
GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ		51
KAYNAKÇA		56
ÖZGEÇMİŞ		61

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Ana Hastane
BAĞ-KUR	: Bağımsız Kurumlar
ES	: Emekli Sandığı
ESK	: Entegre Sağlık Kurumu
FTR	: Fizik Tedavi Rehabilitasyon
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HÖ	: Hizmet Ödemeleri
KB	: Katılım Bedeli Ödemeleri
KÖÖ	: Kamu Özel Ortaklığı
MEDULA	: Hasta ve İlaç Takip Sistemi
ÖİK	: Özel İhtisas Komisyonu
PFI	: Private Finance Initiative
PPP	: Public Private Partnership
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüş Projesi
SDS	: Sağlık Dönüşüm Sistemi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHFK	: Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulamaları Tebliği
TEB	: Türk Eczacılar Birliği
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WB	: Word Bank
YGAPH	: Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi
YİD	: Yap İşlet Devret

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3. 1. Bursa ilindeki hastanelerin dağılımı	35
Tablo 3. 2. Bursa İlindeki Kamu Hastaneleri	36
Tablo 3. 3. Ana Hastanede Yatak Kapasitesi Dağılımı	41



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. Mesleki Rehabilitasyon Hizmetlerinin Fonlanması	9
Şekil 2. Sağlık Finansmanında Kamu Kaynakları	10
Şekil 3. Sağlık Finansmanında Kamu Kaynakları	14
Şekil 4. Geri Ödeme Süreci	16
Şekil 5. Finansmanı sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlarının Belirlenmesi	16
Şekil 6. İlaç Kamu Fiyatı Belirleme	16
Şekil 7. ESK İçindeki Hastanelerin ve Diğer Yerleşim Planı (EK-1)	39
Şekil 8. ESK İçindeki Hastanelerin ve Diğer Yerleşim Planı.....	40
Şekil 9. ESK içindeki Ana Hastane ve Kule 3'ün (Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi) ile Kule 4'ün (Onkoloji Hastanesi) Kesit Görüntüleri	42
Şekil 10. FTR Binası Yerleşim Plan (Ek-3)	43
Şekil 11. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi Binası Yerleşim Planı	44
Şekil 12. Şehir Hastaneleri Ödeme Sistemi	47

ÖZET

Tezin Başlığı: Sağlık Sektöründe Finans Modellerinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi: Bursa İli Şehir Hastanesi İncelemesi

Tezin Yazarı: M.Alper GÜRBÜZ **Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Ö. Nasuhi Şahin

Kabul Tarihi: 01.04.2021 **Sayfa Sayısı:** xi (ön kısım) + 61 (tez)

Anabilim Dalı: Uluslararası Ticaret ve Finansman

Artan dünya nüfusu; gıda, temiz su ve enerji üretiminde pek çok zorlukları beraberinde getirmektedir. Ülkelerin bu sorunlarla başa çıkmaları giderek daha zorlaşmakta, özellikle altyapı yatırımları teknolojik gelişmelere bağlı olarak devasa bütçelere ihtiyaç duymaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı da bu zorluklar arasındadır. Günümüz dünyasında sağlık hizmetlerinin finansmanının önemi, toplumlar ve ülke yönetimleri için daha da önem kazanmaktadır. Sağlık sektörü; bu alanda teşhis ve tedavi hizmeti veren kişi ve kurumlar, bu hizmetlerden yararlanmak isteyenler ile bu hizmetlerin gerçekleşmesini sağlayan lojistik altyapı sağlayıcılarının birlikte var oldukları büyük bir toplumsal gruptur. Bu hizmetlerin aksamadan ve en optimum maliyetlerle gerçekleştirilmesi için pek çok ürün ve hizmet sağlayıcısına gerek duyulmaktadır. Ürün ve hizmet sağlayıcılarına gerekli altyapı desteklerini veren çeşitli sektörleri de kapsam içine aldığımızda, sağlık hizmetleri sektöründe finansmanın ne denli önemli olduğu daha iyi anlaşılacaktır. Bu sebeple kamu kesimi bu ölçekteki yatırımların finansmanı için çeşitli alternatif finansman modelleri araştırmakta ve geliştirmektedir. Bu modellerden en sık karşılaşılanı kamu kesiminin özel sektör ile çeşitli ortaklıklar kurarak büyük ölçekli yatırım projelerini gerçekleştirmeleridir. Bu çalışmada Kamu-Özel-Ortaklık (KÖÖ) modeli ile sağlık alanında gerçekleştirilen büyük ölçekli yatırımlardan Bursa Şehir Hastanesi incelenmiş, modelin avantajları ve analizi yapılarak dünyada ki benzer örnek projelerle kıyaslanarak kamu bütçesine yaptığı olumlu etkiler incelenmiştir. Çalışmamızın gelecekteki büyük ölçekli projelerde özellikle kamu maliyesindeki olumlu etkileri açısından örnek teşkil etmesi ve araştırmacılara faydalı olması umulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: KÖİ, Entegre Sağlık Kurumu, Şehir Hastaneleri, SGK, Sağlık Finansman Hizmetleri

SUMMARY

Thesis Title: Evaluation of Financial Models in Health Sector in the Axis of City Hospitals: Bursa City Hospital Analysis

Thesis Artur: M.Alper GÜRBÜZ **Advisor:** Dr. Öğr. Üyesi Ö.Nasuhi Şahin

Date of Acceptance: 01.04.2021 **Total Number of Page:** xi (pre text) + 61 (main body)

Department:

Increasing world population; It poses many challenges in food, clean water and energy production. It is getting more difficult for countries to cope with these problems, especially infrastructure investments require huge budgets depending on technological developments. Healthcare financing is among these challenges. In today's world, the importance of financing health services is increasing day by day for all societies and country administrations. Health sector; It is a large social group in which people and institutions providing diagnosis and treatment services in this field, those who want to benefit from these services and the logistics infrastructure providers that provide these services. Many product and service providers are required in order to provide these services without interruption and at the most optimum costs. When we include various sectors that provide the necessary infrastructure support to product and service providers, it will be better understood how important financing is in the healthcare sector. For this reason, the public sector researches and develops various alternative financing models for financing investments of this scale. The most common of these models is the realization of large-scale investment projects by the public sector by establishing various partnerships with the private sector. In this study, Bursa City Hospital, which is one of the large-scale investments made in the field of health with the Public-Private-Partnership (PPP) model, was examined, the advantages and analysis of the model and its positive effects on the public budget by comparing with similar sample projects in the world were examined. It is hoped that our study will serve as an example in future large-scale projects, especially in terms of its positive effects on public finance and will be beneficial to researchers.

Keywords: PPP, Integrated Health Institution, City Hospitals, SSI, Health Finance Services

GİRİŞ

Dünya nüfusu hızla artmaktadır. Artan dünya nüfusu; doğal gıda, temiz su ve enerji üretiminde pek çok zorlukları beraberinde getirmektedir. Ülkelerin bu sorunlarla başa çıkmaları giderek daha zorlaşmakta, özellikle altyapı yatırımları teknolojik gelişmelere bağlı olarak devasa bütçelere ihtiyaç duymaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı da bu zorluklar arasındadır.

Dünya genelinde toplumlarda ortalama yaşam sürelerinin artması, modern çağ hastalıklarına daha sık rastlanması, tanı ve tedavi araçlarındaki teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerini büyük bir sektöre dönüştürmüş ve sağlık harcamaları için daha çok kaynak ayırmayı zorunlu hale getirmiştir. Sağlık sektörü; teşhis ve tedavi hizmeti sağlayan sağlık sunucuları, bu hizmetlerden yararlananlar ve bu hizmetlerin gerçekleşmesi için gereken lojistik altyapıyı sağlayanların birlikte var olduğu büyük bir topluluktur. Ürün ve hizmet sağlayıcılarına gerekli altyapı desteklerini veren diğer sektörleri de kapsam içine aldığımızda, sağlık hizmetleri sektörünün finansmanının ne denli önemli bir konu olduğu daha iyi anlaşılacaktır.

Günümüzün modern ve çağdaş toplumlarında yaşayan her bireyin gerek duyduklarında sağlık hizmetlerine erişebilmeleri, tüm toplumlarda insanî bir hak olarak kabul edilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerine erişebilmesi için gereken kaynakların; kamu marifetiyle ya da alternatif modeller ile gerçekleştirilmesine sağlık finansmanı denilmektedir (Şahin & Uysal, 2008). Sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle gelir toplama, bu gelirlerle kaynak oluşturma ve bu kaynakların sağlık hizmeti satın alınmasında kullanılması şeklinde gerçekleşmektedir (Keşli A. T., 2012).

Modern devlet yönetiminde sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği konusunda çeşitli modeller geliştirilmiştir. Genel olarak uygulamada bu modellerin ikiye ayrıldığı görülmektedir. Bunlar kamu kaynaklı finansman modelleri ve özel sektör kaynaklı finansman modelleridir. Kamu kaynaklı finansman modelleri de kendi içinde, sosyal sağlık sigorta uygulamaları ve vergi yoluyla kaynak oluşturma modeli olarak iki kısımdır. Özel sektör kaynaklı finansman modelleri ise özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı oluşturma ve cepten ödeme yaparak sağlık hizmetinden yararlanma şeklinde olmak üzere üç kısımdır (Şahin & Uysal, 2008).

Sosyal sağlık sigortası uygulamalarında veya özel sağlık sigortası uygulamalarında hem kamu tarafında hem de özel sektör tarafında bu konu ile ilgili örgütlü yapılara ihtiyaç vardır. Bu örgütlenme modelleri çeşitli ülkelere göre farklılık göstermektedir. Farklılıkları belirleyen unsurlar ise toplumların sosyolojik yapıları ve modern devletlerin bu konuda geliştirdikleri politikalarıdır. Bazı Avrupa ülkelerinde bu alanda örgütlenmiş yapılara pek rastlanmamakla birlikte, birçok ülkede bireylere çeşitli seçenekler sunabilen, rekabetçi toplumsal örgütler vardır (Tatar, 2011). Bu süreçte sağlık hizmeti almak isteyenler; bu hizmet bedelini ya doğrudan bu hizmeti veren kişi veya kurumlara ödemekte ya da üçüncü bir taraf olarak ödemelerini bu örgütlü yapılara yaparak onların sağlık hizmeti sunucularına kaynak aktarmalarını sağlamaktadırlar. Bu üçüncü taraf genellikle kamu tarafı veya kamu adına bu ödemeleri yapan bazı özel kurumlar olmaktadır. Bu kurumlar aynı zamanda sağlık

hizmetlerini finanse etmek çeşitli toplumsal guruplardan farklı oranlarda gelir toplamaktadırlar (Joyner, 2007, s. 206-217)

Genel olarak Sosyal Sağlık Sigortacılığı olarak adlandırılan bu sistemler diğer sağlık hizmetleri finansmanı modellerine göre tarihsel olarak da en eski sistemlerdir. Örneğin Batı Avrupa’da bu sistemlerinde ilk defa görülmesinin Orta Çağ’a kadar uzandığı kabul edilmektedir. Zamanla köklü bir sistem haline dönüşen bu uygulamalar; toplum içinde kabul görmüş ve her kesim için toplumsal dengeye sahip bir mutabakat haline dönüşmüştür. (Saltman, Busse, & Figueras, 2004). Saltman’ın (2004) sosyal sağlık sigortasının; normal bir finansman yöntemi olmasının yanı sıra bir “yaşam tarzı” olduğunu ileri sürmesi bu görüşü destekler niteliktedir.

Öte yandan Sosyal Sigorta’nın genel anlamda ele alınması durumunda, toplumdaki kaynakları yeniden dağıtan bir sosyal gelir politikası olduğu da söylenilebilir. Bu yeni paylaşım sadece sağlıklı bireyler için olmayıp, toplumun dezavantajlı kesimleri olarak kabul edilen; gelir durumu göreceli olarak daha düşük genç ve ileri yaşlı bireyleri ve kalabalık aileleri de kapsar niteliktedir. (Stone, 1993). Gelişen teknolojiler ve artan nüfus gibi birçok neden her geçen gün hükümetler üzerindeki finansal baskıları artırmakta ve hükümetleri yeni kaynaklar bulmaya ve alternatif finansman modelleri oluşturmaya zorlamaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişimde bireysel süreçleri planlayan ve çeşitli sosyal sınıflara kaynak aktaran devlet, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini de planlamaktadır. Kamu tarafında sadece sağlık hizmetlerinin finansmanı değil, sağlık hizmetleri sunucuları ve diğer pek çok sağlık sektörü çalışanları için gerekli olan altyapı ve lojistik yatırımlarının da gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu hizmetleri genel olarak kendi kaynakları ile gerçekleştiren hükümetler; büyük ölçekli finansman gerektiren bazı toplumsal hizmetler ve yatırımlar için çeşitli alternatif yöntemlere başvurarak finansman sağlamakta veya özel sektör firmalarının katılımlarıyla ortaklaşa projeler yürütmektedirler. Böylece bütçeye ilave yükler getirmeden sahip oldukları kaynakları daha verimli kullanmaktadırlar. Öte yandan özel sektörün sahip olduğu teknolojik birikimler ile birlikte çeşitli işletmecilik prensiplerini, ar-ge faaliyetlerini ve inovatif yönetim biçimlerini değerlendirmiş olmaktadır. Kamu-Özel işbirliği modeli ya da Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modeli olarak adlandırılan bu sistemler, pek çok ülkede farklı uygulama biçimleriyle kendisini göstermektedir.

Uluslararası literatürde birçok araştırmaya konu olan Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modeli; birçok kaynakta “Public Private Partnership” (PPP) şekliyle de adlandırılmaktadır. Önceleri kamu ve özel kurumların beraber proje üretmesi yöntemi; Private Finance Initiative (PFI) şeklinde anılmakta iken, kapsamının ve içeriğinin gelişmesi sonucu yöntem Public Private Partnership (PPP) olarak adlandırılmıştır (Gürkan, 2013). Bu modellerin temelini; eğitim, sağlık, ulaşım ve enerji yatırımları gibi kamu gücü ve finansmanı ile gerçekleştirilen projelerin yürütülmesi, sınırlı imtiyazlar ve sözleşmeler çerçevesinde özel sektöre devredilmesi oluşturur. Özel sektör sahip olduğu ayrıcalıklar ile bu yatırımların planlamasını ve inşaatlarını gerçekleştirmekte, belli bir süreliğine işletmesini de üstlenerek tüm süreci kendi kaynaklarıyla finanse etmektedir (Tülüceoğlu & Altan, 2017)

Dünya Bankası'nın 2017 yılında açıkladığı bir raporda Kamu Özel İşbirliği modelinin tercih edilmesinin temel gerekçesinin; kamu sektörünün kontrolündeki hizmetlerin gerçekleştirilirken, sahip olunan ekonomik kaynakların korunması olduğu vurgulanmıştır. Bu yaklaşım; kamu kesimine ait işgücünün daha çok temel kamu görevlerine ayrılmasını, aynı zamanda gerçekleştirilecek projelerin de buna paralel olarak özel sektör aracılığıyla kaliteden ödün vermeden gerçekleştirilmesini mümkün kılmaktadır. (The World Bank, 2021).

Kamu Özel İşbirliği modelleri, uygulamada; ulaşım, çevre, eğitim, güvenlik, konut, enerji ve sağlık gibi pek çok sektörde başvurulmuş bir iş modelidir. AB ülkelerinde önceleri altyapı yatırımlarını gerçekleştirmek için kullanılan sistem diğer sektörlerde de yaygınlaşmıştır. 2000 li yıllardan itibaren başarılı sonuçlar alınan özel sektör projeleri tüm dünyada tercih edilen bir uygulamaya dönüşmüştür. Günümüzde bu ortaklık modeli Almanya, İsveç, Kanada, İrlanda, İtalya, Hollanda, İspanya, Türkiye ve Güney Afrika gibi birçok ülkede kullanılmakta ve üzerinde çok tartışılan bir konu olmaya devam etmektedir (Tülüceoğlu & Altan, 2017).

Ülkeler kendi siyasal ve ekonomik yapılarına göre toplumsal beklentileri de göz önünde bulundurarak çeşitli politikalar oluşturmakta ve bu politikaları, KÖO modelinin hangi sektörlerde daha çok tercih edileceği, hangi sektörler de ise daha az tercih edileceğine göre belirlemektedirler.

Bu politik süreçlerde, KÖO'nun en çok uygulandığı sektörlerden biri olan sağlık sektöründe altyapı tesislerinin inşa edilmesi, ilaç üretimi, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi ve sağlık destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi pek çok konu öne çıkmaktadır (Uysal, 2017).

Türkiye'de ise sağlık sektöründe KÖO uygulamalarında süreç 2005 yılında kabul edilen 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile başlamıştır. 2013 yılında 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un kabul edilmesiyle de devam etmektedir. Bu kanuna göre düzenlenen model; genel olarak, kamudan alacağı bedeller karşılığında özel sektörün; sağlık tesisini inşa etmesi, tesisi bakanlığa tahsis etmesi, sağlık hizmetlerinin kamu personellerince, destek hizmetlerinin ise özel sektör çalışanları aracılığıyla sunulması ve sözleşme süresinin bitiminde tesisin bakanlığa devrinin yapılması esaslarına dayanmaktadır. Türkiye'de 2003 yılından itibaren sağlıkta dönüşüm programı kapsamında gerçekleştirilen bu ve benzer projeler ile halen çeşitli aşamalarda olmak üzere 21 şehir hastanesi yatırımı planlanmıştır (Karahanoğulları, 2012).

Çalışmamızın birinci bölümünde, sağlık hizmetlerinin finansmanına yer verilerek tarihsel gelişimi, özellikleri ve uygulamadaki farklı modelleri incelenmektedir. Kamu ve özel finansman uygulamalarının Türkiye'deki gelişim süreçleri araştırılmış, Kamu'nun sağlık alanındaki yürütme organı olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yapısına kısaca değinilmiştir. Genel olarak sağlık sektörü içinde yer alan altyapı ve tesis yatırımlarının tarihsel boyutu, dünyada ki çeşitli uygulamaları ve ülkemizdeki sağlık yatırımlarının nasıl finanse edildiği incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, büyük ölçekli kamu yatırımlarının genel prensipleri, modern devlet örgütlerinin bu yatırımlardaki rolleri incelenmiştir. Kamu Özel İşbirliği modelinin tercih edilme sebeplerinin neler olduğu, güçlü ve zayıf yönleri ele alınmış ve bu sistemdeki farklı yöntemler incelenmiştir. KÖO projelerinin mali yapısı, finansman yöntemleri ve risk kavramı analiz edilerek, kamu bütçesine etkileri vurgulanmıştır.

Üçüncü bölümde ise; somut bazı örnekler üzerinden ülkemizde Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modeli ile uygulama alanı bulan örnek bir şehir hastanesi projesi ele alınarak bazı konularda değerlendirmelere yer verilmiştir. “Risk Kavramı”, finansman, yatırımın geri dönüş süreleri, kaynak dağılımları ve ödeme garantileri gibi bazı konuların gerekçeleri açıklanmaya çalışılmıştır. Örnek olarak; Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modeli ile gerçekleştirilen, büyük ölçekli yatırımlardan Bursa Şehir Hastanesi incelenmiş, modelin avantajları ve analizi yapılarak kamu bütçesine yaptığı olumlu etkiler incelenmiştir. Her yönüyle ele alınan Bursa Şehir Hastanesi’nin neden diğer Kamu Özel İşbirliği projelerine örnek olması gerektiği ortaya konmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın Konusu

Bu çalışmanın konusu; Dünya’da ve ülkemizde genel olarak sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiğinin incelenmesi, çeşitli uluslararası ve ulusal proje örnekleri ile toplumsal alanda ve kamu kesiminde kabul gören modellerin neler olduklarının araştırılmasıdır. Öte yandan çalışmamızda bu finans sistemi içerisindeki sağlık alanında yapılan yatırımlar, dünyada ve Türkiye’deki uygulama biçimleri incelenmiş ve Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) çerçevesinde yapımı gerçekleştirilen Şehir Hastaneleri’nden Bursa Şehir Hastanesi değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Amacı;

Çalışmamızın amacı, sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu bütçesine olumlu ya da olumsuz etkilerini incelemek ya da Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modelinin şehir hastaneleri ile ilgili kamu sağlık politikalarına olan etkisini analiz etmek değildir. Amacımız daha ziyade bu politikalardaki kârlılık faktörünün öne çıkarılması ve kamu bütçesine sağladığı olumlu etkilerin farkındalığının artırılmasıdır.

Sosyal devlet ve refah toplumu oluşturmada en önemli unsurlardan biri olan sağlık hizmetleri finansmanı ve özellikle sağlık yatırımları konusu, modern toplumlarda yaşayan çağdaş bireyler için en öncelikli ve en hassas konulardan biridir. Sağlık hizmetleri finansmanı her şeyden önce bir “risk yönetimi” ve “kaynak paylaşımı” politikasıdır. Doğru sistemlerin, bilimsel uygulamaların; gerçek bilgi ile toplumda yaygınlaşması, toplumsal mutabakatı artırmakta ve genel kabullerin gerçekleşmesine yardım etmektedir.

Çalışmamızda günümüzde giderek artan sağlık sistemi sorunlarına sahadaki uygulamaların olumlu sonuçlarını öne çıkaran bir yaklaşım sergilenmiş, araştırmacılar için nitelikli örnekler oluşturulmaya çalışılmış ve genel literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Çalışmanın Yöntemi;

Çalışmamızın yöntemi ise genel olarak literatür taraması gerçekleştirerek betimleyici bir model ile konuyu ele alma şeklindedir. Sağlık hizmetleri finansmanı konusu tarihsel süreç olarak nisbeten eski toplumlara kadar götürülse de, Kamu-Özel-Ortaklık (KÖO) modeli çağdaş toplumlarda ve günümüzün modern devlet örgütlerinde son dönemlerde kendisine yer bulmuştur. KÖO modeli uygulamaları tarihsel süreç içerisinde yeni bir kavram olmaları nedeniyle detaylı incelemelere çok fazla olanak tanımamaktadır. Öte yandan devlet örgütleri sağlık politikalarını kendi sosyal ve siyasal bakış açılarına göre oluşturmakta bu da ülkeler arasında ciddi farklılıkların oluşmasına sebep olmaktadır. Uluslararası ortak yazında kesin kuramlar oluşamamakta, değişen toplum ve siyasi yapılara göre veri setleri de farklılaşmaktadır.

Çalışmamızın gelecekte gerçekleştirilecek büyük ölçekli projelere, özellikle kamu maliyesindeki olumlu etkileri açısından örnek teşkil etmesi ve araştırmacılara faydalı olması beklenmektedir.

BÖLÜM 1

GENEL SAĞLIK FİNANSMANI VE İLGİLİ KAVRAMLAR

Günümüzde; gelişen ve gelişmeye devam etmekte olan modern toplumlarda diğer pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da birçok değişim gözlenmektedir. Bu değişimlerle birlikte; sağlık hizmeti organizasyonlarında devletin rolü, sağlık hizmetleri finansmanında; kişilerin ve kamunun üstleneceği görevler yeniden planlanmakta ve sürekli yenilenmektedir. Bu çalışmamızda “Sağlık Hizmetleri Finansmanı” ve “Sağlık Hizmetleri Uygulama Modelleri” araştırılarak Bursa Şehir Hastanesi örneği incelenmiştir.

1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

1.1.1. Tarihsel Gelişim ve Kavramlar

Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin tarihsel gelişimi eski çağlara dayanmaktadır. Yunanistan'da esnaf örgütlerinin ve hastalar için çeşitli yardım derneklerinin bulunduğu bilinmektedir. Eski Roma İmparatorluğu döneminde ise sağlık hizmetleri finansmanının, “Hastalık Sandığı Birlikleri” (collegia tenuiorum) ile “Ölüm Sandığı” birliklerinin (collegia funeraticia) kurularak finanse edilmesi şeklinde literatüre geçmiştir (Vercoutter, 2008).

Sağlık Hizmetleri, sanayi devrimiyle birlikte toplumsal yaşama dâhil olmaya başlamıştır. Özdoğan'a (2017) göre sosyo-ekonomik olarak, 1900'lü yıllarda tarihteki en büyük ekonomik büyüme görülmüş, sanayileşme döneminde yaşam standartları yükselmiş, sağlık ve ulaşım alanlarında birçok gelişme yaşanmış, iyileşmeler başlamış, hastalıkların tedavisi ve ölüm oranları azaltılmış ve yaşam kalitesi artırılmıştır (Özdoğan, 2017).

Bu döneme kadar daha çok ailelerin kendi üyelerine verdikleri sağlık finansman destekleri sanayi devrimiyle sona ermiştir İlk olarak Avrupa'nın batısında risk bölüşümünü temel alan ve bir tür sigortacılığın yaygınlaşması ile farklı ülkelerin farklı sistemleri ortaya çıkmıştır

Dilik'in 1998 yılında yayımlanan bir makalesinde; Almanya'da çalışanlarla ilgili ilk sigortanın 1854 yılında Prusya'da madenlerde çalışanların bir sandıkta toplanması ve desteklenmesi ile ortaya çıktığı açıklanmıştır. Çeşitli iş kazası sigortalarının birkaç kez meclise sunulmasından sonra 1884 yılında tasarılar mecliste kabul edilmiş ve böylece “İş Kazaları Sigortası Kanunu” yürürlüğe girmiştir (Dilik, 1988).

Yaşar ise 2007 yılında yayımladığı doktora tezinde, modern anlamda sağlık finansmanının, 19. Yüzyılda işveren primleri ve sosyal dayanışma çerçevesinde oluşturulan kurallar ile ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu çerçevede tedavisi gerekli hastalıkların finansman yetersizliklerine karşı tedavi edilerek koruma altına alınmaları ve zamanla kurumsallaşan bu uygulamaların günümüzün modern sosyal sigortacılık çerçevesini belirlediğini açıklamıştır. 20. Yüzyılın başlarında ise ulusal sağlık hizmetleri sisteminin, ülke nüfusunu tamamen kapsayan bir vergi sistemi ile uygulamaya konulduğunu 21. Yüzyılın sonlarına doğru da tıbbî tasarruf hizmetlerinin ortaya çıkmaya başladığını, buna neden olanın da özel sağlık sigortaları uygulamalarındaki bazı aksaklıkların olduğunu dile getirmiştir (Yaşar, 2007).

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması dört kısımdır. Bu, sunulan hizmetin amacına göre yapılan bir sınıflamadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite amacına yönelik sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hizmetleridir (Kleczkowski, Roemer, & Werff, 1984).

1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin dayanağı koruyucu sağlık hizmetleridir. Dünya Sağlık Örgütü koyucu hekimliği, bedensel ve ruhsal olarak sağlık durumunun toplumda kurulan örgütler tarafından iyileştirilmesinin yanı sıra, bireylerin ve ailelerinin sağlık durumlarından sorumlu doktorun; bağışıklama vb. gibi faktörleri gerçekleştirme konusunda tam çabaya girmesi olarak tanımlanmaktadır. Böylece toplumda var olan sağlık bilincinin ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi için gerçekleştirilen bütün eylemler ve hekimlik faaliyetleri koruyucu sağlık hizmetleri olarak kabul edilmektedir (Altay, 2007).

Bu hizmetler; aşılama, gebe/lohusa, aile planlaması ve bebek/çocuk izlemesi başlıklarından oluşmaktadır (İlhan, Tüzün, Sefer, Nur, & Özkan, 2006).

Hastalıkların oluşumunu engellemek, bireyleri korumak ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla verilen bir hizmet olan koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde iki kısımdır.

Bunlar;

- Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleridir

Çevre ile ilgili yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin yaşam alanları içerisinde bulunan ve onları sağlıkları açısından olumsuz şekilde etkileyen fiziksel, kimyasal ya da sosyal nedenleri ortadan kaldırma çalışmaları olarak tanımlanabilir. Bu başlık altında toplanan bazı hizmetler ise; yeterli seviyede temiz su temin edilmesi, katı ya da sıvı ayrımı yapılmaksızın atıkların zarar oluşturmayacak şekilde dönüştürülmesi, konut ve endüstriyel sektörlerdeki sağlık uygulamaları, mevcut hava kirliliği ile mücadele ve gürültü kirliliği ile beraber radyasyonla mücadeledir. Sağlık sektörünün üzerine düşen en temel görev, danışmanlık yapmak, denetlemek ve eğitim vermektir (Akdur, 2006).

İnsan yaşamı ile ilgili koruyucu sağlık hizmetleri ise, bireyleri ve toplumu ortaya çıkan hastalıklardan korumak, korunamaması durumunda ise, erken tanı sayesinde hastalığa uygun olan tedavilerin gerçekleştirilerek iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde, harcamaların düşürülmesinin en önemli yolu hastalık, ölüm ya da sakatlık gibi durumların koruyucu hizmetler aracılığı ile önlenmesinin sağlanmasıdır. Bu başlık altında toplanan bazı hizmetler ise; Erken teşhis ve tedavi, aşılama, ilaç vasıtasıyla sağlanan koruma, beslenmede devamlılık ve düzen, sağlık bilinci oluşturma ve aile planlamasıdır (Akdur, 2006).

1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerde oluşan hastalıkların ortadan kaldırılması ve eski sağlıklarına kavuşturulmaları için yapılan bütün çalışmalar, tedavi edici sağlık hizmetlerini oluşturur. Birinci basamak tedavi hizmetleri, İkinci basamak tedavi hizmetleri ve Üçüncü basamak tedavi hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleri olarak kabul edilmektedir (Akdu, 2006).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, yüksek maliyet ve kuvvetli organizasyon yapısı gerektiren sağlık sistemi olup; yönetimi, personeli, fiziki imkânları ve finansmanı ile oldukça önemli boyutlara sahiptir (Altay, 2007).

Akdu'a (2006) göre; tedavi edici sağlık hizmetlerinin arzı özel sektör ağırlıklıdır. Özel sektör ağırlıklı olması; sağlık harcamalarının bazı anormal büyüklüklere ulaşmasına fakat bu büyüklüklerin toplumun yararına olacak sağlık seviyelerine yansımamasına sebep olmaktadır.

1.1.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığa yönelik teşvik, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarından oluşan hizmetlerin verildiği ve aynı zamanda talepte bulunan hastaların hizmetlere kolayca erişim sağlayabildikleri ve bunların maliyetinin de minimum seviyede tutulduğu hizmetlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu sağlık hizmetlerine; Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi gibi kuruluşlar örnek olarak gösterilmektedir.

1.1.2.4. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hizmet arzı için tıbbi bilginin yoğunluğunu ve yüksek seviyede teknolojinin varlığını gerekli kılmayan, ortaya çıkan hastalıkların teşhisinin ve tedavilerinin yatış yoluyla yapılmasını gerektiren hizmetlerdir (Çiftçi, 2011). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerinde teşhis konulamayan hastalar muayene edilmektedir. Bunlara örnek olarak özel hastaneler ve devlet hastaneleri gösterilebilir.

1.1.2.5. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamakta hastalıklara konulamayan teşhis ve tedavilerin daha donanımlı bir şekilde ileri seviyede kontroller ile birlikte tedavilerinin gerçekleştirildiği hastanelerdir. Bunlara örnek olarak eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri verilebilir.

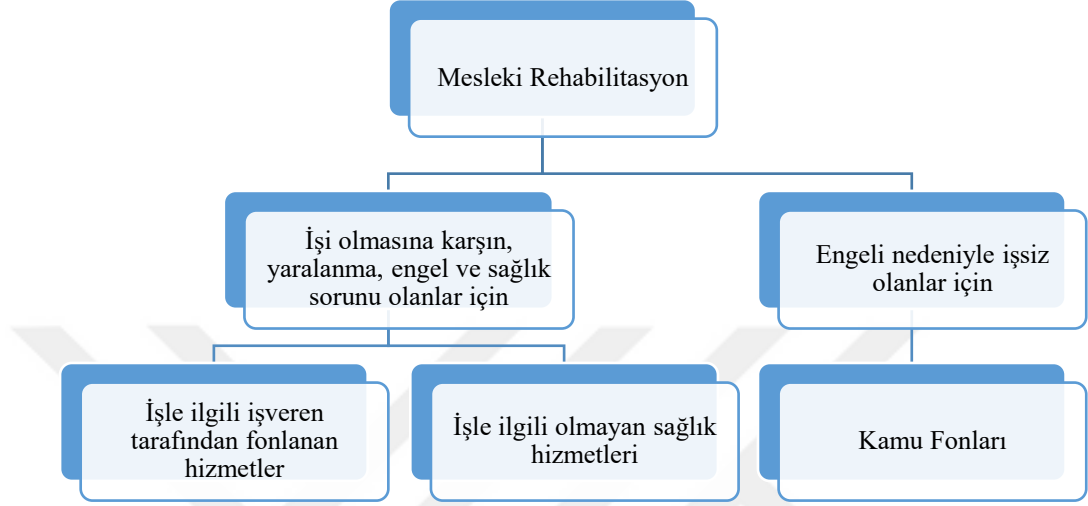
1.1.2.6. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bazen tedavi edici sağlık hizmetlerinde beklenen sonucun alınamaması ile, bazı bireylerin sağlıklarında tamamen ya da kısmen sağlık kayıpları görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda mevcut sağlık durumlarının iyileştirilmesi için uzun vadeli ya da gerektiği kadar rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri süreci başlatılmaktadır. Çoğu durumlarda hasta olan bireylerin başkalarına olan bağımlılığı söz konusudur. Tıbbî rehabilitasyon ve mesleki (sosyal) rehabilitasyon olarak iki kısımda sınıflandırılmaktadır (Çoban, 2009).

Mesleki (sosyal) rehabilitasyon, bireylerin çeşitli hastalıklardan veya engellilik durumundan kaynaklanan dezavantajlı durumları için, işe girişlerinde sorunların ortadan kaldırılması için yapılan çalışmalar olarak görülmektedir (Kayıhan ve Köse 2018: 32).

Mesleki rehabilitasyon süreci ise iki şekilde gerçekleşir. Birincisi engelli bireylere ve işsizlere yönelik olandır. İkincisi ise işi olanlar ancak buldukları işe sahip oldukları sağlık sorunları yüzünden dönemeyenlerdir (Kayıhan & Köse, 2018).

Şekil 1. Mesleki Rehabilitasyon Hizmetlerinin Fonlanması



(Kayıhan & Köse, 2018)

Tıbbi rehabilitasyon ise doğuştan ya da çeşitli kazalar sonucu sonradan meydana gelen ve organlarda yaşanan kendilerine yetmezlik durumlarını, yani başka insanlara olan ihtiyaçlarını minimum düzeye indirmek amacıyla tıbbi hizmet olan protez ve güçlendirme gibi hizmetleri ifade etmektedir (Çoban, 2009).

1.1.2.7. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık, bilimsel verilerin sürekli yenilenmesinden ve oluşan değişimleri takip etmek zorunda olmasından dolayı zamanla değişim gösteren bir sektördür. Bu değişimlerle birlikte sağlık uygulamaları da bir değişim sürecine girmiştir. Değişimleri sürekli olarak takip eden ülkeler geleceğe yönelik sağlık planlaması ve stratejilerini daha gerçekçi tasarlamakta ve uygulamaktadırlar.

1.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

Günümüzün modern toplumlarında hükümetler; toplumdaki bireylerin sağlığını korumak ve ihtiyaç duydukları anda tedavisini yapabilmek ve bu sağlık hizmetlerinin finansmanını kontrol altında tutmak amacıyla çeşitli sağlık politikaları geliştirirler. Bu yöntemlerin temelini; sağlık hizmetlerinin hangi kaynaklarla yapılacağı, kaynakların nasıl yönetileceği, bu hizmetlerin nasıl sunulacağı ve ne şekilde finanse edileceği konusundaki politikalar oluşturur. Bir diğer konu da sağlık hizmetlerinin risk kavramı ile ele alınmasıdır (Culyer & Newhouse, 2000).

Tatar (2011) sağlık finansmanı sistemlerinin birkaç temel bileşenin üzerine kurulduğunu, bunların da; sosyal sağlık sigortası, vergilendirme, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortaları olduğunu söylemektedir. Genel olarak sistemin finansmanı; Kamu kaynaklı zorunlu sistemler ile ya da kısmen zorunlu olan özel kaynaklar ile olmak üzere iki kısımda gerçekleşir (Tatar, 2011).

Tatar’a (2011) göre sistem şu şekilde şematize edilmiştir:

Şekil 2. Sağlık Finansmanında Kamu Kaynakları



1.1.3.1. Özel Finansman Modelleri

Kişilerin serbest piyasa koşullarına göre doğrudan kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler; piyasa ekonomisi açısından sağlık finansmanı olarak kabul edilmektedir. Cepten ödeme, sağlık hizmeti alındığında ortaya çıkan maliyetin aracı olmadan hizmet sağlayıcısına doğrudan yapıldığı ödemedir (Çelikay & Gümüş, 2010).

Mossialos ve Dixon’a (2002) göre özel finansman modellerinden sayılan modellerin ilki “Özel Sigorta Sistemi” dir. İlk defa toplumsal alanda erken tarihlerde ortaya çıkan bazı yardım derneklerinin uygulamalarıyla başlamıştır. Bu dernekler vadesi gelen ödemelerinin ödeme tarihlerini öteleyerek bazı sigorta fonlarının ortaya çıkmalarını sağlamışlardır. Zamanla işverenler de kendi kazançlarından sağladıkları katkılarla sistemin kurumsallaşmasına yardımcı olmuşlardır (Mossialos, Dixon, Figueras, & Joe, 2002).

Özel Finansman modeli olarak kabul edilen bir diğer model de “Tıbbî Tasarruf Hesapları Modelidir”. Bu model; sağlık finansmanında çeşitli sağlık hizmet noktalarının bir çeşit ön ödeme ile birleştirilmesi esasına dayanır. Ön ödemeye oluşturulan kaynak bir yerde toplanmasına karşılık yine de hesaplar kişilere aittir. Bu sistem bazı ülkelerde gönüllü bazı ülkelerde ise zorunludur. Örneğin sistemin zorunlu olduğu ülkelerden Singapur’da bu model çok yaygın olarak kullanılmaktadır (Mossialos, Dixon, Figueras, & Joe, 2002).

1.1.3.2.1. *Kamu Finansman Modelleri*

Kamu finans sisteminin en temel görevi; sağlık finans sisteminde bireylerin çıkarlarını gözeten bir güvenceyi oluşturması ve bu güvencenin bütün nüfus tarafından kullanılmasını sağlamasıdır (Carrin, 2002).

1.1.3.2.2. *Sosyal Sağlık Sigortası*

Bu sisteme göre sağlık finansmanı devlet tarafından veya devlete bağlı bir kurum tarafından finanse edilir. Finansmanın kaynağını ise çalışanların kazandıkları gelirin üzerinden toplanan sigorta katkıları oluşturur. Yapılacak olan katkılara katılım zorunludur ve bu katkılar işverenler ve çalışanlar arasında paylaşılır (Mossialos, Dixon, Figueras, & Joe, 2002).

Zorunlu Sağlık Sigortası mevzuatı ilk olarak Almanya’da 1883 yılında kabul edilmiş ve gönüllü üyelik işçiler için zorunlu hale getirilmiştir. 1927 yılına gelinceye kadar sakatlık, ölüm, işsizlik ve yaşlılık gibi birçok alanda sigorta mevzuatları çıkarılmıştır. Avrupa ülkelerinde ise sistem yaygınlaşmaya 1937 yılında başlamıştır (Smith, 1994)

Tatar’a (2011) göre; finansmanı gerçekleştiren sağlık hizmetlerinin sonuçlarının öngörülebilir ve sürdürülebilir olması bu sistemin avantajıdır. Dezavantajı ise tarım sektöründe ve kayıtdışı sektörde maliyet kontrolü yapılamaması nedeniyle yaşanan zorluklardır. Bir başka olumsuz özellik ise finansmanın işçi maaşlarından alınan katkılarla sağlanıyor olması ve işçilik maliyetlerinin artmasına sebep olmasıdır (Tatar, 2011).

1.1.3.2.3. *Vergi Toplama*

Devletin çeşitli yollarla topladığı vergiler bir havuzda toplanmakta ve sosyal politikalar doğrultusunda sektörler arasında dağıtılmaktadır. Bireysel katkı paylarını ödemiş olan hastalar başka bir ödeme yapmadan sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır (Tatar, 2011).

İrteş ve Köleoğlu’na (2018) göre sağlık finansmanında vergi sisteminin çeşitli avantajları ve dezavantajları vardır. Avantajı devletin kamu gücüyle kısa sürelerde büyük fonlara ulaşması ve sağlık risklerine karşı bütün kamu araçlarını kullanarak mücadele edebilmesidir. Dezavantajları ise sağlanan hizmet sonrası ortaya çıkan bölgeler arası dağılım sorunları ve bazı gruplar için maruz kalınan siyasi baskılardır (Gülşen & Köleoğlu, 2018).

1.1.4. **Sağlık Hizmetleri Finansmanında Dünya Uygulamaları**

Kamu finans sisteminin en temel görevi; sağlık finans sisteminde bireylerin çıkarlarını gözeten bir güvenceyi oluşturması ve bu güvencelerin gerektiğinde bütün nüfus tarafından eşit şekilde kullanılmasını sağlamaktır (Carrin, 2002).

Sağlık finansmanı, Kamu açısından, sosyal politikalar çerçevesinde bir risk yönetimi olarak ele alınan bir konudur ve uygulamalarda kesin bir sınıflandırmadan bahsedemesek de dünyada Roemer’in devletin müdahalesinin esas alındığı dört farklı model üzerine geliştirilen sistem benimsenmiştir.

1.1.4.1. Beveridge Modeli

II. Dünya Savaşı yıllarında Churchill tarafından Ticaret Kurulu'na katılmaya davet edilerek işsizlik ve yoksullukla mücadele etmesi ve Ulusal Sigorta sisteminin uygulanmasını organize etmesi istenen William Beveridge'in tasarladığı yönteme göre, sağlık hizmetlerini devlet sağlamak ve geliri de vergilerle finanse edilmektedir. Temelde finansmanın vergilerle sağlanması amacı taşıyan bu model; sağlık hizmetlerini; ulusal askeri hizmetler, karayolları ve çeşitli altyapı yatırımları gibi bir kamu hizmeti olarak görmektedir.

Bu sistemin uygulayıcısı olan İngiltere'de klinik ve hastanelerin birçoğu devlete aittir. Devlet sağlık örgütlerinde çalışan doktorlara da özel doktorlara da ücretleri kendisi ödemektedir. Sağlık hizmetleri ve ödeme tutarların dağılımı devlet tarafından belirlendiği için toplumdaki bireylerin sağlık harcamaları düşük olmaktadır. Bu finansman modeli, Birleşik Krallık, İspanya, İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda'da uygulanmaktadır (İmmertgut, 1992).

1.1.4.2. Bismarck Modeli

Daha önce Almanya'nın Rus İmparatorluğu büyükelçisi ve Fransa büyükelçisi olarak hizmet eden daha sonra 1862 yılında Alman Temsilciler Meclisi'nin tavsiyesi üzerine Dışişleri Bakanı olarak atanan Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiş modeldir. Refah devleti tanımı geliştirerek kıta Avrupası'nda Alman İmparatorluğu'nun yaratılmasını planlayan Bismarck; bu politikaları çerçevesinde ulusal sağlık sigorta fonu oluşturmuş, bu fonun gelirini de işçi ve işverenden bir miktar kesinti yaparak sağlamıştır (Bärnighausen & Sauerborn, 2002).

Bu yöntem birçok ülkede benimsenmiş ve uygulanmaktadır. Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri bu yöntemi tercih etmiştir (Tatar, 2011:110).

1.1.4.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli

Literatürde karma model olarak ta adlandırılan ulusal sağlık sigortası modeli Romer'in devlet müdahalesi etrafında şekillendirmiş olduğu ancak farklı modellerin özelliklerini birleştiren bir sistemdir. Bu modelde sağlık hizmetleri hükümetlerce finanse edilmekte, gelir için vatandaşlardan vergi ve prim toplanmaktadır. Devlet tek ödeyicidir. Pazarlamaya gerek duymamakta ve kâr amacı gütmemektedir. Kanada, Güney Kore ve Tayvan'da tercih edilen bir sistemdir (Woolhandler, Campbell, & Himmelstein, 2003).

1.1.4.4. ABD Modeli

ABD' nin genel sağlık sisteminin temeli özel sigortaların oluşturduğu bir model görünümündedir. Ülkenin çeşitli bölgelerinde geçerli olan sağlık uygulamalarında bir uyumdan bahsedilmemekle birlikte 1960'lı yıllardan itibaren kamu kaynaklı bazı örgütlenme modellerine rastlanılmaktadır (Oral, 2002)

1.1.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Türkiye Uygulamaları

Anayasa'mıza göre ülkemizdeki sağlık hizmetleri zorunlu kamu hizmeti niteliğinde olup Sağlık Bakanlığı'nın görev alanı içindedir. Sağlık hizmetleri; kamu sektörü, yarı kamu

sektörü, özel sektör ve bazı vakıflarca yürütülmektedir. Finansman ise çeşitli vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sektör ödemeleri ile gerçekleşen sigorta primleri ve cepten ödenen pirimler ile sağlanmaktadır (Pekten, 2006).

Ülkemizde 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü ile ortaklaşa bir dönüşüm programı başlatılmış, bu programla sağlık sistemimiz revize edilerek Genel Sağlık Sigortası sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu sistem ile birlikte toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri için eşit koşullar oluşturulmuş ve sağlık harcamalarına yönelik gelir düzeyi düşük toplum grupları yararına birçok iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir.

1.1.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Finansmanı

Hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi kendi iradesi dışındaki olayların, toplumu oluşturan bireylerin malî güçlerinde gelir azaltıcı bir yönü vardır. Öte yandan Sosyal güvenlik bireyler için en temel insanlık hakkıdır ve bu hakkın korunması için gerekli tedbirlerin alınması görevi de devlete verilmiştir. Bu 1982 Anayasa'sının 60. Maddesinde açıkça belirtilmiştir. Devletin görevleri arasında; nitelikli sağlık politikaları geliştirmenin yanı sıra ekonomik kalkınmayı sağlaması ve toplumun her kesimi için sosyal refahı da tesis etmesi vardır. Tatar'a (2011) göre kamu bu görevlerini; kendisine ait bazı kurumlar aracılığıyla kaynakları yeniden dağıtarak gerçekleştirir (Tatar, 2011).

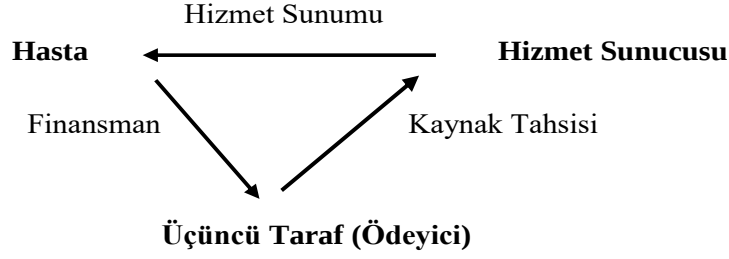
Cremer ve Pestieau'ya (2003) göre kamu; toplumda gerçekleştireceği sosyal koruma programlarını sisteme dâhil olanların katlılarıyla ve ortaya çıkan fayda çerçevesinde ele almaktadır. Ekonomideki fayda kuramına göre katlılarla ilgili yapılan bu sınıflamanın bileşenleri üç prensibe göre oluşur. İlki hedef kabul edilen hizmetlerin faydalarının belirlenmesi ve ihtiyaç duyduğu kanıtlanmış olanlara (hastalık, ölüm, yaşlılık ve iş gücü kaybı) yardım edilmesi prensibidir. İkinci prensibe göre ise bütün vatandaşlar sabit bir katkı oranına göre tüm faydalardan yararlanır. Son olarakta sosyal güvenlikliktan yararlanma seviyesinin yapılan katkıya göre belirlenmesidir (Cremer & Pestieau, 2003).

1.1.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sosyal sigortacılık alanlarında hizmet veren kamu kurumudur. Kamu açısından kaynakların yeniden dağıtılması politikasında karar verilmesi gereken iki konu vardır. Bunlar; sağlık sigortası ile kimler kapsama altına alınacaktır ve kapsam içindeki sağlık ve tedavi teminatları hangi sağlık hizmetlerinden oluşacaktır?

SGK Türkiye'de sağlık hizmetleri sektöründe finansman olarak toplamda % 80 paya sahiptir ve bu hizmetlerini kamu ve özel sektör hizmet sağlayıcılarından satın alarak gerçekleştirmektedir. Güvercin ve arkadaşlarının 2016 da yaptıkları bir çalışmada bu hizmet alma ve ödeme döngüsü "Sağlık Hizmetleri Üçgeni" olarak görselleştirilmiştir. Buna göre;

Şekil 3. Sağlık Finansmanında Kamu Kaynakları



SGK; sağlık hizmetleri finansmanında tek kurum ve temel hizmet alan olarak sağlık hizmetinden yararlanan ve sağlık hizmeti sunanlar arasında köprü olmakta ve sürecin yönetimini de üstlenmektedir. (Güvercin, Mil, & Tarım, 2016).

1.1.5.3. SGK' nın Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de yakın dönemdeki sosyal sigorta ve sosyal sağlık sigortası konularının tarihsel arka planı araştırıldığında ilk olarak, 1934-1947 yılları arasındaki dönemde devlet memurlarına yönelik 11 ayrı emekli sandığının var olduğu görülmektedir. 1950 yılında bu sandıklar Emekli Sandığı altında birleştirilmiş ve hizmetlerine bu şekilde devam etmeye başlamışlardır (Tatar, 2011)

Bu tarihsel arka plan incelenirken öne çıkan bir diğer kurum, Sosyal Sigortalar Kurumudur (SSK). 1945 yılında yürürlüğe giren 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ile 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu; SSK nun temelini oluşturmaktadır. Her iki kanunun kapsamına giren konular 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile bir araya getirilerek kurumun adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir. Bu kanunla kurulan SSK, 2003 yılından sonra ortaya çıkan; Sağlıkta Dönüşüm Sistemi (SDS) ile Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilinceye kadar özel sektör çalışanlarına ve kamuda işçi olarak çalışanlara hizmet ederek, hem işçi hem de işverenlerden prim toplamak suretiyle sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansını gerçekleştirmiştir (Sülkü, 2011).

2003 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması gerçekleştirilmiştir. SDP ile kamuya ait birkaç kurum (TSK, Cumhurbaşkanlığı vb.) hariç bütün sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumu tek bir kurumda toplanmıştır. Sonrasında 2006 yılında 5502 sayılı Kanunla merkezî bir yapı oluşturmak için SSK, Bağ-Kur ve ES tek kurum altında; Sosyal Güvenlik Kurumu’nda (SGK) toplanmıştır. Daha sonra da, 2008 yılında 5510 sayılı Kanun ile genel sağlık sigortası (GSS) sistemine geçilmiştir (Güvercin, Mil, & Tarım, 2016).

1.1.5.4. Kamu Kurumu Sağlık Finansörü olarak SGK

SGK sağlık hizmetleri finansmanını; kamu ya da özel kurum ayrımı yapmadan hizmet veren bütün sağlık sunucuları ile sözleşmeler yapmakta ve 2014 yılı Ocak ayı verilerine göre;

- 820 kamu sağlık kurum ve kuruluğu,
- 1.751 özel sağlık kurum ve kuruluğu,
- 125 üniversite hastanesi,
- 23.975 eczane,
- 5.077 optik müessesesi,

ile sağlık hizmetleri sunumu gerçekleştirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili olarak SGK tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanmaktadır ve sağlık giderleri bu tebliğe göre karşılanmaktadır. SUT, sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılan hizmetlerin neler olduğunu, bu hizmetler için yapılacak ödemelerin ne olduğunu düzenleyen ve sürekli olarak güncellenen bir tebliğdir (SGK, 2011).

SGK ile sözleşme yapan sağlık hizmet sağlayıcıları, ayakta ve yatarak yapılan tetkik ve tahliller ile ilgili fatura işlemlerini SUT tebliğine göre MEDULA adında elektronik bir sistem üzerinden yaparlar. Hizmete 2007 yılında alınan sistem ile; sağlık hizmeti sağlayıcılarına başvuran hastaların hangi tarihte başvurdıkları, muayenelerini hangi doktorun yaptığı; tetkik, tedavi ve yatış işlemleri ve ilaç alımlarının izlenmesi ve süreçlerin denetimi mümkün hale gelmektedir (SGK, 2011).

1.1.5.5. SGK Hizmet Alımları

1.1.5.5.1. Kamu Sağlık Sunucularından Hizmet Alımları

SGK, 5510 sayılı Kanunun 73. maddesinin 8. fıkrasında “Kurum, bu kanunun birinci fıkrasında belirtilen yöntemler dışında, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkilidir” hükmüne dayanarak alım yapar. SGK tarafından alınan bu hizmetlerin tamamı; 2009 yılından itibaren götürü bedel ile satın almaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında her yıl belirlenen bir bütçeye göre Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi imzalanır. Söz konusu bu sözleşme ile SGK, kapsamına dâhil olan sigortalıların, sağlık sunucularına yaptıkları başvurular ve gerçekleşen işlemlerin sayısına bakılmaksızın bir yıl süresince alınacak hizmetlerin karşılığı olarak belirlenen meblağlar ödenmektedir.

Kaynak: (Özderyol, 2018)

1.1.5.5.2. Özel Sağlık Sunucularından Hizmet Alımları

SGK tarafından genel sağlık sigortalı hak sahiplerine verilen sağlık hizmetlerinin dışında kendileriyle sözleşme imzalanmış özel sağlık hizmet sunucularına da hizmet verilmektedir. Bunlar özel hastaneler, tıp/branş merkezleri, fizik tedavi merkezleri, diyaliz merkezleri vb. sağlık kurumlarıdır. SGK, sözleşme yapmadığı özel sağlık kuruluşlarının sağladığı sağlık hizmetlerinin bedelini ödememektedir. Sadece acil hallerde (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma vb.) verilen sağlık hizmetlerinin faturaları ödenmektedir.

Şekil 4. Geri Ödeme Süreci

SAĞLIK HİZMETLERİ GERİ ÖDEME SÜRECİ



Şekil 5. Finansmanı sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlarının Belirlenmesi



Şekil 6. İlaç Kamu Fiyatı Belirleme



- Sağlanma Yöntemi
- Tedavi/Tıbbi Malzeme/İlaç Listesi
- Ödeme Şekli
- Özel Kurallar
- İşlem Puanları (Fiyat)

Kaynak: (Özderyol, 2018)

SGK tarafından ödemesi yapılacak sağlık hizmetlerinin fiyatı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı tarafından temsil edilen üyelerle toplam 9 üyeden oluşan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir. SGK bazı hizmetler için tanıya dayalı paket fiyat modelini, bazı hizmetler için de hizmet başına ödeme modelini uygulamaktadır.

1.1.5.5.3. Eczacı ve Optikçilerden Hizmet Alımları

SGK, sigortalı kişilerin ilaç tedarikini sağlamak üzere Türk Eczacılar Birliği (TEB) üyesi eczanelerle sözleşme imzalamaktadır. SGK ile TEB arasında imzalanan protokole göre, sigorta kapsamındaki hasta, reçetesini eczaneye vermekte, ilaç katılım payı ile muayene katılım payı ödemelerini ilaçlarını alırken eczaneye yapmaktadır. Eczaneler her ay, sigorta kapsamındaki hastalara verdikleri ilaç tutarını SGK'ya fatura etmektedirler.

SGK görmeye yardımcı alet ve araçların temini konusunda optisyen gruplarıyla da çeşitli sözleşmeler yaparak bu grup sağlık sunucularını sisteme dâhil etmektedir.

1.1.5.6. Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma

Hizmet sunucularına ödeme konusunda hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödeme gibi farklı yöntemler bulunmaktadır (Dünya Bankası, 2021).

- **Hizmet başına ödeme;** ayakta veya yatarak hastaya sunulan her tedavi hizmeti için yapılan ödeme biçimidir. Bu ödeme biçimi ihtiyaç duyulan her hizmetin sağlanmasını garanti eden ve hizmet kalitesini arttıran modeldir. Bu ödeme biçiminin olumsuz yanı ise daha fazla kâr elde etmek amacıyla hastaya ihtiyacı olmayan farklı hizmetlerin de sunulması veya sunulmuş gibi gösterilmesinin mümkün olmasıdır (Dünya Bankası, 2017).

- **Gün başına ödeme;** yönetim maliyeti düşük bir ödeme biçimidir. Bu yöntemdeki olumsuzluk ise, hastalar için kurumdan ayrılmaları baz alındığı için, hizmet sunucuları hastaları hastanede gereğinden daha fazla yatırılabilmektedir (Dünya Bankası, 2017).
- **Vaka başına ödeme;** hastanın ayakta veya yatarak almış olduğu tedavi hizmetine bakılmaksızın hastaya konulan teşhise göre yapılan ödemedir. Maliyetleri kontrolünün teşhislerin türüne bağlı olduğu bu ödeme biçiminde, hizmet sunucuları daha ağır veya tedavisi daha pahalı olan vakaları tercih etmekte, teşhis ve tedavi tutarı daha az olan hastaları diğer sağlık kuruluşlarına göndermeleri mümkün olmaktadır (Dünya Bankası, 2017).
- **Kişi başına ödeme;** uygulanması kolay bir ödeme şeklidir. Gereksiz sağlık hizmeti sunulması mümkün değildir. Ödemeler sağlık hizmetlerinden ziyade hasta sayısına bağlıdır. Ancak bu durumda da hasta sayısının çok olması istendiğinden, her hasta için gerekli olan muayene süresi azalmaktadır. Maliyetlerin kontrol altında tutulmasının mümkün olması, sistemin avantajı olarak kabul edilebilir (Dünya Bankası, 2017).
- **Sabit ücret ödemesi;** personelin her durumda aldığı sabit bir ücretin olması nedeniyle çalışanlarda daha az efor sarfederek çalışma sonucunu doğurmakta ve mesailerine uyma konusunda isteksiz davranmalarına sebep olmaktadır. Bu da hastalar açısından alacakları sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir. Buna karşılık maliyetleri kontrol altına alma özelliği olan bir modeldir. Verilen hizmet için alınacak ücretler, hastalıkların teşhisindeki süreçler, verilen hizmetin şekli ve nicelikleri, reçeteye yazılacak ilaçların miktar ve türleri, hastanede yatış süreleri, tahlil istenme sıklıkları gibi konularda diğer ödeme biçimlerine göre olumsuz uygulamalara neden olabilecek süreçler yaşanmamaktadır. Her aşamanın etkileri sağlıklı bir biçimde ölçülebilmektedir. (Dünya Bankası, 2017).

1.2. Sağlık Yatırımları Finansmanı

Sağlık alanında gerçekleştirilen hizmetlerin en önemli bölümünü hastane ve çeşitli destek ünite (görüntüleme, yoğun bakım, acil müdahale vb.) yatırımları oluşturmaktadır. Kamu gelirleri, yatırımlara yönlendirilirken bölgesel dezavantajlar gözetilmeli ve sağlık hizmetlerindeki arz ve hatta sağlık hizmetlerinin sunumundaki kalite dikkate alınmalıdır. “Toplumun her kesimi için sağlık” amacı ancak bu şekilde gerçekleşecektir (Acartürk & Keskin, 2012).

Sağlık yatırımları, sadece kamunun kaynakları yeniden dağıtma sürecindeki performansı ile değil, sağlık iş gücünün niteliğiyle, sağlık çalışanlarının sosyal hareketlilikleriyle ve dünyanın pek çok bölgesinde halen devam eden cinsiyet eşitsizlikleriyle de ilgilidir. Bu durum, toplumdaki bütün kesimlerin sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşmasını zorlaştırmakta, özellikle acil durum ve çeşitli kriz dönemlerinde ulusal sağlık güvenliği için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Ülkelerin birçoğunda sürekli yaşanan yüksek işsizlik, eksik istihdam ve çeşitli coğrafyalarda var olan demografik, teknolojik ve sosyoekonomik büyük farklar sebebiyle hiçbir ülke veya hiçbir kurum; planladığı bir sağlık yatırımını tek başına gerçekleştirememektedir. Ülkeler sağlık alanındaki yatırımlarını siyasi irade, liderlik,

sektörler arası işbirliği ve uluslararası ortaklıklar ile birlikte hareket ederek başarılı bir şekilde sürdürebilmektedirler (Dünya Bankası, 2021).

Bu işbirliği ve ortaklıklar; günümüzde Kamu-Özel Sektör ortaklıkları şeklinde kendini göstermekte ve giderek birçok ülke ile birlikte ülkemizde de yaygınlaşmaktadır.



BÖLÜM 2

SAĞLIK YATIRIMLARI VE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI (KÖO) MODELLERİ

2.1. Sağlık Yatırımlarında Devletin Rolü

20. yüzyılın sonlarına doğru tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da devletin rolünün ne olduğu sorgulanmış ve yeniden tanımlanmasına yönelik köklü değişimler gerçekleştirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde, sağlık sisteminde yaşanan sorunlar; çeşitli sağlık politikalarının etkisiyle bazı yenilikleri zorunlu olarak hayata geçirmiştir (Saltman, Busse, & Figueras, 2004)).

Akdemir ve Karakurt' un yayımladıkları bir çalışmada sağlık hizmetlerinde daha çok özel sektörün teşvik edilmesi ve özelleştirmenin desteklenmesi şeklindeki bir yaklaşımın kendisini göstermeye başladığı vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun özel sektöre bırakılması; düşük gelirli toplum kesimlerin sağlık hizmetlerinden yeterince ve eşit olarak faydalanamaması gibi bazı sorunlara yol açmıştır (Akdemir & Karakurt, 2017).

Kalkınma Bakanlığı'nın 2015 yılında yayımladığı bir raporda; Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren sosyal devlet anlayışının, düzenleyici devlet anlayışı ile yer değiştirmeye başlamış olduğu ve bu anlayışın sağlık finansmanında da bazı sonuçları beraberinde getirdiğinden bahsedilmiştir. Bulunan çözüm yollarından biri olan Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) modeli günümüz liberal ekonomilerinde sıkça kullanılan yöntemlerden bir tanesidir. Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) “Bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında dengeli bir şekilde paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi” olarak ifade edilmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Türkiye'de kamu sağlık sistemine ilave olarak özel sektör aracılığıyla da sağlık hizmeti sunulmasının özendirilmesi, özel sağlık kurumlarının sayısının artmasına ve kamu hastanelerinin yanı sıra, özel kurumların da sağlık hizmeti sunabilmelerine olanak tanımıştır. Sağlık ve hastane hizmetlerinde özel sektör, Türkiye'de son yıllarda büyük gelişmeler kaydetmektedir. Bu sebeple, devletin özel sağlık kurumları için finansal risk korumasının kapsamını daha da genişleterek, sağlık hizmetlerinde kalite düzeyini ve bireylerin sağlık hizmetlerine daha yaygın olarak erişebildiği düzenlemeleri yapması gerekmektedir.

2.2. Dünyada Kamu-Özel Sektör Ortaklığı (KÖO)

Kamu özel ortaklığı modelinin uygulandığı ilk yasa 1997 yılında İngiltere'de kabul edilmiştir. Bu yöntem günümüzde; İngiltere ve ABD'den başka, Almanya, İsveç, Kanada, İrlanda, Güney Afrika, İtalya, Hollanda ve İspanya gibi ülkelerde de uygulanan ve çeşitli tartışmalara neden olan bir yöntemdir. Aynı şekilde bu dönemde Almanya'da yapılan hukuki bir düzenleme ve 2005 yılında çıkarılan kamu özel ortaklıkları yasası ile ihale mevzuatı, yatırım kanunu, vergi mevzuatı ve bütçe hukukunda kapsamlı değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Kerman, Altan, Aktel, & E., 2012).

Bu konuda en kapsamlı projeler İngiltere, Fransa, İtalya, Almanya ve İrlanda gibi ülkelerde görülmektedir. Bu model daha çok ulaştırma, eğitim, sağlık ve genel kamu hizmetleri

sektörlerinde kullanılmaktadır. Kamu tarafı KÖO çerçevesinde özel sektör tarafından inşa edilen tesisleri kullanmak suretiyle hizmet satın almaktadır.

Günümüzde kamu özel ortaklığının yaygınlaşması, Avrupa Birliği ülkeleri ve gelişmekte olan ülkelerde devam etmektedir. 1990'lı yıllardan itibaren giderek daha yoğun olarak kullanılan bu yöntem, ulaştırma, enerji ve telekomünikasyon sektörlerinde daha yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Kamu özel ortaklığı modelleri önceleri, çeşitli altyapı projelerinin finansmanında kullanılırken, günümüzde özel sektörün işletmecilik becerilerinden yararlanarak, kamunun daha çok yatırımların koordinasyonuna, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlara odaklanmasının sağlandığı bir modele dönüşmüştür (Kerman, Altan, Aktel, & E., 2012).

Hizmetlerin kamusal hizmet kabul edilmeleri için; sunulan hizmetin kamu kurumlarına verilmesi, kamu kuruluşlarınca verilmesi veya kamu kuruluşunun denetiminde özel hukuka tabi kişiler tarafından verilmesi ve kamu yararı taşınması gerekmektedir. 1960'lardan itibaren başlayan 1980'lerde ise kamunun hizmet yapma biçimini şekillendiren anlayışa göre, mali konularda yapılan çeşitli reformlar, kamu giderlerini azaltmaktadır (Özer, 2016).

1990'lı yıllara gelindiğinde; devletin sağladığı hizmetlerde geleneksel yapısına dönmesi fikri hâkim olmaya başlamış ancak bazı kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde önemli aksaklıklara neden olsa da Kamu Özel Ortaklığı modeli uygulanmaya devam edilmiştir. Daha az kaynakla daha etkili kamu hizmetleri sunma fikri giderek güçlenmiş ve kamu hizmetlerinin kaynak artırması daha çok vergilerle finanse edilmeye başlanmıştır. Altyapı yatırımlarındaki teknik konular, işletmelerin verimlilikleri ve sorunları çözmeye yönelik performansları tekrar gözden geçirilmiş, bu sefer de süreçlerde kamu işletmeciliği anlayışı sebebiyle zorluklar yaşanmaya başlamıştır (Ömürgönülşen, 1997)

Kamu Özel Ortaklığı yaklaşımının pek çok ülkede savunulmasının sebebi kamu görevlilerinin kendi işlerini yapamaya daha çok odaklanmalarının mümkün olmasıdır. Bu şekilde kamu tarafının sahip olduğu idari kontrollerin bir kısmı azalmakta, bunun yerine piyasa güçleri harekete geçerek performans artırılmaktadır. Bu sebeplerden dolayı kamu hizmetlerindeki korumacılık zamanla kaldırılmaya başlanmış, çalışanların sözleşmeli olarak istihdam edilmesi yaygınlaşmış, yöneticiler daha çok özel sektörden transfer edilmeye başlanmıştır. Kamu kurumları daha çok hizmet satın alarak ve bu hizmetleri sosyal politikaları doğrultusunda yeniden dağıtarak özel sektör işletmeleriyle rekabet etmeye başlamışlardır (Ökmen & Demir, 2010).

2.3. Türkiye’de Kamu-Özel Sektör Ortaklığı (KÖO)

Artan nüfus, modern toplumlar ve teknoloji ile birlikte büyüyen ekonomik ve ticari faaliyetleri geliştirme çabaları; büyük ölçekli altyapı yatırımlarını zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla, 10. Kalkınma planı çerçevesinde hazırlanan; 2012 Yılı Programında, KÖİ lerle ilgili bazı kararlar hayata geçirilmiş ve 2012 yılında 10. Kalkınma Planı kapsamında ilk KÖİ Özel İhtisas Komisyonu (ÖİK) kurulmuştur. Bu komisyon ile 2018 yılına kadar ülkemizde izlenecek strateji ve politikaların belirlenmesi kararı alınmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012).

2.3.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Modelinin Yapısı

Ülkemizde kamu özel ortaklığı modeli ile ilgili gerçekleştirilen en önemli düzenleme, 2013 yılında 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılmıştır.

Kanuna göre bu şekilde yapılacak olan sağlık tesisleri;

- Sağlık Bakanlığınca belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazineye ait taşınmazlar için yapılacak ihaleler; belirli bir süreliğine ve belli bir bedele göre kiralama karşılığı yaptırılacaktır.
- Bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar; özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak üst hakkı tesis edilerek devredilecektir.
- Projeyi yürütecek olan şirket belirlenen bir dönemde yapım aşamasını, belirli bir süre boyunca işletme aşamasını gerçekleştirecek ve hizmetin, ürünün veya yapım işlerinin sunulmasını temin edecektir. Devlet ise şirketlere uzun döneme yayılan bir ödeme planıyla kira ödeyecektir.
- Bu şekilde gerçekleştirilen proje ve sunulan hizmetlerin devletçe sunulduğu kabul edilecek ancak tesislerin işletilmesi özel sektör tarafından yapılacaktır (Uygun, 2013).

Ülkemizde son dönemde gerçekleşen pekçok proje bu esaslar çerçevesinde gerçekleştirilmektedir.

KÖO modeline göre yatırımlar; proje içeriğinin belirlenmesi, strateji oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, sözleşme yapılması ve hizmet sunumuna başlanması şeklinde altı aşamada gerçekleşmektedir.

Proje içeriğinin belirlenmesinde; Projenin konusu için gerekli olan ihtiyaçların tespiti yapılır ve ortaya çıkan ihtiyaçların ne şekilde giderileceğine yönelik değerlendirmeler gerçekleştirilir. Projenin ne tür bir ihtiyacın sonucu olduğu ve projenin ortaya çıkması durumunda hangi yararların elde edileceğinin belirlenmesi bu aşamada kararlaştırılır. Modelin ilk basamağını oluşturan kapsam belirleme basamağı büyük önem taşımaktadır. (Şahin & Uysal, 2008).

Strateji oluşturulması aşamasında; projenin içeriğinin belirlenmesinin ardından proje ile ilgili olarak hangi stratejilerin izleneceği planlanır. Bu aşamada ihalenin ne şekilde yapılacağı ile ilgili yol ve yöntemler belirlenir. Bunun için ihaleye girecek bir grup oluşturulur. İhale grubu, şartnameyi oluşturmak için çalışır. Risk tespiti bu aşamada en önemli konulardan biridir. Bu aşamanın tamamlanmasının ardından sonraki basamaklarda daha önce oluşan stratejiye göre hareket edilir. Belirlenen stratejinin güçlü olması projedeki performansı ve başarıyı doğrudan etkilemektedir (Güzelsarı, 2012).

2.3.2. Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Mevzuatı

Cumhuriyet döneminde birkaç imtiyaz uygulamalarının dışında kullanılmayan bu yöntem, kamu hizmetlerindeki çeşitliliklerin nitelik ve nicelik olarak artmasıyla birlikte devlet

tarafından tahsis edilen kaynakların yetersiz kalmasına neden olmuş, varolan kaynakların verimli bir şekilde kullanılmaması nedeniyle de, KÖİ modellerinin tercih edilmesi söz konusu olmuştur. Bu çerçevede, 1980’li yıllardan itibaren çeşitli yasal düzenlemeler yapılmak suretiyle kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi teşvik edilmeye başlanmıştır.

Ülkemizde KÖO modeline ilişkin ilk yasal düzenleme, 1982 Anayasası’nda 47. madde üzerinde yapılan değişiklik ileldir. Bu model ile ilgili düzenlemeler 1999 yılı 4446 sayılı kanun ile getirilmiştir. Anayasa’nın 47. maddesine iki fıkra eklenerek kamu sektörünün bünyesindeki varlıkların, işletmelerin özelleştirilmesi ile ilgili usul ve esasların kanunda gösterilmesi ve devlet tarafından yürütülen hizmet ve yatırımlardan hangilerinin özel sektöre devredileceği kanunlaşmıştır. Anayasada yer alan 125. maddedeki 1. fıkraya eklenen hüküm ile kamu hizmeti imtiyazı koşulları oluşturulmuş ve sözleşmelerden kaynaklanan anlaşmazlıkların ulusal ve uluslararası tahkim yoluyla çözülebileceği öngörülmüş, bu hüküm ile kamu hizmetlerindeki örgütlenme ve finansman konularında çeşitli esnekliklerin önü açılmıştır (Kerman, Altan, Aktel, & E., 2012).

KÖO modellerine ilişkin mevzuatlarda zaman içerisinde birçok düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde KÖİ modellerinden en yaygın kullanılan model ise Yap-İşlet-Devret (YİD) modelidir. Bu modele ilişkin yasal düzenleme 1994 tarihli ve 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun olup, adı geçen Kanun da günümüze kadar birçok değişikliğe uğramıştır.

Ülkemizde sağlık alanında yaygın olarak uygulanan ve eğitim alanında ise önümüzdeki dönemde uygulanmaya başlanması beklenen KÖO modeline ilişkin çeşitli mevzuatların gelişimi ise; 2010 yılında 351 sayılı “Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu” ve 2011 yılında 652 sayılı “Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ye eklenen maddeler ile gerçekleştirilmiştir. Bu ilavelerle eğitim tesisi ve yurt binası inşa edilmesinde kısaca “Yap-Kirala-Devret” olarak adlandırılan bir modelin yasal altyapısı oluşturulmuştur.

2.3.3. Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Modelleri

2.3.3.1. İmtiyaz Sözleşmesi

İmtiyaz; kamuya ait herhangi bir hizmetin bir başka kişi aracılığı ile gerçekleştirilmesi için bir ayrıcalığın tanınmasıdır ve kamu yönetiminde oldukça eski bir yöntemdir. Bu yöntemde; kamu tarafı genellikle koşulları kendisi belirlemekte, zarar, kâr, yetki ve menfaatleri paylaşmaktaki, nihayet bir sözleşme ile planladığı yatırımların özel hukuka tâbi kişiler tarafından gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Akyılmaz, Sezginer, & Kaya, 2020).

2.3.3.2. Yap-İşlet Modeli

Bu modelin nasıl işlediğini bir örnekle açıklamaya çalışırsak; örneğin bir elektrik santrali, özel sektör eliyle inşa edilmekte, işletilmekte ve idare ile özel sektör arasındaki sözleşmedeki süre sonunda söz konusu elektrik santrali özel sektör tarafına bırakılmaktadır. Bu yöntem ülkemizde 4283 sayılı ve 1997 tarihli kanun ve bu kanun kapsamında çıkarılmış olan yönetmelik çerçevesinde gerçekleştirilmiştir (Sarısu A. , 2016).

2.3.3.3. Yap-İşlet-Devret Modeli

Yap-işlet-devret modeli, Türkiye’de en yaygın kullanılan kamu-özel-sektör ortaklık modelidir. Yap-işlet-devret modeli projenin finansmanının proje yüklenicisi tarafından üstlenilmesi, elde edilen belli bir kâr miktarından sonra yatırımın kamuya bedelsiz olarak iade edildiği modeldir (Duran, 1991).

2.3.3.4. Yap-Kirala-İşlet-Devret Modeli

Bu modelde, herhangi bir yatırım özel sektör tarafından finanse edilmekte, idareye kiralanmakta ve taraflar arasında oluşturulan sözleşme süresi boyunca, idarenin belirlediği yönetim hizmetleri, tıbbi hizmetler vb. bazı hizmetler bir bedel karşılığında olmak üzere özel sektör tarafından sunulmaktadır (Çınar, Türkoğlu, & Tütünsatar, 2017).

2.3.3.5. İşletme Hakkı Devri Modeli

Bu modelde, mülkiyet hakkı idarede kalmak üzere kamu ve özel sektör arasında bir sözleşme gerçekleştirilmekte, idare eliyle gerçekleştirilen hizmetlerin bir bölümünün işletme hakkı özel sektöre aktarılmaktadır. Bu model ülkemizde, örneğin marinalar, limanlar, araç muayene istasyonları, maden sahaları gibi bazı alanlarda uygulanmaktadır (Keşli A., 2012).

2.3.3.6. Restore Et-İşlet-Devret Modeli

Bu modelde, idarenin elinde bulunan örneğin tarihi bir yapı, taraflar arasında gerçekleştirilen bir sözleşme aracılığı ile özel sektöre bırakılmakta, bu kapsamda söz konusu yapı özel sektör tarafından restore edilerek yenilenmekte ve sözleşme süresi sonlanınca idareye devredilmektedir.

2.4. Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Projeleri Avantajları ve Riskleri

2.4.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Avantajları

Modelin uygulanmasında, özel sektörün finansman ile ilgili risklerin yönetiminde uzman olması, proje takvimi planlama becerisinin olması, kamu sektörünün ise büyük ölçekli planlama yapabilme imkânının olması en büyük avantajdır. Modelin bu avantajlar nedeniyle maliyetleri azalttığı düşünülmektedir (Karahanoğulları, 2012).

Büyük finansman kaynaklarının gerektiği projelerin hayata geçirilmesinde, özel sektörün projeye dâhil edilmesi, kamu üzerindeki mali yükü hafifletmektedir. Bu anlamda devlet üzerinde önemli bir kaynak avantajının gerçekleştiği kabul edilebilir (Moszoro & Gasiorowski, 2008).

Bir başka avantaj da şehir hastaneleri konusunda yaşanmaktadır. Şehir hastaneleri henüz yeni gerçekleştirilen yatırımlardır. Ülkemizin mevcut sağlık tesisi altyapıları genellikle eski binalardan oluşmakta, teknolojik yenilemelere uygun olmayan ve tesis olarak fiziki kapasiteleri büyütülemeyecek durumda olan bir haldedir. Şehir hastanelerinin fiziki durumları eski hastanelere oranla çok yeni ve hijyen koşullarını daha iyi sağlaması, hastanelerde kullanılan araç gereçlerin kaliteli ve teknolojik olması, hasta odalarının genellikle tek kişilik ve konforlu olması, hasta ve hasta yakınlarına daha iyi konaklama imkanı tanınması açısından modelin avantajları arasında sayılmaktadır (Jamali, 2004: 414).

2.4.2. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Dezavantajları

OECD kamu özel ortaklığını; “ Devletle bir veya daha fazla özel ortağın, devletin hizmet sunum amacı ile özel sektörün kâr elde etme amacını uzlaştırarak hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre risk transferine bağlı olduğu bir anlaşma” olarak tanımlanmaktadır (Kerman, Altan, Aktel, & E., 2012).

Bir KÖO projesini üstlenilirken, tüm proje risklerini değerlendirmek önemlidir. Her risk kategorisinin hesaplanması ve riskin nasıl azaltılacağına planlanması gerekir. Riskin dağılımı, projeye ve satın alma yöntemine bağlı olacaktır. Riskleri paylaşmanın birçok yolu vardır ancak bu riski kimin üstlendiğini açıkça tanımlamak projelerin temelini teşkil etmektedir.

Kerman’a (2012) göre potansiyel riskler şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Fiziksel uygunluk, kullanılabilirlik, çevresel etkiler, tarihi kaynaklar, yasal onaylar, saha riski,
- Tasarım, yapım ve işletmeye alma riski,
- Özel finansmanın mevcut olmayacağı, projenin rekabetçi bir şekilde finanse edilemeyeceği, finansal parametrelerin finansal kapanıştan önce değişmesi veya projenin başarısız olması gibi finansal riskler,
- İşletme ve performans riski,
- Endüstriyel ilişkiler riski,
- Talep veya kullanım riski,
- Gizli kusur, eskime, yükseltme, artık ve mücbir sebepler dâhil varlık sahipliği riski,
- Kanunlarda değişiklik,

KÖO’da her iki taraf proje süresince birtakım risk ve sorumlulukları paylaşmaktadırlar. Bu ortaklık modeli ortak çıkar ve sorumlulukların kapsamlı bir şekilde tanımlanmasıyla oluşabilmektedir. Ortak çıkar ve sorumlulukları düzenleyecek olan ise, tarafların süreçteki yükümlülüklerinin temelini oluşturan detaylı hazırlanmış bir sözleşmedir.

2.5. Sağlık Yatırımları Çerçevesinde Şehir Hastaneleri

Modern toplumlarda, artan teknolojik gelişmeler, nüfus artışı, modern yaşama özgü hastalıkların artması ve buna bağlı olarak kamu sağlık harcamalarındaki büyük artışlar, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini zorlaştırmaktadır. Kamu tarafı; sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak, verimliliği artırmak, kaynakları etkin kullanmak amacıyla özel sektörlerle etkileşim içerisine girmektedir (Kleczkowski, Roemer, & Werff, 1984).

Dünya üzerindeki neredeyse bütün devletler sağlık sektöründe ciddi yatırımlar yapma zorunluluğu ile karşı karşıyadır. Halen hizmet veren sağlık kuruluşları da modern sağlık hizmeti verebilmek için yenilenme ihtiyacı içindedir. Hükümetler artan finansal baskılarla

mücadele edebilmek için çeşitli imtiyaz uygulamalarını gündemlerine almak zorunda kalmışlardır (Bult-Spiering & Dewulf, 2006).

Ülkemizde 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun” ile yaygınlaşan; otoyollar, havaalanları, kent yaşam alanlarının altyapı yatırımları ve enerji tesisleri gibi pek çok farklı sektörde uygulanan KÖO projeleri, sağlık alanında da uygulanmaya başlamıştır. Söz konusu uygulamalar, 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile hayata geçirilen şehir hastaneleri ile yeni bir boyut kazanmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012).

2.6. Şehir Hastaneleri Dünya Örnekleri

2.6.1. Avusturalya - Royal North Shore Hospital

Sidney'in aşağı North Shore bölgesinde bulunan 313 yataklı bir cerrahi, tıbbi ve doğum tesisidir. Northern Sydney Yerel Sağlık Bölgesi, yaklaşık 970.000 kişilik bir nüfusa yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunan Avustralya'nın önde gelen sağlık tesislerinden biridir. Bölge, Sidney Limanı ile Hawkesbury Nehri arasında yaklaşık 900 kilometrekarelik bir bölgeyi kapsamaktadır. Buna Hornsby, Ku-ring-gai, North Sydney, Mosman, Northern Beaches, Ryde, Hunters Hill, Lane Cove ve Willoughby Yerel Yönetim Alanları dâhildir. Bölge, yerel nüfusuna sağlık hizmetleri sunmanın yanı sıra, bölgenin ana üçüncü basamak sevk hastanesi olan Royal North Shore Hastanesi'ne de eyalet çapında hizmetler sunmaktadır.

Bunlar arasında majör travma, ciddi yanıklar, omurilik yaralanmaları, neonatal yoğun bakım, kemik iliği nakli, beyin cerrahisi ve girişimsel nöroradyoloji yer alır. Bölgede diğer hastaneler arasında Ryde, Mona Vale ve Hornsby Ku-ring-gai hastaneleri bulunmaktadır. Northern Beaches Hastanesi, NSLHD tarafından hastanenin özel operatöründen satın alınan halk sağlığı hizmetlerini de sağlamaktadır. Diğer sağlık hizmetleri arasında Birincil ve Toplum Sağlığı ve Ruh Sağlığı İlaçları ve Alkol Tedavisi bulunmaktadır. North Shore Private, aynı zamanda Sidney Üniversitesi eğitim hastanesidir ve dünyanın en yenilikçi araştırma programlarından bazılarında yer almaktadır. Yaşlı bakımı değerlendirmesi, Yaşlı Bakımı Hızlı Yanıt Ekibi (ARRT) gibi bazı bölümleri çok ünlüdür.

Kaynak: (<https://www.nslhd.health.nsw.gov.au/AboutUs/Pages/Our-vision-and-values.aspx>, 2021)

2.6.2. Almanya - Kanser Araştırma Merkezi

Hastane, kanser tedavi tesislerini dünya çapında sadece birkaç hastanede sunulan en son teknolojiyle - özellikle pahalı foton tedavisi - donatmıştır. Nordrhein - Westfalen eyaletindeki bu hastane; KÖO projelerinin avantajları ile kurulmuş Almanya'nın ilk proton terapi merkezlerinden biri ve üniversite hastanesi olarak ta ilk projesidir. Essen'in Uniklinik arazisinde yer alan tesis, dört tedavi odasından oluşmaktadır. Tam kapasite ile merkez, her biri 20.000-23.000 € 'luk tahmini bir maliyetle 2.000'den fazla hastayı tedavi etmektedir. Yaklaşık 100 kalifiye işçi istihdam eden tesis, içerdiği proje riski ve karmaşıklığı açısından büyük bir teknoloji yatırımı olmasıyla öne çıkmaktadır. Hastanenin kendi verilerine göre; her yıl 1.300 yatarak ve 195.000 ayakta hasta olmak üzere 50.000'den fazla hasta tedavi edilmektedir. 27 klinikte ve 24 enstitüde çok çeşitli disiplinlerden 6.000'den fazla uzman, teşhis ve tedaviyi gerçekleştirmektedir.

Kaynak: (<https://www.uk-essen.de/tr/>, 2021)

2.6.3. Portekiz – Hospital De Braga

Braga şehrinin doğu kesiminde bulunan bu Hastane, São Victor mahallesindeki Sete Fontes'te 23 hektarlık bir arsa üzerinde yer almaktadır.

Hastane; 4000 bölme, 132 danışma ofisi, Özel banyolu tek veya çift kişilik odalara dağıtılmış 704 yatak, Ameliyathanede 13 ameliyathane ve doğum odasında bir ameliyathane, Genel Acil, Pediatrik Acil, Jinekoloji / Doğum Aciliyeti, Acil Durum, 2.200 araçlık kapalı ve açık otoparklar, Halka açık kafeterya ve kafeterya, Ticari alan (Market, Kırtasiye, Kuaför, Ortopedik, Optik ve Butik), Ses ve görüntü ekipmanına sahip üç oditoryum ve Kütüphane den oluşan büyük bir yerleşkedir (Hospital de Braga Epe).

Kaynak: (<https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/sobre-nos#>, 2021)

2.6.4. İngiltere – Calvary Mater New Castel Hospital

Newcastle, NSW'de bulunan bir devlet hastanesi olan Calvary Mater Newcastle, Hunter New England Yerel Sağlık Bölgesi'nin en önemli kanser bakım merkezidir ve yılda 340.000'den fazla ayakta tedavi hizmeti ve 17.000'den fazla yatarak tedavi sunmaktadır. Calvary Mater Newcastle, haftanın yedi günü 24 saat açık bir Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi ve Mercy Hospice dahil kapsamlı palyatif bakım hizmetleri sunmaktadır.

Calvary Mater Newcastle' de sunulan bazı hizmetler; Alkol ve Uyuşturucu Klinik Hizmeti, Kanser Hizmetleri, Klinik Toksikoloji ve Farmakoloji, Koroner Bakım ve Kardiyoloji, Acil Servis, Genel Tıp, Çalışma Saatleri Sonrası GP Erişimi, Hunter İlaç Bilgi Hizmeti, Yoğun Bakım Ünitesi, Sağlık Merkezi, Palyatif Bakım, Kabul Öncesi Klinik, Araştırma, Cerrahi ve Günlük Cerrahi Hizmetleridir.

Onkoloji, toksikoloji, psikiyatri ve palyatif bakım alanlarında önde gelen araştırmacılardan oluşan kadroyla, büyük üniversiteler, kolejler ve uluslararası araştırma ortaklarıyla bağlantılı olarak hizmet vermektedir. Calvary Mater Newcastle, Yerel Sağlık ile Hizmet Seviyesi Anlaşması kapsamında kamu hastanesi hizmetleri sunmaktadır. Bölge ve Avustralya Sağlık Bakım Standartları Konseyi tarafından tamamen akredite edilmiştir.

Kaynak: (<https://www.calvarycare.org.au/public-hospital-mater-newcastle/services-and-clinics/>, 2021)

2.7. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Modeli Gelişimi

Sağlık sektöründe 1987 senesinde çıkan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu; KÖO modeli ile ilgili ilk kanun olarak görülmektedir. Sonraki sene Numune Hastanesi düşüncesinin hayata geçirilmesiyle ülke dışından finansal kaynak temini başlamış, 1999 senesindeki Anayasa değişikliğinden sonra bu uygulama yaygın hale gelmiştir (Karasu, 2011).

2003 senesi itibariyle SDP kapsamında gerçekleştirilen yenilikler ve düzenlemelere bağlı olarak Kamu’da temizlik, yemek gibi hizmetlerde de dış kaynak kullanımı ile özel sektörden yararlanılmaya başlanılmıştır (Akdur, 2006)

Türkiye’de 3 Temmuz 2006 tarihinde Bakanlar Kurulunun onayladığı bir yönetmelik ile kamu sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması ve tesislerde tıbbi hizmet alanları

dışındaki hizmetlerin işletilmesi karşılığında bakımları ve yenilenmesi de mümkün hale gelmiştir (Karahanoğulları, 2012).

2017 yılında Yozgat, Mersin, Isparta, Adana 3 Şehir Hastaneleri, 2018 yılında Kayseri, Elazığ, Eskişehir, Manisa ve 2019 yılında ise şu ana kadar Ankara ve Bursa Şehir Hastanesi hasta kabulüne başlayıp sağlık hizmeti sunmaktadır (Ceylan, 2020)

Sağlık yatırımlarında geleneksel yöntem, hastane inşaatının mevcut ihale kanunlarına göre (4734,4735 sayılı kanunlar ve bağlı mevzuat) gerçekleştirilmesi, inşaat bitimi yüklenici firma tarafından Sağlık Bakanlığına devredilerek bakanlıkça mefruşatı, tıbbi cihazları, destek hizmet personelinin temin edilmesi faaliyetlerini kapsamaktadır. Bu yöntemde ilgili kanunlara göre, yüklenici firmaya ödemeler yapılmaktadır. Destek hizmetleri personel giderleri ise personel bazında hastane bütçesinden ödenmektedir.

Kaynak: (<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,28699/gorev-ve-sorumluluklar-yonerge.html>, 2021)

2.8. Şehir Hastaneleri Sözleşmeleri

Bakanlar Kurulu Karar No:2014/6282 ye göre;

Sağlık Bakanlığı'nca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği;

MADDE 49- (1)

Sözleşmede aşağıdaki hususlar yer alır:

- 1) Taraflar.
- 2) Sözleşmenin konusu ve süresi.
- 3) Yapım veya yenileme işlerinde kesin projelerin ve uygulama projelerinin hazırlanma, onay, usul ve esasları.
- 4) Yapım, yenileme ve hizmetlerin standart ve kalitesi.
- 5) Yapım veya yenileme işlerinde yükleniciye bırakılacak olan hizmetler ve ticari hizmet alanlarının kapsamı ve genel esasları ile hizmet bedellerinin sözleşme şartlarına ve beş yılı geçmemek üzere piyasa testi ile güncellenmesine ilişkin usul ve esasları.
- 6) Yatırım ve işletme dönemi için işe başlama, bitirme ve süre ve koşulları ile finansman temin süresi, gecikme halinde uygulanacak cezai şartlar.
- 7) Yapım veya yenileme işlerinde tesisin üzerinde inşa edileceği arsa veya araziye veya yenileme yapılacak binaya ilişkin teslim etme ve teslim alma şekil ve şartları.
- 8) Bedel, bedeldeki değişim ve temerrüt halinde uygulanacak usul ve esaslar.
- 9) Yapım veya yenileme işlerinde yüklenici tarafından kullanılacak ticari hizmet alanlarının kullanım şartları ve esasları.
- 10) Yüklenici tarafından yerine getirilecek olan hizmetlerin yerine getirilmesi ve temerrüt halinde uygulanacak usul ve esaslar.

- 11) Yükleniciye bırakılan hizmetler ve ticari hizmet alanlarının fiyatlandırma ölçütleri ile bedel hesabında dikkate alınma usul ve esasları.
- 12) Yapım veya yenileme işlerinde tıbbi donanım da dâhil projelerde bulunan her türlü donanım ve mefruşatın özellikleri, temini, piyasa testi ile yenilenmesi, bakım ve onarımına dair hususlar.
- 13) Yapım veya yenileme işlerinde tesisin yatırım ve işletme dönemlerinin finansmanı ve finansmanın yenilenmesine ilişkin usul ve esaslar.
- 14) Tesisin işletmeye alma, muayene ve kabul usul ve esasları.
- 15) Kesin teminat miktarı ile tenkis ve iadesine ait şartlar.
- 16) Aylık ve yıllık faaliyet raporları.
- 17) Yapım veya yenileme işlerinde güvenlik, emniyet ve çevre önlemleri.
- 18) Yapım veya yenileme işlerinde iş ve işyerinin sigortalanması.
- 19) Yatırım ve hizmetlerin niteliğine göre bakım ve onarım hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar.
- 20) Sözleşme süresi sonunda veya süresinden önce sözleşmenin sona ermesi halinde tesisin devrine ilişkin usul ve esaslar.
- 21) Yatırım ve hizmetlerin niteliğine göre yüklenici ile üçüncü şahıslar arasında akdedilmesi gereken diğer sözleşmelere ilişkin hükümler.
- 22) Mücbir sebepler ve bunların hüküm ve sonuçları.
- 23) Sorumluluklar, denetim ve anlaşmazlıkların çözümü.
- 24) Sözleşmenin feshi, derhal fesih halleri ile ödenecek tazminatlar ve sorumluluklara ilişkin hususlar.
- 25) Vergi, resim ve sözleşme ile ilgili diğer masrafların ödenmesine ilişkin hususlar.
- 26) Tebligat, sözleşme dili, sözleşmenin yürürlüğe girmesi ile ilgili hususlar.
- 27) Finansman sağlayıcıların müdahale hakkına ilişkin usul ve esaslar.
- 28) Yüklenicinin sözleşme konusu iş ile ilgili çalıştıracağı personele ilişkin sorumlulukları.
- 29) Süre uzatımı verilebilecek haller ve şartları.
 - a. Sözleşmenin tadiline ilişkin hususlar.
 - b. Diğer sözleşmelere ilişkin hükümler.
 - c. Sözleşme kapsamında yaptırılacak iş artışları veya iş eksilişleri durumunda karşılıklı yükümlülükler.
 - d. İdarece öngörülecek diğer hususlar.

2.9. Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO) Projelerinde Yüklenicilerin Sunduğu Hizmetler

KÖO sözleşmeleri genellikle 25-49 yıl arasındadır. Sözleşme içerik olarak tesisin ekonomik yaşamının tamamını kapsar niteliktedir. Yatırım projesi planlanırken tesislerin işletildiğı süreler boyunca meydana gelecek maliyetlerin asgari düzeyde gerçekleşmesine önem gösterilir. Özel sektör temsilcisi tesisin tüm işletme dönemi boyunca bakımlı ve çalışır olmasını sağlamak zorundadır (Sarıs A. , 2016)

Özel sektör şehir hastanelerinde sağlık hizmetini sunan taraf değildir. Finansman, tesisin proje tasarımı ve inşa edilmesi aşamalarında söz konusu iken, hizmetleri sunan taraf kamu tarafı olmaktadır. Kamu özel sektör ile birlikte yürüteceğı proje kapsamında sadece tıbbî hizmetleri ve hasta bakımı ile ilgili sağlık hizmetlerini sunumunu yapacak, diğer hizmet sunumları ise özel sektör tarafından gerçekleştirilecektir (Yılmaz & Karakaş, 2011).

Şehir Hastanelerinde, çekirdek hizmet kavramı Sağlık Bakanlığının tarafından yürütölmekte olan hizmetleri kapsar. Türkiye’de kanunlara göre tıbbî hizmet uygulamaları sadece kamunun sağladığı hizmetler olduğı için, KÖO projesi olarak kabul edilmemektedir. Bu hizmetler, hasta muayeneleri, ameliyatlar, servislerdeki bakım hizmetleri ve yoğun bakım hizmetleri gibi doğrudan ilgili kişilere verilen sağlık hizmetleridir. Özel sektör tarafının elde edeceği gelir; kira ile verdiği klinik dışı hizmetlerin gelirlerinden ibarettir. Bu ortaklık modellerinde tüm hizmetlerin, çekirdek hizmet dâhil özel sektör ortağına verildiğı uygulamalarda vardır. Bu tür modellerde özel sektör tarafı; altyapı inşasından başlayıp, verilen tıbbî ve tıbbî olmayan hizmetlerin tamamını üstlenmektedir.

Hastanelerde, elektrik, su, doğalgaz, tıbbi gaz tesisatı, network ağı, jeneratör ve tam otomasyona kadar birçok teknik alan ve hizmetler vardır. Özel sektör ortağından beklenen; belli bir kira bedeli karşılığında sağlık tesisinin yapımını gerçekleştirmesi, sağlık tesislerinin ve tesislere ait ek binalarının bakımını, onarım ve yenileme işlerini, tıbbî destek hizmetlerinin sağlanmasını, bu hizmetlerin dışında kalan çeşitli hizmet sunumlarını da (otopark, kantin, temizlik hizmetleri, güvenlik hizmetleri vb.) gerçekleştirilmesidir (Uçar, 2017).

Şehir Hastanelerinde özel ortak, toplamda 19 hizmet vermektedir. Bu hizmetlerden altı tanesi zorunlu hizmet, on üç tanesi ise isteğe bağılı hizmet grubunda yer almaktadır. Sözleşmelere göre sağlanan hizmetler beş yılda bir pazar testine tabi tutulmaktadır. Şehir Hastanelerinde (P1) kategorisinde kabul edilen zorunlu hizmetler 25 sene boyunca, (P2) kategorisinde kabul edilen zorunlu olmayan hizmetler ise 5 sene boyunca yüklenici firma tarafından yerine getirilmek zorundadır. Bu hizmetler 5 yılda bir pazar testine tabidir. Bu hizmetlerin bedeli, yapılan sözleşme şartlarına göre yatırım bedeli haricinde ödenmektedir (Uçar, 2018: 39).

2.10. Şehir Hastaneleri Türkiye Örnekleri

2.10.1. Mersin Şehir Hastanesi

1294 yatak kapasiteli hastane 2017 yılında Türkiye'nin Kamu özel ortaklığı için finansman anlaşması yapılan ilk şehir hastanesidir. Şehir merkezine uzaklığı 7 km dir. Mersin Şehir Hastanesi HİMMMS tarafından yapılan değerlendirmede EMRAM Stage 6 (dijital hastane) olarak sınıflandırılmıştır. Planlama teknik altyapısı, kontrolü, lojistik faaliyetleri ve satın alınması, bina arazi hizmetleri, olağanüstü bakım hizmetleri, ortak hizmetler, tekstil, mobilya, mefruşat, bahçe bakım ve medikal ekip destek hizmetleri dâhildir. Mersin Hastanesi finans dünyasının prestijli dergisi EMEA Finance tarafından 2014 yılı Orta ve Doğu Avrupa bölgesindeki 'En İyi PPP' projesi ödülünü almaya hak kazanmıştır. Şehir hastanesinin sağlık turizmine büyük katkı sağlaması hedeflenmektedir (CCN Group, 2021).

2.10.2. Adana Şehir Hastanesi

Hastane 2017 yılında açılmıştır. 1512 adet izolatörle dünyadaki en büyük sismik izolatörlü hastane olduğu bilinmektedir. Hastane modern teknoloji ve izolatörlerle muhtemel en yıkıcı deprem esnasında bile tüm çalışmalarını aksaklık yaşamadan devam ettirebilecektir.

Proje, Adana ilinin Yüreğir ilçesinde, toplam 318.500 m² alan üzerine kurulmuştur. Toplamda 1.550 yatak kapasitesi ve 539.824 m² kapalı inşaat alanı ile Adana Şehir Hastanesi; hizmet edeceği bölgede; 292 yataklı genel hastane, 340 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 182 yataklı Onkoloji Hastanesi, 185 yataklı Kalp ve Damar Cerrahisi olmak üzere planlanmıştır. Bunlara ek olarak, 180 yoğun bakım ünitesi ve 55 ameliyathanesi vardır. 1.000 personelinin acil kliniğinde görevli olduğu belirtilmiştir. 15.500 hastasına, 2.650 kişisi tıbbi personel olmak üzere 5.100 personeli ile hizmet vermektedir. Özel Sektör 28 yıllık proje süresi boyunca detaylı tasarım, inşaat, belli donanımların tedariki, finansman ve Entegre Sağlık Kampüsünün bakım işlerinden sorumludur ve sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. P1 zorunlu hizmetleri; bina bakım, olağan dışı bakım, tamir, ortak hizmetlerin yönetimi, mobilya yönetimi ve diğer tıbbi hizmetlerdir. P2 isteğe bağlı hizmetlerde ise haşere kontrolü, araç parkı, güvenlik, taşıma hizmetleri danışma, çamaşırhane, yemek hizmetleri, laboratuvar, görüntüleme, rehabilitasyon, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri olmaktadır (www.grouplaw.com.tr – 2017).

2.10.3. Isparta Şehir Hastanesi

2017 yılında açılan Türkiye'nin 3. Şehir Hastanesidir. Hastane kullanacağı elektriğin %35'ini güneş panelleri ile kendisi üretmektedir. Yoğun bakımdaki bebekler için annelerin anne oteli uygulaması hayata geçirilmiştir.

Proje; 450 yataklı Genel Hastane ve 305 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplam 755 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımdır (www.grouplaw.com.tr – 2017).

2.10.4. Kocaeli Şehir Hastanesi

Eylül 2014 yılında inşaatına başlanan 1180 Yatak kapasitesine sahip hastane 2020 yılında hizmete girmiştir. Projenin yapım süresi 6 yıl, işletme süresi de 25 yıl olarak belirlenmiştir.

Eylül 2014 yılında Söz konusu anlaşma çerçevesinde SPV, projenin tasarımı, inşaatı, donatılması, finansmanı ve bakımından sorumludur. İnşaatın tamamlanması ile birlikte faaliyete geçmiş olan Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü, 28 yıl sonra Sağlık Bakanlığına devredilecektir. Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü, 353.000 m2 kapalı alanı ile toplam 6 adet hastaneden oluşmaktadır. Ana Hastane 494 yataklı, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 246 yataklı, Kardiyoloji Hastanesi 124 yataklı, Onkoloji Hastanesi 116 yataklı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi 100 yataklı, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olarak sıralanmaktadır (www.grouplaw.com.tr – 2017).



BÖLÜM 3

TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI (KÖO) ÇERÇEVESİNDE BURSA ŞEHİR HASTANESİ PROJESİ

3.1. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Modeli Gelişimi

Türkiye’de 2003 yılından önceki sağlık hizmetleri sisteminde; farklı nüfus grupları sağlık hizmetine erişimde eşitsizliklerle karşılaşmakta, bölümlere ayrılmış tedarik ve finansman firmaları sebebiyle gerek tedarikçiler gerekse alıcıların memnuniyetsizlik duydukları bir yapı vardı. Bu durum Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ihtiyacını ön plana çıkarmış ve 2003 yılında SDP girişimini tetiklemiştir.

Program çerçevesinde gerçekleştirilen bazı reformlar şöyledir:

- Bütün kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı çatısı altında bir araya getirilmiştir. Bu birleşme tüm kamu tesislerinin halkın tamamına açılmasını sağlamış ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sağlamıştır.
- Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için sosyal sağlık sigortası ile beraber çeşitli sosyal güvenlik fonları Sosyal Güvenlik Kurumu’na aktarılmış ve ilk kez, herkesin sosyal sağlık sigortası sistemine katılmasıyla birlikte Genel Sağlık Sigortası (GSS) Sistemi 2008 yılında uygulanmaya başlanmıştır.
- Aile hekimliği sistemi başlatılmış ve bu sistemin, 2010 yılından itibaren de tüm nüfusu kapsar hale gelmiştir.
- SDP, öncelikle hastanelerin idari ve mâli özerkliğe sahip olmasını sağlamıştır. Böylece, özel sektör ile işbirliği yaparak sağlık tesislerinin inşaat, yenileme ve yönetim çalışmalarını planlayan bir organizasyon oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı (KÖO) adında bir birim kurulmuştur.

SDP çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı 27 ilde farklı büyüklüklerde 31 sağlık kampüsü geliştirmeyi planlamıştır. Bursa ESK Projesi bu projelerden biridir ve Sağlık Bakanlığı tarafından Bursa, Balıkesir, Yalova ve Çanakkale illerini kapsayan 19. sağlık bölgesine hizmet etmek üzere önerilmiştir. Bu dört il içinde Bursa nüfus yoğunluğu, karayoluyla ulaşımında rahatlık, sağlık alanında çalışan işgücü, var olan sağlık kurumlarının koşulları ve hizmet kalitesi gibi kriterler göz önüne alınarak 19. sağlık bölgesinin merkezi olarak belirlenmiştir.

Yukarıda da bahsedildiği üzere, Bursa Entegre Sağlık Kurumu (ESK) bir KÖO modeli olarak hayata geçirilmiştir.

3.2. Bursa Şehir Hastanesi Proje Sahipleri

Sağlık Bakanlığı tarafından açılan “Proje Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İş” ihalesinin alınmasıyla birlikte (Sağlık Bakanlığı ile yapılan Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) anlaşması) Özel Amaçlı Kurum olarak özel bir şirket (Burada isim verilmeyecektir) kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı ile yapılan sözleşmenin hükümleri

uyarınca bu özel şirket 28 yıllık proje süresi boyunca Bursa Entegre Sağlık Kurumu (ESK)'nin detaylı tasarımından, inşaatından, donanımının kurulmasından, finansmanından, işletimi ve bakımından sorumlu olacaktır. Bu süre 3 yıllık inşaat ve 25 yıllık işletme dönemini kapsamaktadır. Tıbbi hizmetlerin sunumu ise Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olacak ve 28 yıllık proje süresi sonunda ESK, Sağlık Bakanlığı'na devredilecektir.

3.3. Bursa İli ESK Projesine Duyulan İhtiyaç

Bursa ESK bir KÖO modeli olarak 19. sağlık bölgesinin merkezi olarak belirlenmiştir. Güney Marmara Bölgesi'nde bulunan Bursa ili 2.842.547 şeklindeki nüfusuyla Türkiye'nin dördüncü en kalabalık şehridir (Türkiye İstatistik Kurumu - TÜİK, 2015). Bursa ilinin yüzölçümü 10.819 km² olup doğu komşularından Bilecik'e 95 km ve Adapazarı'na 159 km, kuzey komşularından Kocaeli'ne 132 km ve Yalova'ya 69 km; güney komşusu Kütahya'ya 177 km ve batı komşusu Balıkesir'e 151 km mesafededir. Tıp tesislerinin sayısı ve kalitesi ve en yeni teknoloji tıbbi donanımın kullanılması açısından Bursa ili Marmara Bölgesi'nde İstanbul'un ardından ikinci sırada gelmektedir. Bursa ilinin merkezi konumuna bağlı olarak hem Bursa'da yaşayan hem de komşu illerden ve daha uzaktaki diğer illerden gelen hasta ve yakınlarına birçok sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Çalışmamızın bundan sonraki içeriği; konunun hassasiyeti ve ticari sır olarak kabul edildiğinden, kurumun kendi sitesinde yayımlayarak ziyaretçilerin açık erişimine sunduğu (Bursa_ESK_Nihai_CSED_Raporu: 2021) nin içeriği ile devam edecektir.

Bursa'da halen, 2'si Bursa merkez ilçede ve 9'u diğer ilçelerde olmak üzere; Sağlık Bakanlığı'na bağlı 17 kamu hastanesi vardır. Bunlar;

- 11 Devlet Hastanesi,
- 1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- 1 Onkoloji Hastanesi,
- 1 Göğüs Hastalıkları Hastanesi,
- 1 Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi,
- 1 Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve
- 1 Spastik Çocuklar Hastanesi) ve
- 3 Entegre İlçe Hastanesi (Harmancık, Büyük Orhan ve Keleş ilçelerinde),
- 1 Askeri Hastane,
- 19 özel hastane ve
- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dir.

Bursa ilinde bulunan kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler hakkında bilgiler Tablo 3-1’ de özetlenmektedir. Bursa ilinde, bunlara ek olarak;

- 3 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi,
- 26 Tıp Merkezi,
- 12 Özel Diyaliz Merkezi,
- 13 Poliklinik,
- 9 IVF (Tüp Bebek) Merkezi ve
- 3 Genetik Tanı Merkezi bulunmaktadır.

Tablo 3. 1. Bursa ilindeki hastanelerin dağılımı

Hastane Türü	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Kalifiye Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı	Yatak Doluluk Oranı %	Ortalama Yatış Süresi (Gün)	Uzman Doktor Sayısı
Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler (Kamu Hastaneleri)	17	4.696	2.752	531	78,3	6,5	1.333
Üniversite Hastaneleri	1	844	614	96	97,5	6,7	332
Özel Hastaneler	19	1.175	1.175	368	89,5	4,1	554
Toplam veya Ortalama	37	6.715	4.541	995	88,4	5,8	2.219

Kaynak: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü’ nün 23.03.2016 tarihli resmi yazısı

Tablo 3-1’de gösterildiği gibi Bursa ilinde 10.000 kişiye düşen yatak sayısı Türkiye, dünya ve AB ortalamalarının altındadır. Halen nitelikli yatak sayısının (banyo ve tuvaletli odalarda 1, 2, 3 veya 4 yatak) toplam yatak sayısının %50’sine karşılık gelmektedir ve bu oran özel hastaneleri de kapsamaktadır. Özellikle kamu hastanelerinde, nitelikli yatak sayısının artırılması için yeni sağlık yatırımları yapılmalıdır.

Bursa ile beraber Balıkesir, Yalova ve Çanakkale’yi de kapsayan 19. sağlık bölgesinde 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 24 olup, bu rakam bölgedeki yeni yatırımlardan sonra aynı kalmıştır. Öte yandan Yalova’da 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 13’ten 16’ya yükselmiş, Çanakkale ve Bursa illerinde aynı kalmış (her iki ilde de 10.000 kişiye 24 yatak) ve Balıkesir ilinde 25’ten 24’e düşmüştür. Yeni yatırım programı sağlık tesislerinin modernizasyonunu da sağlamıştır.

Yatak sayısı, hastanenin toplam arazisi, kapalı alan, yatak başına düşen kapalı alan ve inşaat yılına ilişkin mevcut bilgiler ışığında; Bursa ilinde yer alan kamu hastanelerinin listesi Tablo 3-2’de verilmektedir.

Tablo 3. 2. Bursa İlindeki Kamu Hastaneleri

Hastane Adı	Yatak Sayısı	Toplam Hastane Arazisi (m ²)	Kapalı Alan (m ²)	Yatak başına düşen kapalı alan (m ²)	İnşa Yılı
Bursa Devlet Hastanesi	681	Veri Yok	43.300	63,6	1951
Çekirge Devlet Hastanesi	688	Veri Yok	42.08	64,3	1969
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1.301	Veri Yok	167.309	128,6	2002
Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi	226	Veri Yok	13.929	61,6	1993
Prof. Dr. Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi	135	Veri Yok	6.864	50,8	1999
Bursa Ağız ve diş Sağlığı Hastanesi	5	16.000	9.586	1.917,2	1997
Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi	350	Veri Yok	35.283	100,8	2007
Dr. Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	54	4.396	4.833	89,5	1994
İnegöl Devlet Hastanesi	321	Veri Yok	53.540	166,8	2012
Karacabey Devlet Hastanesi	158	32.000	19.710	124,7	1956
Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi	239	100.000	34.468	144,2	1956
Muammer Ağım Gemlik Devlet Hastanesi	128	9.500	11.704	91,4	2004
İznik devlet Hastanesi	75	14.470	16.493	219,9	1988
Mudanya Devlet Hastanesi	100	Veri Yok	15.805	158,1	2011
Orhangazi Devlet Hastanesi	60	10.398	4.655	77,6	1991
Orhaneli Devlet Hastanesi	50	Veri Yok	18.724	374,5	2012
Yenişehir Devlet Hastanesi	80	14.791	6.571	82,1	1960
Harmancık Entegre İlaç Hastanesi	10	Veri Yok	1.710	171,0	1991
Büyükorhan Entegre İlçe Hastanesi	10	Veri Yok	1.200	120,0	1999
Keleş Entegre İlçe Hastanesi	25	Veri Yok	3.997	159,9	2014

Kaynak: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü' nün 23.03.2016 tarihli resmi yazısı

Bursa il merkezinde bulunan hastanelerin çoğu eski olup, yeterli otopark ve yeşil alana sahip değildir; ayrıca, Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bursa Dört çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi hariç, bu kurumlarda değişen ve gelişen teknolojiye uygun tıbbi cihaz donanımının kurulmalarına uygun alanlar da bulunmamaktadır. Ayrıca ameliyat odaları, yoğun bakım, acil servis, laboratuvar, görüntüleme merkezi ve poliklinikler gibi birimler de fiziksel yapı ve donanım açısından standartların çok altındadır. Bursa ilinin gelişen nüfusu ve ilin aldığı göç miktarı da göz önüne alındığında, önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç artacaktır. Bu çerçevede, Bursa ESK, sağlık hizmetlerine bir veya iki yataklı odalardan oluşan 1.355 yatak kapasitesi ile ve son

teknolojiye uygun teknik altyapısı ile ciddi katkılar sağlamış ve Bursa'daki sağlık tesislerinin genel anlamda modernize edilmesine de imkân tanımıştır.

3.3.1. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanelerine Duyulan İhtiyaç

Ülkemizde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç; artan yaşlı nüfusumuz ve yüksek orandaki trafik ve iş kazalarına bağlı olarak artmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye’de rehabilitasyon hizmetleri sunmak için sahip olunan yatak kapasitesi henüz yetersizdir. Mevcut Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri (Sağlık Bakanlığı’nın 2014 Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre 1.949 yatak kapasitesi) hastalara sadece fizik tedavi hizmetlerini sağlamakta ve rehabilitasyon hizmetlerini ise çok az sunabilmektedir. Ayrıca Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri Ankara ve İstanbul gibi çok büyük illerde kümelenmiştir ve hasta ve hasta yakınlarının bu illere seyahat etmesini gerektirmektedir. Bursa hastanelerindeki fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yatak kapasitesi 2010 verilerine göre 304’tür. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye’deki çeşitli bölgelerde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetleri için 3.585 yatak kapasitesi planlanmış ve bunun 200 yatak kapasitesi de Bursa ESK projesi kapsamında yer almıştır.

3.3.2. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerine Duyulan İhtiyaç

Mevcut haliyle Türkiye’de adli psikiyatri hastaneleri bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından Yıllık Sağlık İstatistikleri raporunda sunulan 2014 verilerine göre, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı toplam 4.259 yatak kapasitesiyle hizmet veren 9 psikiyatri hastanesi ve 2 toplum ruh sağlığı merkezi bulunmaktadır. Psikiyatri hizmetleri ayrıca bazı genel hastanelerde, üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde verilmektedir. Yaşadıkları illere tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalar, bulundukları ilin bağlı olduğu en yakın bölge hastanelerine sevk edilmektedir. Adli psikiyatri branşında (yüksek güvenlikli adli psikiyatri dâhil) yukarıda bahsedilen hastanelerin sadece altısında yatak bulunmaktadır. Bunlar; İstanbul’da Bakırköy olmak üzere, Manisa, Elazığ, Samsun, Adana ve Tokat illerinde bulunan psikiyatri hastaneleridir. Adli psikiyatri hizmetleri bölgesel düzeyde gerçekleştirildiği için hastalar sürekli olarak bu bölgelere sevk edilmektedirler. Türkiye’de adli psikiyatri hizmeti veren toplam yatak sayısı 677’dir ve bunun 560’ı adli hastalar ve 117’si sadece mahkûmlar içindir, yani 100.000 kişiye 0,9 yatak düşmektedir.

Bu veriler ışığında Sağlık Bakanlığı Türkiye’de ihtiyaç duyulan adli psikiyatri yatak kapasitesinin sayısını belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ve konuyla ilgili başka uzmanlarla birlikte pek çok çalışmalar yürütmüştür. Bu çalışmalar neticesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011 – 2023) hazırlanmış ve buna göre 16 ilde toplam 2000 yatak kapasitesine sahip yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi ve 5 ilde de tutuklular için de toplam 350 yatak kapasitesi olan çeşitli hastanelerin kurulmasına karar verilmiştir. Bursa ESK 100 yatak kapasiteli Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi de bu çerçevede planlanmış ve gerçekleştirdiği yatırım ile de sağlık hizmetlerine katkıda bulunmuştur.

3.4. Bursa İlinde Hastane Planlaması

19. bölge genelinde ve özelde ise Bursa ilinde yapılan araştırmalar çerçevesinde yeni sağlık altyapı yatırımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalara gerekli sağlık hizmetlerini verebilmek amacı ile Haziran 2011 tarihli Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisi Planlama Rehberi – Özet Kitapçığı’nda yer alan bilgilere göre;

Bursa ili için yapılan planlamalar şöyledir:

- Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin binası yeni olmakla birlikte, yataklar yenilenerek nitelikli yatak haline dönüştürülecektir,
- Proje işletme aşamasına geldiğinde, Dr. Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi’nin (54 yataklı) Proje’nin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi’ne bağlı bir hastane olarak hizmet vermesi planlanmıştır,
- Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi (261 yataklı), Prof. Dr. Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi (135 yataklı) ve Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi (226 yataklı) Sağlık Kampüsü’ne taşınacaktır,
- Çekirge Devlet Hastanesi (525 yataklı) sağlık hizmetlerinde bir kesintiye gidilmeksizin kademeli olarak (200 + 200 yatak) nitelikli bir hastaneye dönüştürülecektir. Yenilemenin ilk kısmı tamamlandığında, Zübeyde Hanım Doğumevi (163 yataklı) Çekirge Devlet Hastanesi’ne taşınacaktır,
- Bursa Devlet Hastanesi, Onkoloji Hastanesi’nin binaları da dâhil olmak üzere, il merkezinde acil sağlık hizmeti sunacak ve kadın hastalıkları ile çocuk hastalıkları kliniklerini de kapsayacak şekilde Genel Hastane olarak kullanılacaktır,
- Nilüfer İlçesi’nde 250 yataklı yeni bir genel hastane inşa edilecektir.

Sağlık Bakanlığı’nın Haziran 2011 tarihli planlama rehberine göre yukarıdaki planların gerçekleştirilmiş ve yatak kapasitesi dağılımı Sağlık Bakanlığı ile ilişkili hastaneler için (%71), özel hastaneler için (%17) ve üniversite hastaneleri için (%12) olarak gerçekleşmiştir. Yukarıdaki bilgilerin yanı sıra, ÇSED müzakere sürecinin bir parçası olarak, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ile gerçekleştirilen müzakerelerde, Bursa ilinde hastanelere ihtiyaç olduğu ve mevcut koşullarda halen var olan herhangi bir hastanenin kapatma planına dâhil edilmeyeceği kararlaştırılmıştır.

3.5. Bursa Entegre Sağlık Kurumu (ESK) Proje Bileşenleri ve Tasarımı

Bursa Şehir Hastanesi; üç hastaneden oluşan toplam 1.355 yatak kapasiteli entegre bir sağlık kampüsü (ESK) ünden oluşmaktadır.

3.5.1. Genel Bakış

Bursa Şehir Hastanesi; üç hastaneden oluşan toplam 1.355 yatak kapasiteli entegre bir sağlık kampüsü (ESK) ünden oluşmaktadır. Bu hastaneler 1.055 yataklı Ana Hastane, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi’dir.

Bu hastane binalarına ek olarak, kampüste bir helikopter pisti, bir teknik hizmet binası ve bir trijenerasyon sistemi binası bulunmaktadır. Hastaneler ve diğer birimlerin yerleşim planları Şekil 7’de gösterilmektedir. Hastanelerin çizimleri Ek E-1’de verilmiştir.

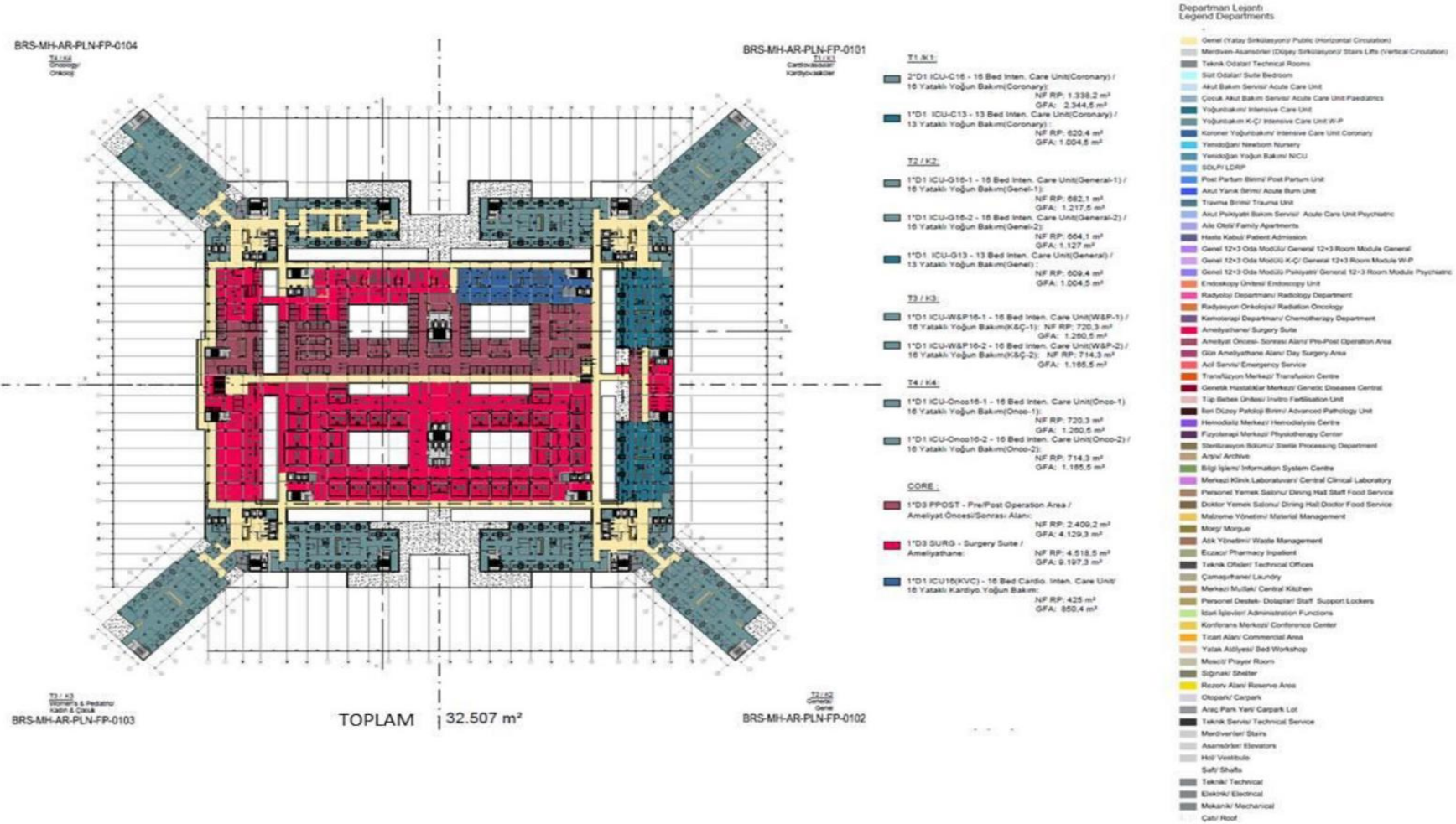
Şekil 7. ESK İçindeki Hastanelerin ve Diğer Yerleşim Planı (EK-1)



3.5.2. Bursa Şehir Hastanesi Ana Hastane (AH) (Ek-2)

Şekil 8. ESK İçindeki Hastanelerin ve Diğer Yerleşim Planı

Ana Hastane Binasının Yerleşim Planı (Kat 1)



AH ortak bir merkez binayı çevreleyen dört hasta bloğundan oluşmuştur. Dört yüksek blokta toplam 1.055 yatak kapasiteli olacak şekilde aşağıdaki hastaneler yer almıştır:

- 275 yataklı Genel Hastane
- 275 yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi
- 252 yataklı Onkoloji Hastanesi
- 253 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk, Genel ve Psikiyatri Hastanesi Ana hastanedeki farklı birimlerin yatak kapasitelerinin dağılımı Tablo 3-3'te verilmektedir.

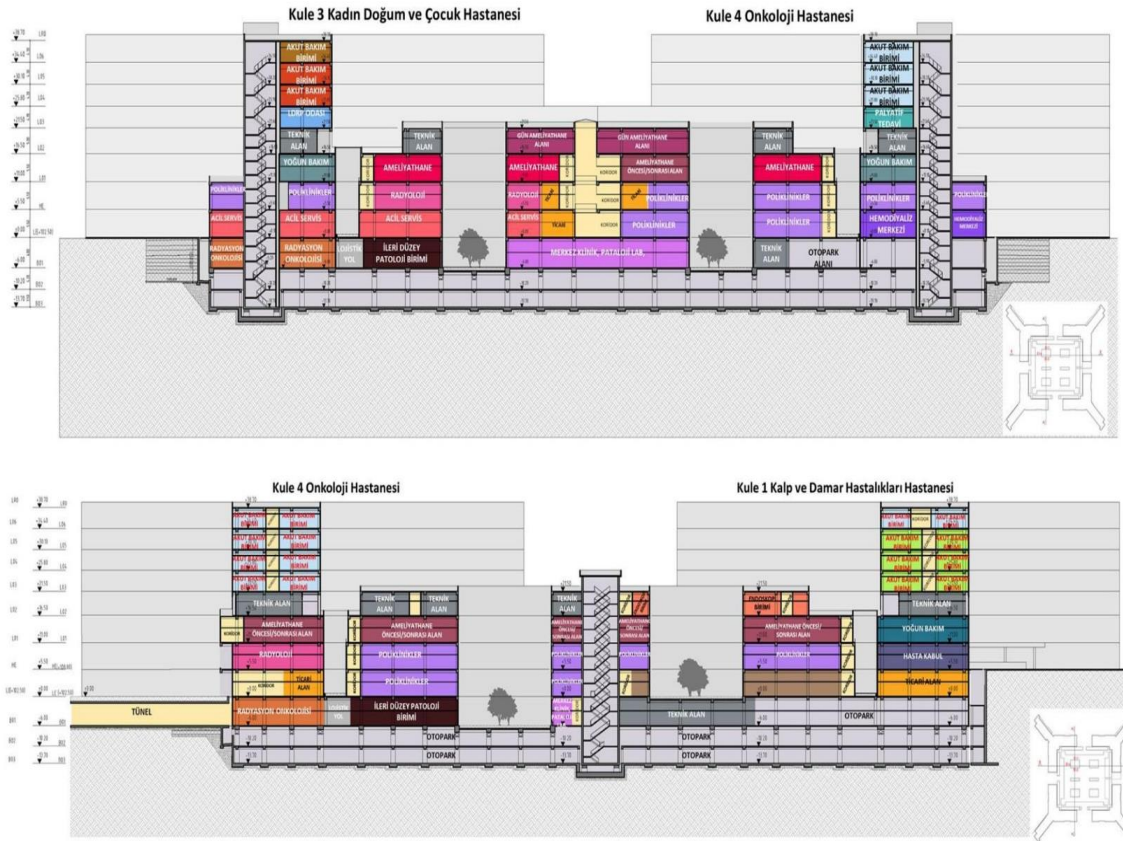
Tablo 3. 3. Ana Hastanede Yatak Kapasitesi Dağılımı

Hastane Ünitesi	Yatak Sayısı				Toplam Yatak Sayısı
	Genel Hastane	Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi	Onkoloji Hastanesi	Kadın Doğum ve Çocuk, Genel ve Psikiyatri Hastanesi	
Akut Tedavi Ünitesi	204	210	192	176	782
Yoğun Bakım Ünitesi	45	32	32	34	143
Kalp ve Damar Yoğun Bakım Ünitesi	-	27	-	-	27
Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	-	-	-	22	22
Travma	10	-	-	-	10
Doğumhane / Doğum Sonrası Nekahat	-	-	-	15	15
Süit Oda	6	6	6	6	24
Yanık Ünitesi	10	-	-	-	10
İyot Tedavisi	-	-	8	-	8
Palyatif Tedavi	-	-	14	-	14
Toplam Yatak	275	275	252	253	1.055

Ana Hastane içinde yatak dağılımında şu birimler yer almıştır: Akut tedavi üniteleri, süit ve VIP akut tedavi üniteleri, yoğun bakım üniteleri, yeni doğan yoğun bakım üniteleri, travma ünitesi, yanık ünitesi, doğumhane/doğum sonrası nekahat odaları, palyatif tedavi ünitesi, iyot tedavisi ünitesi, aile oteli, hasta kabul, genel klinik modülleri, enfeksiyon ünitesi (klinik ve koğuşlar), endoskopi ünitesi, ameliyathaneler, ameliyat öncesi/sonrası odaları, gününbirlik cerrahi odaları, ileri patoloji ünitesi, genetik hastalıklar merkezi, radyasyon onkolojisi, sterilizasyon bölümü, radyoloji, nükleer tıp bölümü, ESWL (şok dalga litotripsisi) bölümü, kan nakli merkezi, acil servis, kemoterapi ünitesi, hemodiyaliz merkezi, robot ilaç dağıtım ünitesi, TPB (total parenteral beslenme) ünitesi bulunmaktadır.

Şekil 9. ESK içindeki Ana Hastane ve Kule 3'ün (Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi) ile Kule 4'ün (Onkoloji Hastanesi) Kesit Görüntüleri

Ana Hastane Binasının Kesit Görünümü



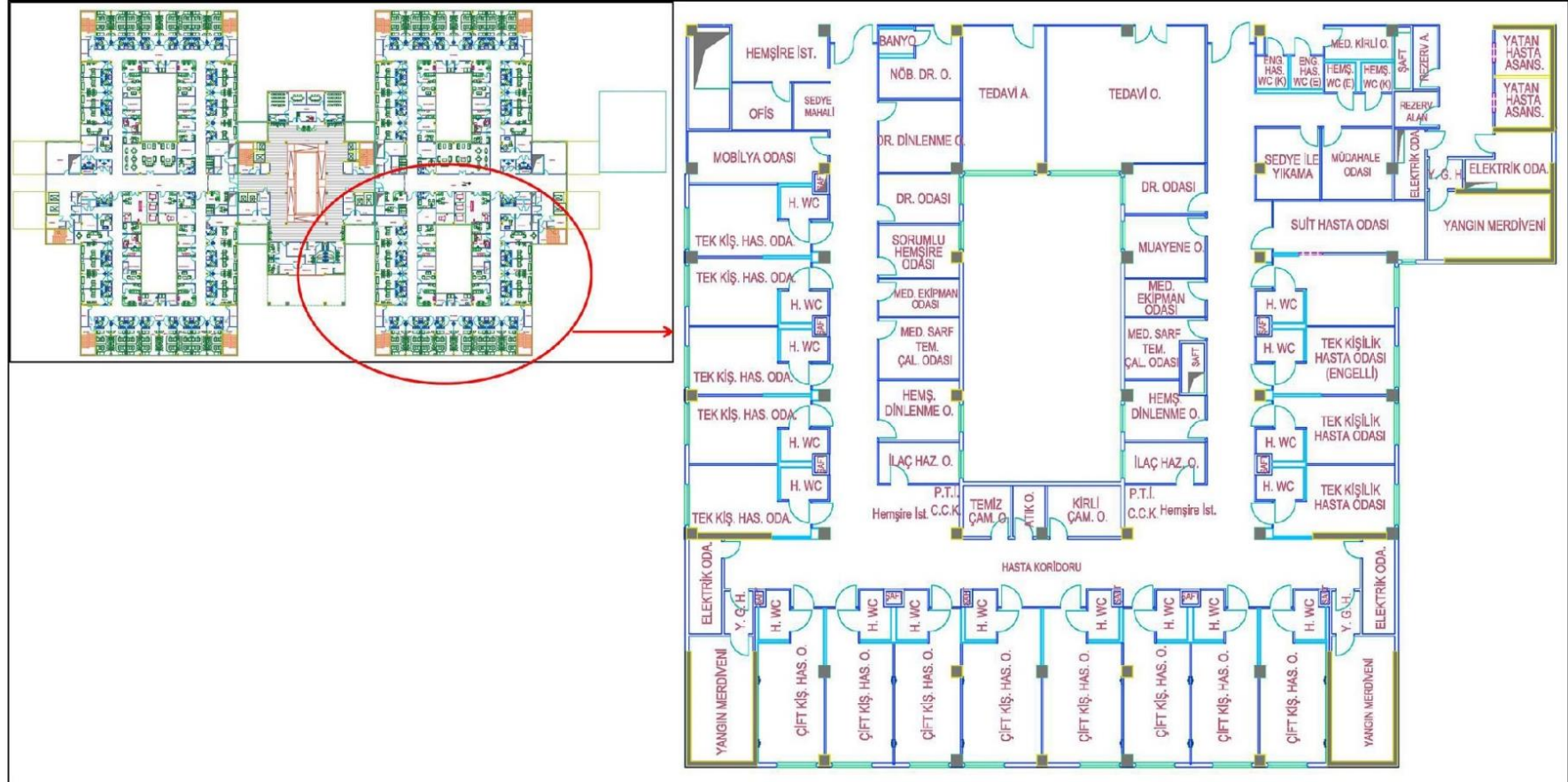
AH'nin toplam brüt alanı 325.946 m² ve ilgili kapalı otoparkın alanı ise 92.160 m² dir. Kapalı otoparka toplam 2.560 araç park edebilmektedir. Hastane binalarındaki kapalı otopark alanlarına ek olarak dört ayrı yerde açık otopark alanları (Şekil 7'de gösterildiği gibi) bulunmaktadır. AH 8 katlıdır, iki giriş seviyesine (yüksek ve alçak) ve 3 bodrum katına sahiptir. AH'nin genel kesiti Şekil 9'da gösterilmektedir. AH için örnek bir kat planı ve kesitler ise Ek E-2'de verilmektedir.

3.5.3. Bursa Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) Hastanesi

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi 200 yataklıdır. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nin tıbbi hizmet bölümlerinin toplam brüt alanı 51.749,46 m² dir ve 862 otomobilin park edebildiği 33.954,72 m²'lik kapalı bir otopark alanı da bulunmaktadır. Buna ek olarak üç ayrı konumda açık otopark alanları da kurulmuştur. Açık otopark alanlarının kapasitesi trafik çalışmasının tamamlanmasının ardından belirlenecektir. Bu hastanenin kapsamı dâhilindeki servis ve üniteler; klinikleri, tedavi alanlarını, hastaların ortak kullanım alanlarını, görüntüleme bölümünü, laboratuvarları ve teknik üniteleri içermektedir.

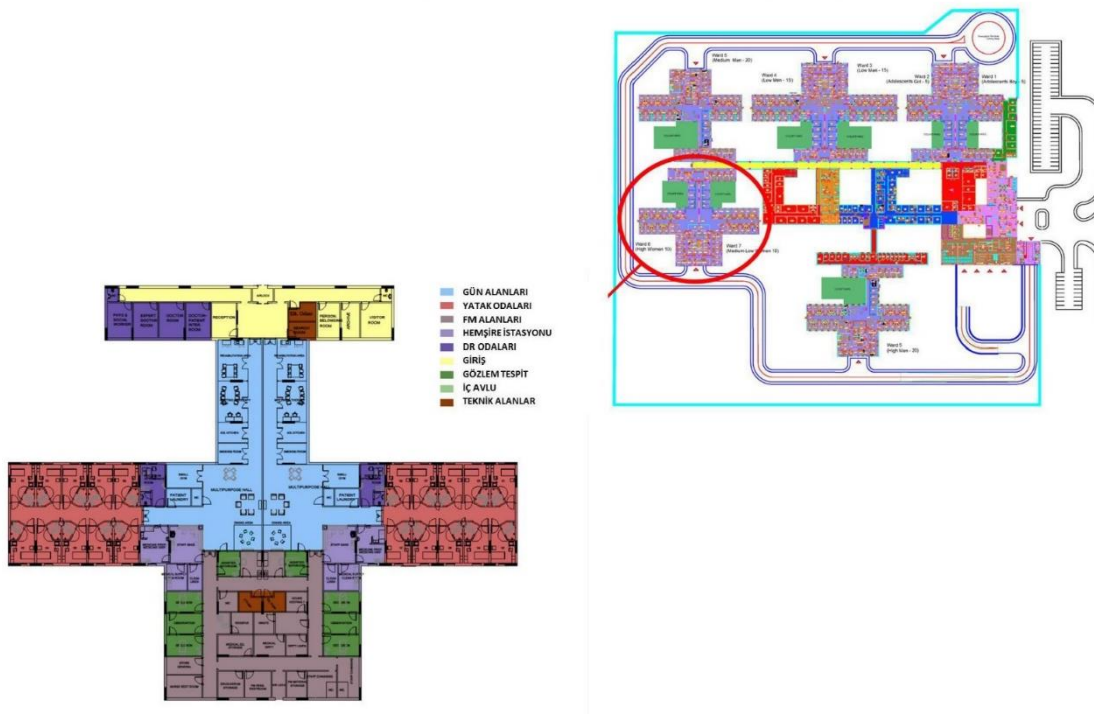
Şekil 10. FTR Binası Yerleşim Planı (Ek-3)

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Binasının Örnek Yerleşim Planı (Kat 2 – Örnek kısım)



3.5.4. Bursa Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi

Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi (YGAPH) 100 yataklı ve hastanenin toplam brüt alanı 24.000 m² dir. Güvenlik sebebiyle, binanın içinde kapalı otopark planlanmamıştır. Bunun yerine, binanın ana girişine yakın konumlanacak şekilde açık otopark alanları (yaklaşık 50 araç kapasiteli) yapılmıştır.



ofisler ve görüntüleme bölümlerinden oluşmaktadır. Her bir güvenlik seviyesi için tek yataklı odalar, koğuşlar, tecrit odaları ve çok amaçlı oda olarak tanımlanan ortak kullanım odaları, açık avluya açılan spor aktivite birimi, rehabilitasyon ve terapi odaları vardır. Her bir güvenlik seviyesi için hastaların günlük faaliyetlerini gerçekleştirdikleri, sosyalleşebilecekleri veya hobileriyle ilgilenenleri kendilerine ait ortak günlük kullanım odaları, açık avluları ve bahçeleri yer almaktadır.

Ziyaretçi alanları güvenlik nedeniyle hasta alanlarından ayrılmış ancak klinik alanlarından ayrılmamıştır. Tecrit bölümleri tıbbî görevlilerin sürekli kontrolü altındadır. Tüm alanlar klinik olarak birbirine bağlıdır. Yüksek güvenli ve sağlık hizmeti merkezlerinde kalma süresi 6 ay ile 5 yıl arasında değişmektedir. YGAPH’de hasta, doktor, hemşire, personel ve ziyaretçiler için farklı kullanım alanları bulunmakta ve bu alanlar; güvenlik seviyesine göre (yüksek, orta ve düşük güvenli), hastanın cinsiyetine ve ergen hasta olup olmama durumuna göre değişmektedir. Personel dışarıdaki hava koşullarından bağımsız olarak diğer kliniklerdeki günlük olaylarla temas kurmada, gün içinde klinikler arasında hizmet verebilmektedir. Tecrit alanları, tek bir hastanın doğrudan kişisel gözlemlenmesine uygun bir şekilde kamera sistemiyle desteklenmiştir.

3.5.5. Bursa Şehir Hastanesi Teknik Hizmet Binası ve Trijenerasyon Sistemi Binası

Ana Hastane’nin batısında konumlandırılan olan teknik hizmet binasında beş kazandan oluşan (biri yedek olacak şekilde) bir kazan sistemi bulunmaktadır. Her bir kazan 9,8 MW’lık nominal termal kapasiteye sahiptir. Teknik hizmet binasının hemen yanında inşa edilen ayrı bir binada ise trijenerasyon sistemi kurulmuştur. Trijenerasyon sisteminde doğal gaz kullanan ve her biri 2,2 MW kapasiteli toplam 4 gaz motoru yer almakta olup, sistemin toplam elektrik kapasitesi 8,8 MW dir. Trijenerasyon sisteminin verimli nominal termal kapasitesi toplam 18 MW (4x4,5 MW) dir. Proje sahasının güneyindeki Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi binasında da 5,5 MW’lık nominal termal kapasiteli bir kazan kurulmuştur. Trijenerasyon ve kazan sistemlerinin (yedek kazan hariç) maksimum nominal termal kapasitesi 62,7 MW dir.

3.5.6. Bursa Şehir Hastanesi Helikopter Platformu

Ana hastane binasının doğusunda bir helikopter platformu inşa edilmiştir. Helikopter platformu doğrudan Sağlık Bakanlığı’na bağlı ambulans helikopterlerine hizmet vermektedir. Özel Ortak tarafından rapor edildiği üzere, Bursa ESK helikopter platformu için ortalama 1 tur/gün kullanım sıklığı ve muhtemel vakaların şiddetine ve önceliğine bağlı olarak pik yaptığı durumlarda ise 3 tur/gün şeklinde kullanım sıklığı öngörülmüştür.

3.5.7. Trafik ve Erişim Yönetimi

İşletme süresi boyunca ESK’yı günde yaklaşık 33.000 kişinin ziyaret etmesi beklenmektedir. Trafik değerlendirme çalışmasında yolculukların %95’inin özel araçlar ve %5’inin kamu taşımacılığı alternatifleriyle gerçekleştirileceği varsayılmaktadır. Özel araçlarla Hastane sahasına rahatlıkla erişim sağlanmaktadır. Halen ESK sahasının yakın çevresindeki toplu taşıma alternatif güzergâhı şehir merkezi ile Doğanköy Mahallesi (Hastane sahasına yaklaşık 1,5 km mesafede) arasında düzenli olarak çalışan belediye

otobüsleridir. Proje sahasının yakın çevresinde, Bursa Çevre Yolu üzerinde bir kavşak da dâhil olacak şekilde karayolu projelerinin geliştirilmesi planlanmıştır. Bu projelerle özel araçların ESK'ya daha kolay ve doğrudan erişebilmeleri mümkün olacaktır. Özellikle ESK'nın hizmete girdikten sonra, ESK'ya ulaşım da kamu taşımacılığı daha çok gelişmiştir. Ayrıca doğrudan ESK'ya erişim sağlayacak hafif raylı sistemin geliştirilmesine yönelik planlar bulunmaktadır.

3.6. Bursa Şehir Hastanesinin Yönetim Modeli

3.6.1. İşletme Aşaması

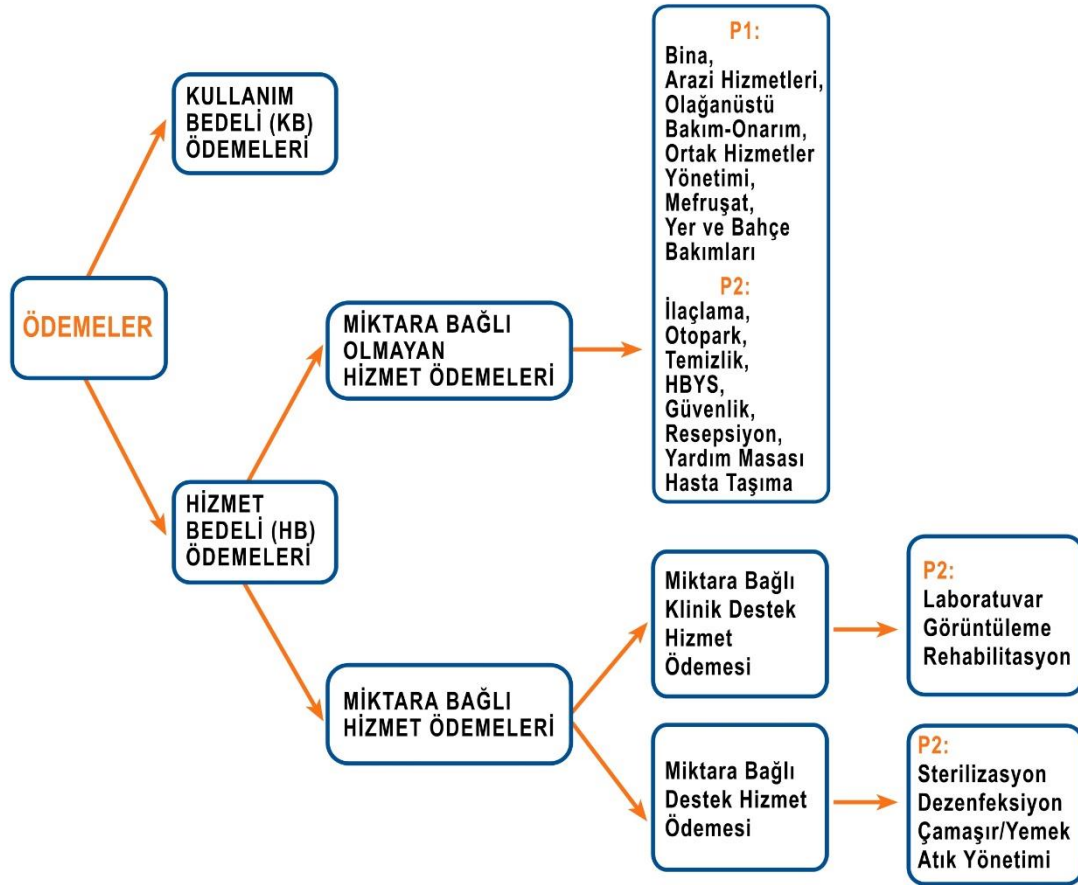
İşletim süresi boyunca Bursa ESK'nın yönetimi Sağlık Bakanlığı ve BRS A.Ş. tarafından paylaşılacaktır. Sağlık Bakanlığı doktor ve sağlık destek personelinin sağlanmasından sorumludur ve klinik hastane faaliyetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından atanan idari personel tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın atadığı idari personel aşağıda açıklandığı üzere BRS A.Ş.'nin sorumluluğu dışında kalan konulardan sorumlu olacaktır. Doktor ve sağlık destek personelinin dışındaki personel BRS A.Ş. tarafından sağlanacaktır.

BRS A.Ş. aşağıda listelendiği şekilde mecburi hizmetler (P1) ve opsiyonel hizmetler (P2) şeklinde sınıflandırılan hizmetlerin yönetiminden sorumlu olacaktır:

- P1 – Mecburi hizmetlerin arasında bina ve arazi hizmetleri, olağandışı bakım ve tamir, genel hizmetlerin yönetimi, dekorasyon hizmetleri, zemin ve bahçe bakımı ve diğer tıbbi destek hizmetleri yer almaktadır.
- P2 – Opsiyonel hizmetler arasında haşere ile mücadele, otopark, temizlik, hastane bilgi yönetim sisteminin uygulanması ve işletimi, güvenlik, hastalar/danışma/resepsiyon/taşıma hizmetleri için rehberlik ve refakat, çamaşırhane, gıda ve atık yönetimi gibi tıbbi olmayan hizmetler ile laboratuvar, görüntüleme, sterilizasyon ve dezenfeksiyon ve rehabilitasyon gibi tıbbi destek hizmetleri yer almaktadır.

3.6.2. Şehir Hastaneleri Ödeme Sistemi

Şekil 12. Şehir Hastaneleri Ödeme Sistemi



“Ödemelerin hesaplanması ve ödeme usulleri: Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği Madde 56’ya göre yapılmaktadır.”

- Ödemeler sözleşme hükümleri çerçevesinde yapılır. Bu Yönetmeliğe göre yapılan ihalelerde kullanım bedelinin güncellenmesi, yönetmeliğin ek-1’de belirlenen esaslara göre yapılır. Yapım işinin tamamlanmasından önce hiçbir şekilde bedel ödemesi yapılamaz. Ancak aşama tamamlamaları ve kısmi hizmete alınma halinde idare tarafından yapılacak kısmi kabullere ilişkin düzenlemelerin yer aldığı sözleşme hükümleri saklıdır.
- Kullanım bedeli, her bir takvim yılında, üçer aylık dönemlere tekabül eden peşin ödemeler şeklinde yapılır. Bu ödemeler, Ocak-Mart dönemi için Ocak ayında, Nisan-Haziran dönemi için Nisan ayında, Temmuz-Eylül dönemi için Temmuz ayında ve Ekim-Aralık dönemi için Ekim ayında gerçekleştirilir.
- Yüklenicinin, sözleşme süresince öz kaynakları dışında finansal tablosunda belirtilen toplam borç miktarında, yeniden finansman ve/veya borç yapılandırması suretiyle azalma meydana gelmesi halinde, borç miktarındaki azalma idare ve yüklenici arasında eşit oranda taksim edilerek kullanım bedeline yansıtılır. Yeniden

finansman ve/veya borç yapılandırmasına ve borç miktarındaki azalmanın kullanım bedeline yansıtılmasına ilişkin esaslar sözleşmede düzenlenir.

- d. Bedel, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir.
- e. Bu Yönetmelik kapsamında yapılan sözleşmeler ile yükleniciye verilen hizmetler beş yılı geçmemek üzere sözleşmede belirlenecek sürelerde, donanım ise ihale dokümanında belirtilen süreler sonunda piyasa testi ile güncellenerek satın alınır. Piyasa testinden amaç, bir hizmet veya 6161 hizmetler grubuna veyahut donanımına ilişkin olarak ekonomik açıdan en avantajlı fiyatı belirlemektir. Piyasa testine tabi tutulacak hizmet veya donanım, teklif süresi, teklif değerlendirme kriterleri, toplantı tarihi, yeri ve gündemi, toplantıdan en az bir ay öncesinden yüklenici şirkete bildirilir. Bunlar basın veya internet yoluyla da ilan edilir. Teklif değerlendirme kriterlerinde, piyasa testi katılımcılarının ekonomik ve mali yeterliği, hizmetlere ilişkin iş deneyimleri ve piyasa testi süresince kullanılacak teknik özellikler yer alır. Alınan teklifler çerçevesinde en uygun teklif veren üç firma ile fiyat ve kalite değerlendirmesi yapılarak nihai pazarlık anlaşması düzenlenir. İdare, en uygun fiyat teklifini yükleniciye bildirir. Yüklenici, bildirim aldığı tarihten itibaren beş işgünü içerisinde belirlenen uygun fiyatla bu hizmeti veya donanımı temin etme hususundaki ön alım hakkını kullanabilir. Ön alım hakkını kullanması halinde hizmet veya donanım yüklenici tarafından temin edilir; ön alım hakkının kullanılmaması halinde yüklenici, en uygun fiyat teklifini veren alt yüklenici ile usulüne uygun düzenlenmiş yeni sözleşmenin onaylı bir suretini idareye teslim eder.
- f. Yüklenici tarafından verilen hizmetlerin karşılığı olarak yükleniciye ödenecek hizmet bedellerin hesaplanmasına, beş yılı geçmemek üzere dönemsel piyasa testi ile güncellenmesine ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslara ihale dokümanında ve sözleşmede yer verilir.

Sağlık Tesislerinin; kiralama karşılığı yaptırılması ve tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet alanlarının yenilenmesi ile ilgili ödeme garantileri ise ilgili yönetmeliğin 33. Maddesi kapsamında yapılmaktadır;

- a) Yüklenici, ihale konusu sağlık tesisinin yenileme veya yapım işlerine ait yatırım tutarı ile hizmetlerin verilmesi ile ilgili gerekli tüm finansmanı sağlamakla yükümlüdür. Yüklenicilerin bu Yönetmelik kapsamında gerçekleştireceği yatırımlar için getireceği öz kaynak oranı, sözleşmede belirtilen toplam sabit yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz.
- b) Bakanlık, döner sermaye ilgili bütçe kalemlerinde, sözleşme süresi boyunca ilgili sağlık tesisinin periyodik kira bedellerinin ödenebilmesine yönelik yeterli ödeneğin tahsisi konusunda her türlü tedbiri alır. Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezaî yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilir.'

Şehir hastaneleri için yüklenici firmaya işi bitirdikten sonra Sağlık Bakanlığı tarafından 2 tür ödeme yapılmaktadır. Bunlar; Kullanım bedeli Ödemeleri (KB) ve Hizmet Ödemeleri (HÖ) dir (Sağlık Sen Stratejik Araştırmalar Enstitüsü, 2018, s. 49-50-51).

$$\text{Toplam Ödeme} = \text{Kullanım Bedeli} + \text{Hizmet Bedeli}$$

Kullanım Bedeli Ödemeleri (KB); Kullanım bedeli, yatırım döneminde (3/5 yıl) yüklenici firmanın yatırımını yaptığı sağlık tesislerinin idare tarafından kullanılması karşılığında, yani yüklenici firmanın toplam sabit yatırım tutarı kadar yaptığı yatırımın işletme dönemi boyunca (25 yıl) Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan geri ödemesidir.

Hizmet Ödemeleri (HÖ); Hizmet ödemeleri ise ihtiyari ve mecburi hizmetlerin, yüklenici firma tarafından işletme dönemi boyunca sunulması karşılığında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ödemelerdir.

Hizmet ödemeleri iki alt başlığa ayrılmaktadır:

1. Miktarla bağımlı olmayan hizmetler; Kullanıma bağımlı olarak ödeme tutarının değişiklik göstermeyeceği hizmetlerdir.
2. Miktarla bağımlı hizmetler; Doluluk oranlarına göre ödeme tutarının değişiklik göstereceği hizmetlerdir.

Kullanım bedeli ödemeleri her üç aylık dönemin başında yapılırken hizmet ödemeleri aylık olarak yapılmaktadır. Kullanım bedeli ödemeleri sağlık tesisinin yatırım maliyetlerini (İnşaat maliyetleri, borçlanma maliyetleri vs.) karşılamak amacı ile yapılmaktadır.

(Kaynak: Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği).

Hizmet ödemeleri yüklenici firma tarafından verilen hizmetlerden ve bakım onarım faaliyetlerinden kaynaklı maliyetleri karşılamak amacı ile ödenmektedir. Kullanım bedeli ödemeleri ve hizmet bedeli ödemelerine TÜFE ve ÜFE artışlarının ortalaması %100 oranında yansıtılmaktadır. Buna ek olarak, kullanım bedeli ödemeleri TÜFE ve ÜFE artış ortalamasından daha fazla olan döviz artış riskine karşı da korumaya alınmıştır.

Şehir Hastanelerinde yüklenici firma için uygulanan ödeme mekanizması, Türk Lirası değer kaybına karşı koruma prensibine göre yürütülmektedir. Buna göre; döviz artışı yaşanan hiç bir dönem, bir önceki dönemde yapılan ödemelerin o dönemdeki döviz karşılığından daha az tutarda olacak şekilde kullanım bedeli olarak fatura edilememektedir. Bu koruma aynı zamanda şehir hastanelerinin finansmanında yer alan bankaların yatırıma güvenlerini artırmaya yöneliktir. Kur dalgalanmaları veya enflasyon oranındaki düşüşler sonucu üç aylık dönem için hesaplanan kullanım bedelinin yabancı döviz cinsinden karşılığının, bir önceki döneme kıyasla daha düşük tutarda olması durumunda ise koruma katsayısı devreye girmektedir. Buna bağımlı olarak, kullanım bedeli; bir önceki dönemin döviz kuru Türk Lirası cinsinden revize edilmektedir. Şehir hastanelerinin yüklenici firmaya geri ödemeleri Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılmaktadır.

(Kaynak: Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği)

Sağlık Bakanlığı, 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu uygulamalarında olduğu gibi ihale sırasında miktara bağlı hizmetler için yıllık %80 doluluk oranına göre hesaplanan miktarları aylık ve yıllık olarak belirtilen miktar kadar almayı ve bedelini ödemeyi taahhüt etmektedir.

Şehir Hastaneleri modelinde ise destek klinik hizmetlerinde (Radyoloji, Laboratuvar, v.b.) özel ortağa %70 garanti verilmektedir. Bu %70'lik garantide ise miktar üzerinde bir talep olduğunda ise belli bir hesaplama göre indirim uygulanmaktadır. Ayrıca yılsonunda, o yıl için belirlenen toplam miktar aşılmış ise geçmişe yönelik fazla ödenen tutarlar yüklenici firmayla idare arasında mahsup edilmektedir.

(Kaynak: Sağlık Sen Stratejik Araştırmalar Enstitüsü, Şehir Hastaneleri Araştırması, Temmuz 2018, Ankara, s.52)



GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Günümüzde modern toplumlar da hâkim olan “Sosyal Devlet” İlkesi ve “Toplumların Refahı” yaklaşımı; kamu politikaları üzerinde büyük finansal ve mali krizlere sebep olmaktadır. Kamu Yönetimlerinin bu amaçlar doğrultusunda yaptıkları harcamalar giderek ulusal gelirlerden fazla olmaya başlamış ve ülkeler yeni kaynaklar yaratmak için modern finansman teknikleri arayışına girmiştir.

Sosyal devlet ilkesi ve toplumların refahı yaklaşımı gereği üzerinde hassasiyetle durulan konulardan birisi de “Sağlık Sektörünün Finansmanı” konusudur. Kamunun idari görevlerinden birisi olan sağlık hizmeti; ülkede yaşayan bireylerin sağlık seviyesini yükseltmek, sürdürülebilir bir gelişme sağlamak amacıyla toplumsal anlamda genel sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için gerekli olan çabaların tümünü ifade etmektedir (Günday, 2011).

Öte yandan sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ülkemizde kamuya verilmiş idari bir sorumluluktur. Anayasa’nın 2, 5 ve 56’ncı maddelerine göre kamunun gerekli kaynakları oluşturması ve bu hizmetleri verebilmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin gerçekleştirilmemesi idarenin kusuru olmakta ve idare açısından bir “hizmet kusuru” sonucunu doğurmaktadır (Gözübüyük & Tan, 2013).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında günümüzün modern toplumlarında çok farklı modeller uygulanmaktadır. Kişilerin aldıkları sağlık hizmetleri için kendi ceplerinden ödeme yapmaları, özel kuruluşların sahip olduğu çeşitli fonlar, devletin çeşitli vergilerle ve katkı paylarıyla oluşturduğu karma fonlar ve sigorta sektörü; bütün bu hizmetlerin finansmanında görev almaktadır. Ancak sistem ne şekilde planlanırsa planlansın yapılması gereken en önemli hizmet; mâli açıdan; aldığı sağlık hizmetini karşılayamayacak durumda olan kişilerin bu finansmana sosyal devlet ilkesi gereği ulaşmasının sağlanmasıdır.

Güngör’e göre (2020), bir ülkede tercih edilen sağlık hizmetlerinin finansman modeli, birçok farklı konu ile ilgilidir. Bunlar; ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, mali kapasitesi, sağlık hizmetleri talep/kullanım ve tüketici davranış biçimleri, sağlık hizmetlerinin arz/hizmet sunumları ve sağlık hizmet sunucularının davranış biçimleridir (Güngör, 2020).

Modern devlet yönetiminde sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitli modeller uygulanmaktadır. Bu modeller uygulama olarak genellikle iki şekilde kendisini göstermektedir. Bunlar sağlık hizmetleri finansmanını kamunun üstlendiği model ve özel sektör kaynaklı finansman modelleridir. Kamu finansman modelleri, sosyal sağlık sigorta uygulamaları ve vergi yoluyla kaynak oluşturma şeklindedir. Özel sektör kaynaklı finansman modeli ise özel sağlık sigortası üyelikleri, tıbbi tasarruf hesabı oluşturma ve cepten ödeme yaparak sağlık hizmetlerini satın alma şeklinde olmaktadır (Şahin & Uysal, 2008).

1960’lı yıllardan itibaren başta sanayileşmiş ülkelerde ve diğer yeni gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere ortaya çıkan finansal krizler zamanla ülkeleri mali krizlerin eşiğine getirmiştir. Pek çok kesimde devletin sahip olduğu üretim gücünün ve kaynakları yeniden dağıtan düzenleyici fonksiyonunun ekonomik yaşamdan çekilmesi ve bazı kamu

hizmetlerinin özel sektöre bırakılması veya bu hizmetlerin çeşitli sözleşmeler ile özel kişilere gördürülmesi konusu kabul görmüştür.

Bu yaklaşım; kamu hizmetlerinin yürütülmesindeki örgütlenme ve finansman biçimini; daha esnek ve daha uygun maliyetlerle gerçekleştirebilecek özel sektör firmalarıyla işbirliği yolunu açmış ve Kamu Özel İşbirliği modelini gündeme getirmiştir. Kamu yönetiminde egemen olan bürokratik devlet anlayışının yaygın olduğu ülkelerde yetkilerin bu şekilde devredilmesi birçok soruna sebep olmakta ve hâlâ birçok ülkede tartışılmaya devam etmektedir.

Ülkemizde sağlık finansmanı ve sağlık yatırımları konularında karma sistemler kullanılmaktadır. Kamu yönetimi sağlık finansmanında halen tek finansör durumunda olup, bunu kamuya ait bir kurum olan SGK ile gerçekleştirmektedir. Toplanan vergiler ve farklı kesimlerden çoğunlukla zorunlu olan çeşitli oranlardaki katkı paylarıyla fon oluşturulmakta ve oluşturulan bu fon ile hizmetler yürütülmektedir. SGK, Sağlık Bakanlığı ile düzenli olarak protokoller yapmakta ve tahsis edilen bütçeyi ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtmaktadır.

Sağlık alanındaki yatırımlarda ise son yıllarda Kamu Özel Ortaklık modelleri kullanılmaya ve bu model ile birçok yatırım gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Sağlık sektöründe KÖO uygulamalarında süreç 2005 yılında kabul edilen 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile başlamıştır. 2013 yılında 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un kabul edilmesiyle de devam etmektedir. Bu sistemde sağlık hizmeti özel şirketlere devredilmemektedir. Bu modelde ülkenin sosyo-ekonomik yapısı ve bölgesel gelişmişlik düzeyleri göz önüne alınarak planlama yapılmakta ve bu planlara göre gerek duyulan bölgelerde "Sağlık Entegre Tesisi" yatırımları gerçekleştirilmektedir. Yapılması planlanan bu hastaneler; kamu özel sektör ortaklığı modeliyle imzalanan protokoller çerçevesinde inşa edilmektedir. Özel sektör, tesislerin tüm tasarım, planlama ve inşaatını kendi kaynaklarıyla gerçekleştirmekte ve belli bir süre işletme imtiyazı elde etmektedir. Sözleşme süresi bitiminde tesis eksiksiz ve bakımı yapılmış bir şekilde devlete teslim edilmektedir. Bu süre genellikle 28-30 yıldır.

Ülkemizde sağlık sektöründe yaygın olarak uygulanan kamu özel ortaklığı modelinin üstün yanları;

- Hasta esaslı hizmet amaçlarına daha fazla odaklanmaya izin vermesi,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına yönelik kültürel değişimi teşvik etmesi,
- Başa baş operasyon, yönetimin mali disipline odaklanmayı sağlaması,
- Daha yetkin kıdemli yöneticilerin bağımsız olarak işi yürütmesi,
- Sağlık hizmeti sunumu ve fiyatlandırmasına yenilik yapma serbestisi imkânı, özel sektör muhasebe, raporlama ve düzenleme rejimi içerisinde çalışması ve özel sektörle rekabet etme gücünün artması (İlkar, 2009) gibi hususlardır.

Modelin bu olumlu yönleri yanında tartışılan bazı olumsuz yönleride bulunmaktadır. Bunlar:

- Sağlık Bakanlığının sistem içerisindeki rolü ile ilgilidir. Sağlık Bakanlığının hem politika belirleyici, hem sunucu, hem finansör, hem düzenleyici ve hem de denetleyici olması bir sorun teşkil etmektedir.
- Modelin öngördüğü sözleşmelerin karmaşık olması nedeniyle bu uygulama kapsamında oluşturulacak sözleşmelerin tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerekliliğidir. Sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esaslı hatalar, uzun vadeli bu modelde ciddi sorunlara yol açabilecektir.
- Sözleşme sonrasında yapılan tesislerin kamuya devrinin mi yapılacağı yoksa işletmeye devam mı edileceği hususudur. Kamu özel ortaklığı doğrultusunda oluşturulan sözleşmelerin süresi bittiğinde yapılan tesislerin işletilmesinin kamuya devredilmesi ya da kamunun aynı tesisleri farklı yöntemlerle tekrar özel kişilere devretmesi durumu bir soru işareti oluşturmaktadır.
- Daha önce devletçe yapılan işlerin özel sektöre devri, devlette bu hizmeti veren kapasitenin kaybolmasına neden olabilecektir (Kerman, Altan, Aktel, & E., 2012).
- Bu projeler kapsamında belli alanların ticari alan olarak kabul edilip şirketler tarafından ticari mantıkla işletiliyor olması endişelere yol açmaktadır (Uygun, 2013).

Bunların yanında modelin uygulanma sürecinde şeffaflık, performans ve hesap verebilirlik bilincinin daha az olması, daha yüksek maaşlar, yeterli niteliklere sahip olmayanların keyfi olarak istihdamına neden olabilmesi, yönetim kurulunun gözetim denetim sorumluluğunu tam olarak yerine getirememesi gibi olumsuzluklar mevcuttur. Bu da; devletin sahip olduğu yükümlülüklerin ne olduğu ile toplumu ilgilendiren sağlık hizmetlerinin hangilerinin özelleştirilmesinin gerektiği ayrımına dair kamuoyunda yanlış algılamalara sebep olmaktadır (İlkar, 2009).

Ayrıca kamu hizmet alanları ile kamunun elinde bulunan yatırım alanlarının ticarileştirilmesi, kamudaki örgütlü işgücünün yerini örgütsüz ve daha ucuz emek gücünün alması anlamına gelmektedir. Kamu özel ortaklığı uygulamaları ile bir yandan kamu görevlilerinin istihdam güvencesinin ortadan kalkacağı, bir yandan da kâr oranlarını artırmak isteyen şirketlerin istihdamda daralmaya gidecekleri yönünde eleştirileri de vardır (Güzelsarı, 2012).

Tüm bu sorunlar; mevzuattaki boşlukların giderilmesi, Sağlık Bakanlığının sistem içerisindeki işlevinin daha da kurumsallaştırılması, süreci takip edebilecek nitelikli personel sayısının arttırılması, sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkma olasılığı bulunan belirsizliklerin giderilmesi ve kamuoyuna yönelik farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması ile çözülebilecektir (Acartürk & Keskin, 2012).

Şüphesiz bu modelin planlandığı şekliyle uygulanmasıyla topluma, sağlık hizmetleri daha hızlı ve daha kaliteli bir şekilde verilecektir. Kamunun üzerindeki mali yükler ve

sorumluluklar, hafifleyecektir. Ancak tüm bu olumlu özellikler uygulanan model kapsamında hazırlanacak detaylı sözleşmelerle mümkün olabilecektir (Acartürk & Keskin, 2012).

Çalışmamızın birinci bölümünde öncelikle sağlık finansmanının tarihsel arka planı araştırılmış ve önceki dönemlerdeki çeşitli uygulamalar incelenmiştir.

Sanayi devrimiyle başlayan sağlık finansmanı süreci çeşitli derneklerin kendi üyeleri için oluşturdukları fonlar ile ortaya çıktığı ve kurumsallaşarak çeşitli Avrupa ülkelerinde kamu politikalarında yer almaya başladığı bilgisine ulaşılmıştır.

Kamu politikalarında yer almaya ve daha sonra 19. Yüzyılda işveren primleri ve sosyal dayanışma çerçevesinde oluşturulan fonlar ile ortaya çıkan sağlık finansman modelleri; 20. Yüzyılın başlarında sigorta sistemlerinin gelişmesine sebep olmuş ve ulusal sağlık sistemlerinin ülke nüfusunu tamamen kapsadığı vergi sistemlerine dönüşmüştür.

Kamu uygulamalarında vergi sistemleri olarak hukuki altyapısı oluşan sağlık finansman sistemlerinde zaman içinde bazı standartlar oluşmuştur. Bu standartlar ülkeden ülkeye değişmekle beraber esas itibarıyla sağlık hizmetlerinde “koruyucu” uygulamalar ve “tedavi edici” uygulamalar şeklinde ortaya çıkan sağlık hizmetleridir.

Koruyucu sağlık hizmetleri; erken teşhis ve tedavi, aşılama, ilaç vasıtasıyla sağlanan koruma, beslenmede devamlılık ve düzen, sağlık bilinci oluşturma ve aile planlaması gibi çeşitli çalışmalardır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, yüksek maliyetli ve büyük organizasyon yapısı gerektiren sağlık sistemleri olup; yönetimi, personeli, fiziki imkânları ve finansmanı ile oldukça önemli boyutları bulunmaktadır. (Altay, 2007).

Tatar’a (2011) göre sağlık finansmanı sistemleri birkaç temel bileşene sahiptir bunlar da; sosyal sağlık sigortası, vergilendirme, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortalarından oluşmaktadır. Genel olarak sistemin finansmanı; Kamu kaynaklı zorunlu sistemler ve özel kaynakların finansmanlarıyla gerçekleştirilir (Tatar, 2011).

Çalışmamızın ikinci bölümünde sağlık finansmanı kapsamında yapılan sağlık yatırımları araştırılmış ve dünyadaki çeşitli sağlık tesisi yatırımları incelenmiştir. Sağlık yatırımları modern toplumlarda refah ve sosyal devlet yaklaşımlarıyla gerçekleştirilmektedir. Ancak bu yaklaşım ülkelerin maliye politikalarında çeşitli zorluklara sebep olmaktadır. Çeşitli kamu hizmetlerinin görülmesinde finansal krizler baş göstermiş bu da; 1960’lardan başlayarak kamu hizmeti anlayışında köklü değişimlere sebep olmuştur. Bu yeni anlayış kamu giderlerinin azaltılması için, kamuya ait bazı hizmetlerin özel sektör firmalarıyla ortak olarak, özel sektörün finansmanını kullanarak gördürülmesi esasına dayanır. Kısaca dünyada PPP, (Public Private Partnership) ve ülkemizde de KÖÖ, (Kamu Özel Ortaklığı) modeli olarak adlandırılan iş yapma modeli doğmuş ve günümüzde de uygulanılmaktadır.

Ülkemizde bu kapsamda, 10. Kalkınma planı ışığında hazırlanan 2012 Yılı Programında KÖİ’ ler ile ilgili bazı kararların hayata geçirilmesi planlanmış ve 2012 yılında 10. Kalkınma Planı kapsamında ilk KÖİ Özel İhtisas Komisyonu (ÖİK) kurulmuştur. Bu komisyon 2018 yılına kadar ülkemizde izlenecek strateji ve politikaları belirleme kararı almıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Model uygulanırken, özel sektörün finansman risklerini yönetmede uzman olması, kamu sektörünün ise büyük ölçekli planlama yapabilmede uzman olması en büyük avantaj olarak kabul edilmektedir. Modelin bu avantajları sebebiyle yatırım maliyetlerini azalttığı kabul edilmektedir (Karahanoğulları, 2012).

Çalışmamızın üçüncü bölümünde ise; KÖO kapsamında yapılmış ve hizmete alınmış Bursa Şehir Hastanesi incelenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nca 19. Bölgede yaklaşık 5 milyon kişilik bir kümelenme bölgesinde hizmet vermekte olan bu Entegre Sağlık Kurumu; yapılan sözleşme gereği 28 yıl süreyle özel şirket tarafından işletilecek ve sözleşme bitiminde Sağlık Bakanlığı’na devredilecektir. Bursa ilinin Nilüfer ilçesinde 745.500 m2 arsa alanı üzerinde inşa edilen ESK, Bursa ve çevre illere hizmet vermektedir. Proje, toplam 1.355 yatak kapasiteli 3 farklı hastaneyi kapsayan bir Şehir Hastanesi projesidir.

Bu makalede yapılan çalışma ile ülkemizde; yoğun bir politik malzeme olarak gündemini koruyan mevcut “Sağlık Sistemi” miz ve “Şehir Hastaneleri” özelinde gerçekleştirilen “Sağlık Yatırımları” incelenerek literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın; Türkiye’nin “Refah Devleti” olma yolundaki mücadelesinde Sağlık Hizmetleri Finansmanı Yöntemlerinin sürdürülebilir olmasını ve sosyal eşitliği sağlama hedefine katkı sağlayarak hizmet etmesini arzulamaktayız. Gelecek dönemlerde yapılacak çalışmalarda ülkemizde uygulanmakta olan Sağlık Sistemi Modellerinin daha detaylı incelenmesi, bireylerin sahada karşılaştıkları günlük pratiklerin çeşitli Sosyal Bilimler ölçekleri ile ölçülerek daha nicel çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF*, 25-51.
- Akdemir, T., & Karakurt, B. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü ve Özel Sağlık Kurumlarını Düzenleyici Görevleri. *Maliye Sempozyumu Dergisi*, 221-260.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akyılmaz, B., Sezginer, M., & Kaya, C. (2020). *Türk İdare Hukuku*. Ankara: Savaş Yayınları.
- Altan, Y., Kerman, U., Metin, Y. A., & Eke, E. (2013). Yerel Yönetimlerde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi Örneği. *Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 3.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 33-58.
- Archer, L., Dawson, E., DeWitt, J., Seakins, A., & Wong, B. (2015). Science capital: A conceptual, methodological, and empirical argument for extending bourdieusian notions of capital beyond the arts. *Journal of Research in Science Teaching*, 922-948.
- Atasever, M., Gözlü, M., Özyayın, M., Güler, H., Örnek, M., Barkan, O. B., İhan, M. N. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Bärnighausen, T., & Sauerborn, R. (2002, Mayıs). One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons For Middle-and Low-Income Countries? *Social Science & Medicine*, 54(10), 1559-1587. Mayıs 12 , 2021 tarihinde <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360100137X> adresinden alındı
- Bult-Spiering, M., & Dewulf, G. (2006). *Strategic Issues in Public Private Partnerships in International Perspective*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Bursa Şehir Hastanesi. (2021, Nisan 21). www.pppbursahastanesi.com:21823/files/Bursa_ESK_Nihai_CSED_Raporu.pdf adresinden alındı
- Calvary. (2021, Mayıs 3). https://www.calvarycare.org.au:21823/files/Bursa_ESK_Nihai_CSED_Raporu.pdf adresinden alındı
- Carrin, G. (2002, Nisan-Haziran). Social health insurance in developing countries: A continuing challenge. *International Social Security Review (ISSA)*, 55(2), 57-69. Nisan 16, 2021 tarihinde <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-246X.00124> adresinden alındı
- CCN Group. (2021, Mayıs 12). www.ccnholding.com:21823/files/Bursa_ESK_Nihai_CSED_Raporu.pdf adresinden alındı
- Ceylan, Y. (2020). Türkiye Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği ve Şehir Hastaneleri. *19 Mayıs Üniversitesi, Yüksek Lisans Tez*. Samsun: www.tez.gov.tr.
- Cremer, H., & Pestieau, P. (2003). Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. *Journal of Urban Economics*, 181-196.

- Culyer, A., & Newhouse, J. (2000). Introduction The State and Scope of Health Economics. A. Culyer, & J. Newhouse içinde, *Handbook of Health Economics* (s. 13-19). Amsterdam: Elsevier Science.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 187-188. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ogusbd> adresinden alındı
- Çiftçi, H. (2011). Sağlık Sistemi Ve Finansmanı: Türkiye Ve Çeşitli Ülkeler. *Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tez Çalışması*. İstanbul: Marmara Üniversitesi. mart 21, 2021 tarihinde <https://katalog.marmara.edu.tr/eyayin/tez/T0086074.pdf> adresinden alındı
- Çınar, N., Türkoğlu, Ç., & A., T. (2017). Kamu Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) için Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(29), 215-232. Nisan 12, 2021 tarihinde <https://sbedergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/343/files/29-sayi-yazi9-29122017.pdf> adresinden alındı
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. *DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ S.B.E. Maliye Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi*, 18-19. İzmir. Mart 18, 2021 tarihinde <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/12234/236083.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden alındı
- Dilik, S. (1988). Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi. *Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi*, 74-80.
- Duran, L. (1991). Yap-İşlet-Devret. *Ankara Üniversitesi, S.B.F. Dergisi*, 147-170.
- Gözübüyük, A., & Tan, T. (2013). *İdare Hukuku Cilt I, Güncelleştirilmiş 9.Baskı*. Ankara: Çağlayan Kitapçılık.
- Gülşen, M. İ., & Köleoğlu, N. (2018). *Sağlık Hizmetlerinin Vergilerle Finansmanında Bireylere Düşen Vergi Yükünün İrdelenmesi*. Çanakkale: Rating Academy Yayınları.
- Günday, M. (2011). *İdare Hukuku, Güncellenmiş ve Gözden geçirilmiş 10. Baskı*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Güngör, M. (2020). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Sosyal Bilimlerde Yeni Araştırmalar III*. Ankara: Berikan Yayınevi.
- Gürkan, M. F. (2013). *Eğitim Kamu Hizmetinin Görülmesinde Kamu Özel Ortaklığı*. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Güvercin, A., Mil, H., & Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 80-94.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57. Nisan 2, 2021 tarihinde alındı
- İlhan, N. M., Tüzün, H., Sefer, A., Nur, A. F., & Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 35.

- İlkar, E. (2009). Sağlıkta Yeniden Yapılandırma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri. *Bütçe Dünyası*, 31.
- İmmegut, M. E. (1992). *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jamali, D. (2004). *Success And Failure Mechanisms of Public Private Partnership (Ppps) in Developing Countries* (Cilt 17). Beirut, Lebanon: Emerald Group Publishing Limited.
- Mart 14, 2021 tarihinde <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.455.7947&rep=rep1&type=pdf> adresinden alındı
- Joyner, K. (2007). Dynamics Evolution in Public Private Partnerships: The Role of Key Actors in Managing Multiple Stakeholders. *Managerial Law*, 206-217.
- Kahyaoğulları, B. (2013). Public-Private Partnerships In Developing And Developed Countries: The Uk And Turkish Cases. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 243-276.
- Karahanoğulları, Y. (2012). Kamu Özel Ortaklığının Mali Değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi*, 95-125.
- Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi*, 217-262.
- Kayıhan, H., & Köse, B. (2018). Türkiye’de ve Dünyada Mesleki Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 30-41.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., & E., E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1-23.
- Keşli, A. T. (2012). *Kamu Özel Sektör İşbirliği-PPP Projelerinin Hukuki Rejimi*. Ankara: Adalet Yayınevi.
- Keşli, T. A. (2016). *Kamu Özel Sektör İşbirliği PPP Projelerinin Hukuki Rejimi*. İstanbul: Group Law Publishing.
- Kleczkowski, B., Roemer, M., & Werff, A. (1984). *National health systems and their reorientation towards health for all : Guidelines for policy-making*. Geneva: WHO.
- Maria, M., & Pavel, G. (2008). Optimal Capital Structure of Public-Private-Partnerships. *International Monetary Fund Working Paper*, 6.
- Mollahaliloğlu, S., Gürsöz, H., Arı, H., & Öncül, H. (2010). *Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu*. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı .
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Joe, K. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. Philadelphia: Open University Press.
- Moszoro, M., & Gasiorowski, P. (2008). Optimal Capital Structure of Public-Private Partnerships . *IMF Working Paper*, 3-10.
- Oral, A. İ. (2002). *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Yayınları.
- Ökmen, M., & Demir, F. (2010). Kamu Hizmetinin Felsefi Temelleri ve Yeni Kamu Yönetiminde Geçirdiği Dönüşüm. *Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F.*, 3.

- Ömürgönülşen, U. (1997). The Emergence Of a New Approach To The Public Sector: The New Public Management. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 518-565.
- Özderyol, M. (2018). *Sağlık Finansmanı Politikaları*. Ankara: Sağlık Bakanlığı GSS Genel Müdürlüğü.
- Özdoğan, O. (2017). *Dördüncü Sanayi Devrimi ve Endüstriyel Dönüşümün Anahtarları*. İstanbul: Pusula Yayınevi.
- Özer, M. A. (2016). *Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı*. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 119-138.
- Sağlık Bakanlığı. (2021, Mayıs 18). [www.saglik.gov.tr: https://adanasehir.saglik.gov.tr/TR,34940/hastane-yonetimi.html](https://adanasehir.saglik.gov.tr/TR,34940/hastane-yonetimi.html) adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2021, Mayıs 18). [www.saglik.gov.tr: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/26997,koi-yonetmelikpdf.pdf?0](https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/26997,koi-yonetmelikpdf.pdf?0) adresinden alındı
- Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2016). *Bartın Üniversitesi, İ.İ.B.F Dergisi*, 80-94.
- Saltman, B. R., & Hans, D. B. (2004). *The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems*. London: Open University Press.
- Saltman, B. R., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social Health Systems in Western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies*. Berkshire: Open University Press.
- Sarısu, A. (2009). *Kamu Özel İşbirlikleri*. Ankara: Yaklaşım Yayınları.
- Sarısu, A. (2016). Bütçe Katılığına Etkisi Açısından Türk Sağlık Sektöründe Yapı Kirala Devret Projeleri. *Tarih Okulu Dergisi (TOD)*, 504-567.
- Smith, B. A. (1994). *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. Newyork: Routledge Publishing.
- Stone, D. (1993). The Struggle For The Soul Of Health Insurance. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 287-318.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Şahin, M., & Uysal, Ö. (2008). *Kamu Ekonomisi Perspektifinden Kamu Özel Ortaklıkları*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2012). *Dünya’da ve Türkiye’de Kamu Özel İş Birliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*. Ankara: Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- T.C. Resmi Gazete. (2006, Mayıs 20). 5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu. Ankara.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 110-111.

- The World Bank. (2017). *Guidance on PPP Contractual Provisions*. Washington: The World Bank Group.
- The World Bank. (2021, Mart 11). [www.worldbank.org: https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/overview#:~:text=When%20governments%20choose%20to%20use,efficient%20public%20services%20and%20infrastructure](https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/overview#:~:text=When%20governments%20choose%20to%20use,efficient%20public%20services%20and%20infrastructure). adresinden alındı
- Tülüceoğlu, S., & Altan, Y. (2017). Türk Tarım Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Strategic Public Managment Jurnal*, 58-76.
- Uçar, E. (2017). *Şehir Hastaneleri Sunumu*. Ankara: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Daire Başkanlığı.
- Uygun, B. (2013). Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı. *Hukuk Gündemi*, 2.
- Uysal, Y. (2017). Yerel Yönetimlerde Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Uygulamalarının iki Yönü: Avantajlar ve Dezavantajlar. *Kent Akademisi*, 169-199.
- Vercoutter, J. (2008). *Antik Tarih - İlkçağ Tarihi*. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- WHO. (2021, Mayıs 11). *Alma Ata*. who.int: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011> adresinden alındı
- Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, U. D. (2003). Costs of Health Care Administration in The United States and Canada. *The New England Journal of Medicine*, 768-775.
- Yaşar, G. Y. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. *Ankara Üniversitesi, SBE, Doktora Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Yılmaz, F. Y., & Karakaş, D. G. (2011). *Devlet/kamu üzerine yeniden düşünmek. Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu*. Bursa: Türk Tabibler Birliği Yayınları.

ÖZGEÇMİŞ

M.Alper GÜRBÜZ [REDACTED]. İlk, orta ve lise eğitimlerini yurdumuzun çeşitli illerinde tamamlamış ve 1996 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi'nden mezun olmuştur. Ayrıca; İş Sağlığı ve Güvenliği mezunudur.

