



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAPSAMINDA YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİNİN ETKİNLİĞİ

Hazırlayan
İbrahim Halil ŞENOĞLU

Maliye Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Doç. Dr. Yusuf TEMÜR

TOKAT – 2020

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Yusuf TEMÜR danışmanlığında hazırlamış olduğum **"Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Kapsamında Yapılan Şehir Hastanelerinin Etkinliği"** adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

21/05/2020
İbrahim Halil ŞENOĞLU

İTHAF

Sevgili eşime, gül kokulu çocuklarıma ve tüm aziz şehitlerimize ithaf ediyorum.



ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tezimin başlangıç sürecinden sonuçlandırılması safhasına kadar bana ilgi gösteren, bilgisini ve tecrübesini benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yusuf TEMÜR hocama, bu çalışmamda bana varlığı ve birikimleri ile güç veren üniversitemiz Maliye Bölümünün çok kıymetli öğretim elemanlarına teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca tez çalışma sürecinde hayatıma anlam katan, sorumluluklarımı varlıklarıyla bana hatırlatan ve her türlü destekleri ile bana cesaret veren sevgili aileme sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.



TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAPSAMINDA YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİNİN ETKİNLİĞİ

ÖZET

Türkiye ve dünyada son 20 yılda devlet otoritesine dayalı olarak yürütülen hizmetlerin kamu özel işbirliği modeli ile birlikte bu hizmetlerin sunumunda özel sektörün de dahil edildiği ve sorumlulukların kamu kesimi ve özel sektör arasında paylaşıldığı yeni bir model karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de özellikle sağlık alanında kamu özel işbirliği modelinin uygulama alanı giderek yaygınlaştığı görülmektedir. Bu bakımdan Türkiye’de sürdürülebilir kalkınma amaçları doğrultusunda sağlık sektöründe kamu özel işbirliği uygulamaları kapsamında yapılan sağlık kampüsleri ile şehir hastanelerinin sosyo-ekonomik anlamda önem taşıdığından dikkatimizi çekmiştir.

Bu çalışmada Türkiye’de kamu özel işbirliği uygulamaları kapsamında yapılan şehir hastanelerinde verilen hizmetin kalitesi, klasik yöntemle yapılan devlet hastanelerine göre maliyet bakımından etkinliği ve ülke ekonomisine etkisi bakımından etkinliği incelenmiştir. Model kapsamında yapılan şehir hastanelerinin özel sektöre finansman sağlamada devletin uzun vadeli olarak garantörlük etmesi ve özel sektöre yapılan ödemelerin dövizle endeksli olması bakımından yapılan literatür taraması birlikte bir sonuca ulaşılmıştır.

Kamu özel işbirliği uygulamaları kapsamında yapımı tamamlanan, yapım aşamasında olan ve projelendirme sürecinde olan şehir hastanelerinin konumu, hizmet kalitesi ve maliyeti bakımından devlete, sağlıktan yararlananlara ‘vatandaş’ ve sağlık çalışanlarına olumlu ve olumsuz yansımalarının etkisi incelenerek uygulamanın etkinliğine dair bulgulara ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel İşbirliği, Şehir Hastaneleri, Kamu Hizmeti, Sağlık Sektörü

EFFECTIVENESS OF THE CITY HOSPITAL UNDER PUBLIC-PRIVATE COOPERATION IN TURKEY

ABSTRACT

Turkey and emerges of the world in the last 20 years based on the state authorities with public private partnership model of the services provided in the delivery of these services are included in the private sector and the responsibility of a new model is shared between the public sector and the private sector. application area of public private partnership models, especially in the health sector in Turkey is seen as increasingly widespread. In this regard, sustainable development purposes in Turkey in the health sector in the public private partnership with the city health applications made under hospital campuses in the socio-economic sense, it is important that our attention.

The quality of services provided in this study in Turkey in public and private collaborative applications made under the city hospital, according to the classical method made public hospitals in terms of cost effectiveness and efficiency of the national economy in terms of impact were investigated. The literature review, which was made in terms of the long-term guarantee of the state in terms of financing the private sector and the payments made to the private sector, has been concluded together.

Findings regarding the effectiveness of the application were reached by examining the effects of positive and negative reflections on the state, health beneficiaries 'citizens' and healthcare workers in terms of location, service quality and cost of city hospitals, which are completed, under construction and in the process of project, within the scope of public private cooperation applications.

Key Words: Public Private cooperation, City Hospitals, Public Service, Health care



İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Sayfası	i
İthaf.....	ii
Önsöz	iii
Özet.....	iv
Absract	v
İçindekiler	vi
Şekiller Listesi	x
Tablolar Listesi	x
Kısaltmalar.....	xi
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİNE GENEL BİR BAKIŞ.....	4
1.1.Hukuksal Yönden Kamu Özel İşbirliği	10
1.2. Kavramsal ve Tarihsel Açıdan Kamu Özel İşbirliği.....	13
1.2.1. Kamu Özel İşbirliği Tanımı.....	15
1.2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Tarihi Süreci	17
1.3. Finans Sağlama Boyutuyla Kamu Özel İşbirliği	22
1.3.1. Yap İşlet Devret.....	23
1.3.2. Yap Kirala Devret.....	25
1.3.3. Yap Devret.....	25
1.3.4. Yap Sahiplen Devret.....	26
1.3.5. Yap İşlet.....	26
1.3.6. İşletme Hakkı Devri.....	26
1.4. Karşılaştırmalı Yönden Kamu Özel İşbirliği	29
1.4.1. Kamu Özel İşbirliği ve Özelleştirme	32
1.4.2. Kamu Özel İşbirliği ve Kamu İhalesi	34

1.4.3. Kamu Özel İşbirliği ve Devlet Tekeli	35
1.5. Etkileri Bakımından Kamu Özel İşbirliği	36
1.5.1 Avantajlı Yönü Bakımından	38
1.5.2. Dezavantajlı Yönü Bakımından.....	40
1.6. Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Kapsamında Yapılan Hizmetler	41

BÖLÜM 2: TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELLERİ

KAPSAMINDA YAPILAN BAZI KAMU HİZMETLERİNİN

DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. Otoyollar	43
2.1.1. Menemen-Aliaga-Çandarlı Otoyolu	44
2.1.2. Kınıalı-Tekirdağ-Çanakkale-Balıkesir Otoyolu Malkara- Çanakkale Kesimi	45
2.1.3. Ankara-Niğde Otoyolu	46
2.1.4. Kuzey Marmara Otoyolu (3. Boğaz Köprüsü Dahil).....	46
2.1.5. Gebze-Orhangazi-İzmir Otoyolu (İzmit Körfez Geçişi ve Bağlantı Yolları dâhil)	47
2.1.5.1. Osmangazi Köprüsü.....	48
2.2. İstanbul 3. Hava Limanı.....	48
2.3. Sağlık Kampüsleri ve Şehir Hastaneleri	49

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ KAPSAMINDA

YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİNİN ETKİNLİĞİ.....

3.1. Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları	55
3.1.1. Yöntemsel Uygulamaları	61
3.1.2. Hukuki Açıdan Uygulamaları	67
3.1.3. Kamu İhtiyacını Giderme Yönünde Uygulamaları.....	68
3.2. Kamu Özel İşbirliği Modelleri Kapsamında Yapılan Şehir Hastanelerinin Etkinliği	71
3.2.1. Zaman Bakımından.....	75

3.2.2. Ulaşım Bakımından	76
3.2.3. Hizmet Kalitesi Bakımından.....	78
3.2.4. Memnuniyet Düzeyi Bakımından	78
3.2.5. Projelendirmesi Bakımından.....	81
3.2.6. Ekonomiye Katkısı Bakımından	83
3.2.7. Şehirleşme Yapılanması Bakımından	89
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	91
KAYNAKLAR	94
ÖZGEÇMİŞ	103

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1:	KÖİ'ye Yönelik Yıllara Göre Makale ve Proje Sayıları.....	8
Şekil 1.2:	Sektöre Göre KÖİ Modelinde Uygulanan Makale Sayıları.....	10
Şekil 1.3:	KÖİ Uygulama Sözleşmelerinin 1986-2017 Yılları Arasındaki Sektörel Olarak Sözleşme Değerleri	21
Şekil 1.4:	KÖİ Uygulama Sözleşmelerinin 1986-2017 Yıllarında Yüzdelik ve Adetleri Bakımından Modellere Göre Dağılımı	27
Şekil 1.5:	1986-2017 Yılları Arasında Sözleşmeleri İmzalanmış KÖİ projelerinin Sektörel Dağılımı	28
Şekil 1.6:	KÖİ Uygulama Sözleşmelerinin 1986-2017 Yıllarında Yatırım Tutarları Bakımından Modellere Göre Dağılımı	29
Şekil 2.1:	Uluslararası Karşılaştırmada On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı (2017)....	53
Şekil 3.1:	KÖİ Modelinde Finansman Uygulanma Şekli ve Devlet Yüklenici İlişkisi	66

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1:	KÖİ'ye Yönelik Dönemler İtibari İle Yayınlanan Makale Sayısı.....	9
Tablo 1.2:	KÖİ Modellerine İlişki Mevzuat	11
Tablo 1.3:	2018 Yılında Finansal Kapanışı 500 Milyon Avro Üzeri KÖİ Projeleri	20
Tablo 1.3:	Türkiye'de Kamu Hizmetini Karşılama Yöntemleri	22
Tablo 2.1:	Yapım Çalışmaları Tamamlanan ve Hizmete Açık Otoyollar.....	44
Tablo 2.2:	Yapım Çalışmaları Devam Eden Otoyollar	44
Tablo 2.3:	Hizmete Giren Şehir Hastanelerinin Kapasitesi ve Yatırım Tutarı	50
Tablo 2.4:	Yapım Aşamasında Olan Şehir Hastanelerinin Kapasitesi ve Yatırım Tutarı	51
Tablo 2.5:	Genel Bütçe İle Danışmanlık Hizmet Alım İhalesi Yapılan Şehir Hastaneleri	51
Tablo 2.6:	Genel Bütçe İle Danışmanlık Hizmet Alımı İhalesi Çalışmaları Devam Eden Şehir Hastaneleri	52
Tablo 2.7:	Şehir Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Ayrılan Bütçedeki Pay Durumu	52
Tablo 2.8:	Hastanelerin Klasik Yöntem ile Yapılma Riskleri	54
Tablo 3.1:	Özel Sektör Tarafından Sunulan Hizmetler	70
Tablo 3.2:	Mersin İlinde Gidilecek Hastaneyi Seçme Ölçütü	77
Tablo 3.3:	Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi ve harcamalarının GSYH'deki oranı	84
Tablo 3.4:	KÖİ ve Klasik İhale Yöntemi yapılan hastanelerin maliyet karşılaştırılması	85
Tablo 3.5:	Açılan Şehir Hastaneleri İle Kapanan Hastanelerin Kapasite İlişkisi ...	89

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DB	: Devlet Bütçesi
DB	: Dünya Bankası
KB	: Kalkınma Bakanlığı
KK	: Kentsel Kalkınma
KÖİ (PPP)	: Kamu Özel İşbirliği (Public Private Partnership)
MG	: Milli Gelir
ÖFÇ	: Ön Fizibilite Çalışmaları
SÇ	: Sağlık Çalışanları
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SES	: Sağlık Eğitimcileri Sendikası
ŞH	: Şehir Hastaneleri
TBD	: Türkiye Bilişim Derneği
TTB	: Türk Tabipler Birliği
ÜFE	: Üretici Fiyat Endeksi
vb	: ve benzeri
YD	: Yap Devret
Yİ	: Yap İşlet
Yİ	: Yurtiçi
YİD	: Yap-İşlet-Devret
YKD	: Yap-Kirala-Devret
YPK	: Yüksek Planlama Kurulu
YSD	: Yap Sahiplen Devret
YSİ	: Yap Sahiplen İşlet
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

GİRİŞ

Günümüz dünyasında teknolojik gelişmelere paralel olarak hızla değişen ve gelişen sosyal ve ekonomik dengelerin sağlanması hiç kuşkusuz giderek zorlaşmaktadır.

Giderek artan nüfus hızına bağlı olarak artmakta olan ihtiyaçlarla birlikte, sınırlı olan kaynakların yetersizliği ve ihtiyaçları karşılayamaması yeni kaynakların bulmasına insanoğlunu yüzyıllardır sevk ettiği gibi şimdi de sevk etmektedir. Bu durum ihtiyaçların karşılanmasında seri üretimi gerektirecek makineleşme ve sanayileşmeyi beraberinde getirmiştir.

İngiltere’de 18. ve 19. yaşanan sanayi devrimi ekonomide büyük ve aynı zamanda köklü değişimlerin öncüsü olmuştur. İnsanoğlu yerleşik hayata geçtiğinden günümüze dek mevcut yaşam koşullarında kaynakların yetersizliği sürekli yeni girişimlere yöneldiğine şahit olmuştur.

21. yüzyılda toplumsal yaşamın rekabeti doğurduğu, rekabetin kaliteyi öncelediği, kalitenin zaman ve sermayeyi tetiklediği bir ekonomik sistem doğmuştur. Bu sistemde büyük balık küçük balığı yer anlayışı değişmemekle birlikte, hızlı balık olma mücadelesi ön plana alındığı söz konusudur. Bu durumun izahı, doğan ihtiyaçlara cevap verme hızı beraberinde hazzı getireceği, yani büyük olanın değil; aynı zamanda hızlı olanın daha çabuk yol alacağı vurgusu yapılmaktadır.

Nitekim gerek dünyada gerekse ülkemizde zamana ve ekonomik konjonktüre bağlı olarak siyasal yönetim aktörleri, sosyal devlet anlayışı gereği vatandaşlarına temel hizmetleri sunmak için yeni politikalar uygulamayı denemişlerdir. Kadim devlet anlayışından modern devlet anlayışına geçişte hizmetler, ihtiyaçlar, hizmet ve ihtiyaçları karşılamada kullanılan ekonomik (iktisadi) parametreler değişiklik gösterse de temel iktisadi faktörlerin değişmediği ancak teknoloji gibi yeni faktörlerin üretime dahil olduğu bir gerçektir.

Zira devletlerin temel işlevleri arasında İnsan- insan, insan-devlet ve devlet-devlet ilişkilerinde çeşitli rolleri vardır. Devletler milletin kendisine vermiş olduğu yetki ile hem vatandaşlarının haklarını koruyacak hem de asli görevlerinden olan eğitim, savunma, güvenlik ve sağlık hizmetlerini karşılayacaktır. Devlet bu hizmetleri toplumun yararına karşılarken topluma zarar verecek politikaları tercih etmemesi de önem arz edecektir.

İktisadi politikalarda yenilikler, değişiklikler ekonomik ihtiyaçlara bağlı olarak gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde süreklilik arz etmiş ve etmeye de devam etmektedir.

1980’li yıllarda özelleştirme ile yaygınlık kazanarak devletin asli görevlerinin piyasaya sürüldüğü ve zamanla da bu politikanın devamı veya değişik uygulama şekli olarak ta nitelenen kamu özel işbirliği modeli ile 1990’lı yıllarda farklı bir biçime bürünerek uluslararası sermayenin önemli gündem maddeleri haline gelmiş bulunmaktadır.

Birleşik Krallıkta başlayan uygulamalarla kamu özel işbirliği modeli dünya geneline yayıldığı gibi ülkemizin de önemsedığı bir model haline gelmiştir. Bu modelin özelleştirmenin değişik versiyonu olduğu söylene de çalışmamızın devamında özelleştirmeden farklı bir yapıya sahip olduğu da bir gerçektir. Devletler bu model ile üstlendiği sorumluluğu özel sektörle paylaşmayı düşünmektedir. Başta altyapı projelerinde uygulanması düşünülen KÖİ modeli günümüzde artık birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de enerji, ulaşım ve sağlık sektöründe de kendisinden sıklıkla bahsedilir olmuştur.

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modelinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tercih edilmesini başlıca ön planda tutan nedenler şu şekilde sıralanabilir;

- Kamunun sınırlı kaynaklarına bağlı olarak kamusal hizmetlerin karşılanması için hızlı ve kaliteli bir biçimde görülmesi amacıyla özel sektörün teknolojisi, tecrübesi ve kaynaklarından yararlanması açısından önem arz etmektedir.
- Küresel ölçekte rekabet edebilirlik seviyelerine ulaşmada önemli bir unsur olarak görülmektedir.
- Kamu kesiminin hizmeti görme mekanizmasından çıkıp, hizmeti kontrol etme ve kaynak bulmada öncü rol alma olarak nitelenebilir.

Aynı amaçla yapılan şehir hastanelerinin KÖİ modeli ile yapılması dünyada ve ülkemizde son on yılda yaygınlık kazanarak artmış durumdadır. Bu bakımdan uygulanan KÖİ modelinin mevzuat yapısı ve geçmişi, bu model ile yapılan sözleşmelerin etkileri ve etkililiği, kamuya ekonomik, sosyal ve siyasal anlamda sağlayacağı avantajlar ve kamuya getireceği riskleri nicel ve nitel yönünde incelemek önem arz etmektedir.

KÖİ modeli ile faaliyete geçen, yapım aşamasında olan, projelendirme sürecinde veya ön fizibilite sürecinde bulunan şehir hastanelerinin ülkemizin değişik bölge ve vilayetlerinde sağlık hizmetinin sunumunda üstleneceği misyonun şehirleşme ve kentleşme politikalarına etkisi, ulaşım, maliyet, verimlilik, kalite ve zaman faktörleri bakımından olumlu ve olumsuz etkilerinin olacağı bir gerçektir. Bu çalışmamızda ülkemizin geneline yaygınlık teşkil eden şehir hastaneleri ele alınmıştır.

Birinci bölümde KÖİ modelinin genel bir değerlendirmesi yapılmıştır. KİÖ modelinin ülkelerin yatırım projeleri ve kamusal hizmetlerin sunumunda kullanılmasını gerekli kılan unsurlar ve ekonomik politikalar dikkate alınarak incelenmiştir. Ayrıca KÖİ modelinin tanımı, tarihsel süreci, dünyadaki uygulamaları, benzer uygulamalardan farkları, finans sağlama yöntemi, avantajlı ve dezavantajlı yönleri, KÖİ modeli ile yapılan yatırım ve projeler bakımından ele alınacaktır.

İkinci bölümde ülkemizde bu model kapsamında yapılan ve yapımı devam eden bazı mega projelerden bahsedilecektir. Bu projelerin tercih edilme sebebi ise yapıldığı hizmet kolunda gündem olmuş, geçmişten bugüne hayali kurulmuş ve gerçekleşmemiş, toplumun ekserini ilgilendiren, ülkemizi birçok yönden etkileyen hizmetler olmasıdır.

Üçüncü bölümde ise konumuzun özünü teşkil eden KÖİ modeli kapsamında yapılan, yapılacak ve yapım aşamasında olan şehir hastaneleri projeleridir. Bu bölümde şehir hastanelerinin KÖİ uygulamalarıyla yapılmasının ülkemizdeki örnekleri incelenerek etkinliği ele alınmıştır. İncelemeler eski devlet hastaneleri ile karşılaştırmaları yapılarak bir sonuca varılmak istenmektedir. Yapılacak şehir hastanelerinin ülkeye ve millete maliyeti, uzun vadeli olmasıyla getirmiş olduğu mali yükümlülükler ve gelecekte yaratacağı mali kaygılar; halkın sağlık hizmeti ihtiyacını gidermedeki oluşturduğu etki, verilen hizmetin kamu çalışanı, özel sektör çalışanı ve vatandaşlar açısından memnuniyet düzeyi, verilen hizmetin temel gayesi, mevzuat yapısı, uygulama yöntemi bakımından detaylı bir biçimde literatürde yer alan çalışmalar derlenerek bir sonuca varılmaya çalışılmıştır. Neden özgül bir çalışma tercih edilmediği konusuna gelince, genel anlamda şehir hastanelerinin projelendirme yapıları aynı olduğundan bazı illerde özellikle büyük şehirlerde yapılan birçok ampirik çalışma aynı sonucu vereceği düşüncesi yatmaktadır.

BÖLÜM 1

KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİNE GENEL BİR BAKIŞ

Bu bölümde kamu özel işbirliği modelinin genel bir değerlendirmesi yapılarak tarihsel süreci, kavramsal ve hukuksal boyutları ile birlikte ele alınmış, dünyadaki ve Türkiye’deki uygulama sürecine değinilerek finans sağlama yöntemi, kamunun ihtiyacını gidermede başvurduğu yöntemler, avantajlı ve dezavantajlı yönleri ve KÖİ modeli ile yapılan hizmetler ele alınarak genel bir çerçeve çizilmiştir.

Sosyal refahı sağlamanın bir yolu olarak, sosyal devlete geçisin toplum açısından önemli görülmesi, zamanla sorumlulukları artan devletin hizmet sunumunda sosyal devlet ilkesi gerekçesine dayanarak devletin ekonomiye ve topluma geniş bir müdahale alanına ve araçlarına sahip olmasına imkân tanımıştır.

Dünyada sosyal devlet olmanın gereklerine yönelik özellikle 1950’li yıllardan sonra sosyal harcamaların artmasıyla birlikte uygulanan yanlış politikalar, gelecekteki kamu harcamalarının artışından kaynaklı ekonomik krizlerin temelini oluşturmuştur. Bu dönemde özellikle üretim yöntemlerinin değişmesi, ekonomilerin dışa açık hâle gelmesi ve belki de en önemlisi dünyada küreselleşmeyle birlikte sosyal harcamaların finansmanının nasıl sağlanacağı sorular sorulmaya başlamıştır. Artan borç stoklarının ülkelerde yarattığı krizler, kamu hizmetlerinin sunumunun yeniden gözden geçirilerek hizmet sunumunda çeşitli alternatiflerin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Çalışkan ve Çınar, 2018: 100-101).

Bu bakımdan kamu harcamalarının finansman boyutu ve kamusal yatırımlarda devletin yanında özel sektörün sisteme dâhil edilerek sorumlulukların ve risklerin paylaşılması ile özel sermayenin yatırıma dönüştürmesi fikri ile KÖİ modeli uygulanmaya başlamıştır.

Devlet anlayışında ortaya çıkan değişimlere bağlı olarak devletin ekonomik ve sosyal yaşama müdahalesi de değişmektedir. Nitekim Liberal anlayıştan sosyal devlet anlayışına geçilen süreçte devletin bu alanlara müdahale boyutunu da değiştirmiştir. Bu bağlamda devletin birçok görevi yerine getirme sorumluluğu kamu hizmetini de büyük ölçüde etkilemiştir (Demirbağ, 2007: 11).

Sosyal devlet anlayışında sağlık, eğitim gibi devletin asli görevlerinden olan kamusal hizmetler özel sektöre devredilmez ilkesinin KÖİ modeli uygulamalarında

mutlak bir kural olmadığı, nitekim ülkemizde KÖİ modeli kapsamında kamunun ana hizmetleri dışında yer alan hizmetlerin yapım işleri ile ticari alanlarının işletilmesi devirleri ile kısıtlı olmasına rağmen, dünyada KÖİ uygulamalarıyla kamunun ana hizmetini bünyesinde barındıran hizmetlerin piyasalaştığı görülebilmektedir (Yalçın, 2014: 3).

KÖİ modeline, İngiltere başta olmak üzere son 20 yılda dünyada ülkelerin birçoğunda kamu hizmetlerinin kaliteli, etkin ve hızlı sunulmak amacıyla özel sektör ile işbirliği yapılmaya gidilerek geçildiği bilinmektedir.

Kamu kesimi özel sektörün işletmenin yönetiminde bilgisi, becerileri ile tecrübelerinden en üst düzeyde yararlanarak, vatandaşlarına nitelikli ve kaliteli kamu hizmetini sunarak, sunulan kamu hizmetinin etkin ve verimli olması neticesinde kamu kaynaklarında oluşan tasarruflar ile kamunun bütçesini rahata kavuşturma düşüncesi kamu özel işbirliklerinin ana hedeflerinden birisidir (Sarcan, 2017: 6).

Dünyada yaşanan küreselleşme ile birlikte KÖİ modelinin uygulamasına olan ilgi günümüzde giderek daha da artmaktadır. Bu model kapsamında sunulacak hizmetlerde devlet hakimiyeti (otoritesi) git gide azalmaktadır.

KÖİ, kamu idaresi ile yüklenici (özel sektör) arasında uzun süreli (49 yıl gibi) sözleşmelere dayalı bir modeldir. Sözleşme süreleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bunun sebebi ise ülkelerin ekonomik yapısı ve politikaları gibi etkenler yatmaktadır.

KÖİ modelinin uygulandığı İngiltere’de sözleşmelerin 67 yılı kadar örneklerinin olduğu ve KÖİ projeleri idarenin, daha kapsamlı ve ayrıntılı ihale şartnamelerini hazırlamak, yapılacak sözleşmeleri yönetmek ve imzalamak gibi yeni görev alanlarından biri haline gelmiştir. KÖİ sözleşmeleri mevcut hizmet alım sözleşmeleri ile mukayese edildiğinde çok daha karmaşık, kapsamlı, uzun sürelidir. Bu nedenle KÖİ projeleri sözleşme yönetimi açısından çok daha önemlidir (Karasu, 2011: 245).

Kamu Özel İşbirliği modeli ile yapım işleri, mal ve hizmet teminine ait projeler, kamu ile özel sektör arasında imzalanan uzun vadeli sözleşmelerinde bütün olarak aynı sektörden sağlanabilir. Bu kapsamda sunulan kamusal hizmetin kontrol mekanizması daha da hızlı ve verimli çalışılabilmektedir.

Sunulan mal, hizmet veya yapım işinin bedelini tedarikçi firma doğrudan ilgili kamu kurumundan alacağı yapılan sözleşmelerde yer almaktadır. Yapım (hizmet)

imtiyazları, kamu idaresi tarafından ilgili sektöre, yapım işinin işletme hakkının devrini veya bu hakla beraber belirli bir ücret ödenmesini öngören sözleşmelerdir (Emek, 2009: 47).

KÖİ; devlet ile özel şirket ya da ortak girişim arasında kamu altyapı yatırımının gerçekleştirilmesi ve risklerin paylaşılması konusunda yapılan imtiyaz sözleşmesi olarak tanımlanabilir (Batırel, 2017: 3).

KÖİ uygulamaları kamuya ait bir altyapı ve hizmete ilişkin projelerin tasarımı, finansmanı, yapımı, işletilmesi veya mevcut altyapının yenilenmesi, kiralanması, geliştirilmesi, bakım ve onarımlarının yapılmasında risklerin paylaşıldığı, yatırım ve hizmet bedelinin kamu idaresi tarafınca özel sektöre uzun vadede ödendiği idare ile özel sektör arasında yapılan uzun süreli sözleşmelere dayanır (Kasapoğlu Turhan, 2011: 277).

Tek bir sözleşmeye bağlı olarak yatırım ve işletme projelerinin sadece bir özel sektör tarafından karşılandığı bir model olmasıyla birlikte; klasik tedarik yönteminde yapımdan kaynaklı risklerin özel sektöre, işletme ve talebe yönelik risklerin kamu kesimine yansıtıldığı bir durum mevcut iken bu modelde ise işletme risklerinin özel sektöre transfer edilmektedir (Emek, 2009: 12).

KÖİ modelinin ortaya çıkmasını etkileyen unsurlara değinecek olursak Türkiye Bilişim Derneği tarafından gerçekleştirilen bir platformda kamu ve özel sektörün tecrübeli oldukları alanlarda birbirlerinin sınırlarını ihşal etmemeyi istedikleri ve buna rağmen KÖİ modeli genellikle üç faktöre bağılı olarak kurulabileceğı dile getirilmiş ve nedenleri şu şekilde sıralamıştır (TBD, 2009: 8);

- ✓ Muhtemel kriz durumunda bu modelin gerektiğı ve söz konusu kriz, bir hizmetin verilememesinden kaynaklı ise gerek uzman personel, gerekse bilgi birikimi eksikliği bu modelin kurulmasını zorlayabilir veya elzem kılabilir.
- ✓ Kamu yöneticilerinin bu modelinin benimsenmesi konusundaki öncü rol almalarıdır. Bu durumda ortada bir krizin olmamasına rağmen yönetici, girişimci veya çalışanların kaynak israfına sebep olduğunu fark etmesiyle birlikte bu model bir çıkar yol olarak seçebileceğidir.
- ✓ Bu modelin benimsenme sürecini hızlandıran bir nedenin ortaya çıkmasıdır. Bu nedenlerin tetikleyici unsurları kamu ile özel sektörü yan yana getirebilmek için

araya giren uluslararası finans kuruluşları, ya da Avrupa Birliği projeleri gibi aktörler olarak sıralanmıştır.

Sıfırdan yeni bir yatırım yapılması ya da mevcut yatırımın özel sektöre işletilmesi neticesinde sözleşme gerçekleşir. Özel bir şirkete belli bir kamu yatırımının yapılması, finansmanı ve işletilmesi ve karşılığında hizmetin bir bedel karşılığı halka sunumu konusunda yapılan sözleşmeler bir tür özelleştirme yöntemi olarak nitelenebilecek sözleşmelerdir (Batirel, 2017: 3).

Risk düzeyi ve risk paylaşımının taraflar arasında üstlenmesine dayalı olarak, kamu hizmeti alım sürecinden özelleştirme uygulamasına kadar çeşitli faktörlerle özel sektörün kamu hizmeti ve altyapı yatırımlarına katılımın mümkün olduğuna dair pek çok yöntem bulunduğu bilinmektedir. Sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetleri sadece kamu gücü ile gerçekleştirilirken; KÖİ modeli ile kamu hizmetleri ve altyapı yatırımları özel sektörün katılımı sağlanarak kamu ve özel sektör arasında bir sözleşme ile gerçekleştirilir. Bu modelin bir özelleştirme modeli olmadığı gibi, salt bir kamu alımları yöntemi olarak da değerlendirilemez (Uz, 2007: 1165).

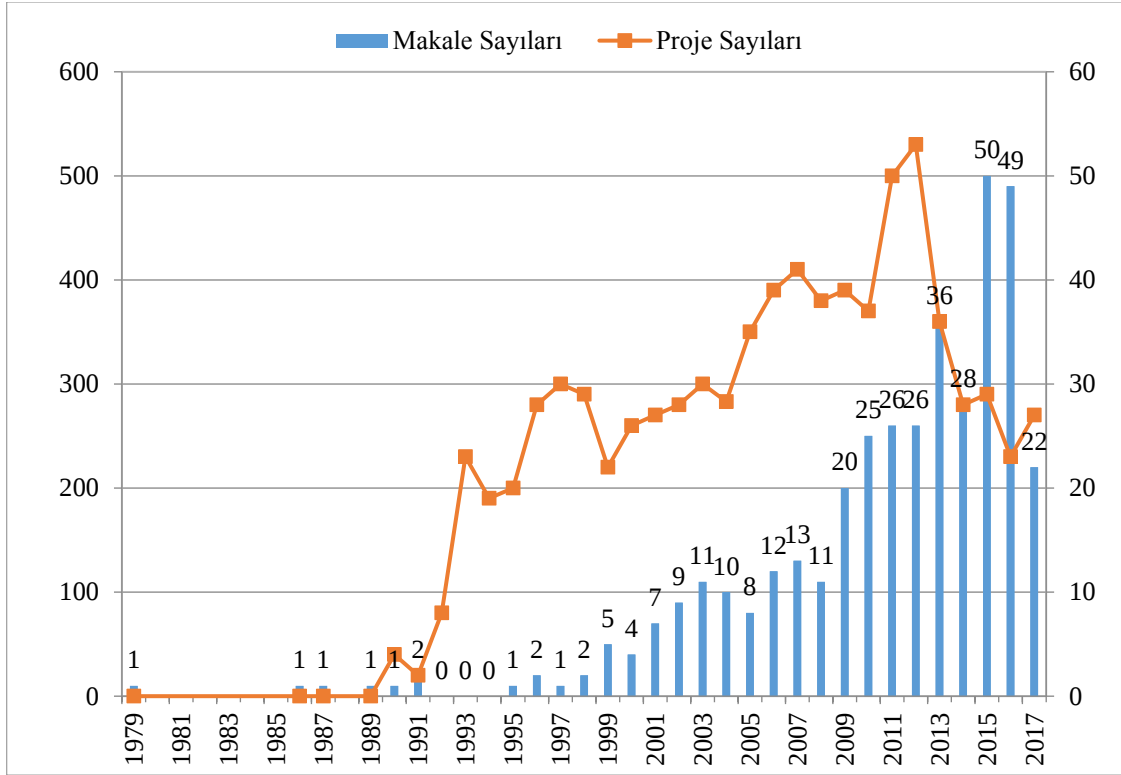
Ülkelere göre uygulanmasında farklılık gösteren KÖİ modelini ilk defa uygulayan ülkelerin daha önceden bu modeli uygulayan ülkelerin tecrübe ve deneyimlerinden yararlanmaları önem arz ettiği bilinmektedir. Ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından KÖİ modeline yönelik yapılmış ve yapılan çalışmalarda bu modelin güçlü-zayıf, avantajlı-dezavantajlı yönlerini ortaya çıkaracak şekilde kurgulanması ve KÖİ modeline ilişkin sorunlara farklı bir açıdan değinilmesi uygulamanın ilk safhasında yer alan ülkeler için riskli ve yanıltıcı durumlar ortaya çıkarmaktadır (Yalçın, 2014: 6).

Nitekim KÖİ modeli ile sunulan kamusal hizmetlerin kümülatif olarak özel sektör aracılığıyla yerine getirilmesi hedeflendiği yapılan açıklamalardan anlaşılmaktadır.

Yatırım projeleri ve yapılan hizmetlerin karşılanması bakımından dünyada ve Türkiye’de popülerlik kazanan KÖİ modeli birçok açıdan araştırma konusu olmuş ve bu kapsamda birçok akademik çalışma yapılmıştır.

Yapılan bilimsel çalışmalarda KÖİ modelinin uygulama projeleri arasındaki ilişkisi dünya bankası (DB) verilerine göre yıllar itibarıyla aşağıda gösterilmiştir.

Şekil 1.1: KÖİ'ye Yönelik Yıllara Göre Makale ve Proje Sayıları



Kaynak: The World Bank, Private Participation in Infrastructure Database, 25.08.2018

Yukardaki şekilde veriler incelendiğinde 1990'lardan önce KÖİ ile ilgili bilimsel araştırmaların başladığını ortaya koymaktadır. 2000'li yıllara kadar sınırlı sayıda makale olsa da bu yıllardan sonra bir artış yaşandığı dikkat çekmektedir. Genel anlamda bazı yıllarda azalışlar olsa da makale sayılarının sürekli bir artış eğiliminde olduğu görülmektedir.

1980'li yıllardan itibaren KÖİ sürecinin daha baskın düşüncesinin ortaya çıktığı, 2012 yılına kadar hem uygulanan sektörlerde hem de uygulanan proje sayısında artış yaşandığı dikkate alındığında, makale sayılarındaki artışın uygulamadaki artışla paralellik gösterdiği görülmektedir. Özellikle 2000-2003, 2005-2007 ve 2008-2013 yılları arasında 2012 yılı hariç olmak üzere makale sayılarında istikrarlı bir biçimde artış yaşandığı gözlemlenmiştir. Bunun yanında 2013 yılındaki önemli yükseliş istisna olarak kabul edilirse, 2010'dan 2014 yılına kadar olan dönemde makale sayılarında ciddi anlamda bir artışın yaşanmadığı görülmüştür.

KÖİ'nin 1990'lardan 2012 yılına kadar KÖİ'ye odaklanan makale sayıları ile KÖİ proje sayılarının genel olarak paralel bir artış yönelimi gösterdiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda iki değişken arasında doğru orantılı bir ilişki

görülmekle birlikte 2012 yılından itibaren makale sayılarındaki artış devam etmekle birlikte 2014 yılı hariç, dünya genelinde KÖİ proje sayılarında hızlı bir azalış yaşanmıştır. KÖİ proje sayısı 2012 yılında 614 olmasına rağmen, 2013'te 410'a, 2014'te 338'e ve 2016'da 280'e gerileyerek proje sayılarındaki azalışın başladığı 2012 yılından itibaren %100'den fazla bir azalış göstermiştir. Makale sayılarındaki büyük oranda artışın yaşandığı 2013, 2015 ve 2016 yıllarda KÖİ projelerindeki azalışlar dikkat çekicidir. KÖİ proje sayılarında 2017 yılında tekrar bir artış yaşandığı görülmektedir. 2012 yılından itibaren proje sayılarındaki düşüslere rağmen makale sayılarındaki artış, önceki yıllarda yoğun olarak gerçekleştirilen KÖİ uygulamalarının sonuçları üzerinde akademik çalışmaların artarak devam ettiğini göstermektedir.

Tablo 1.1: KÖİ'ye Yönelik Dönemler İtibari İle Yayımlanan Makale Sayısı

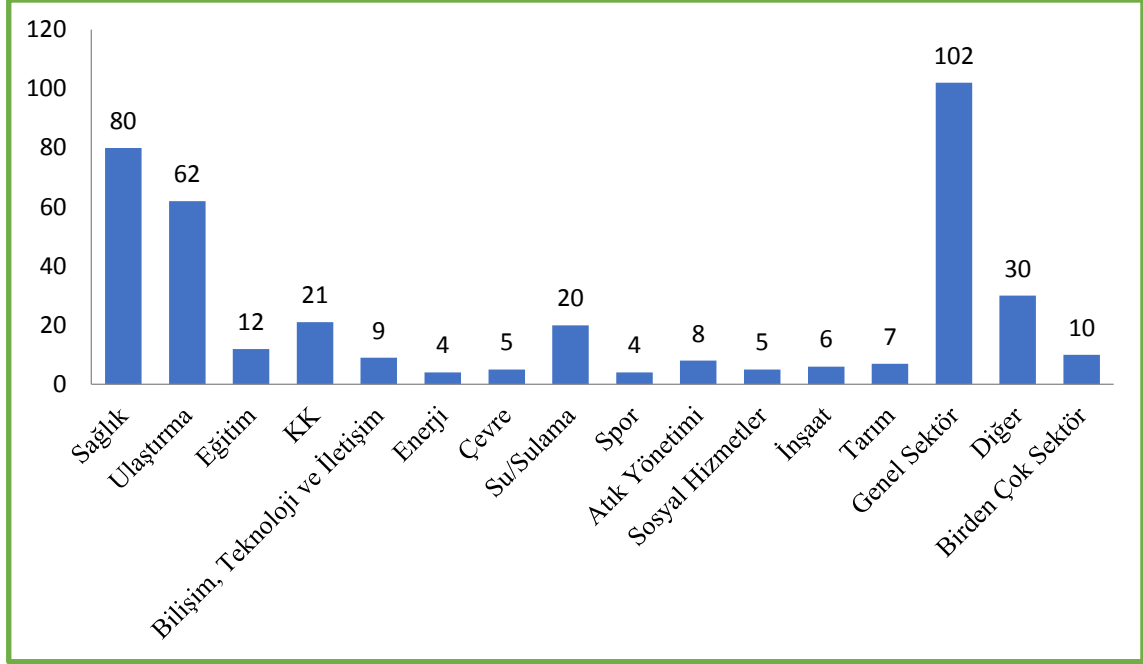
Yıllar	Dönem	KÖİ Süreci	Makale Sayısı (385)		
			Yıllık	Yayımlanan	
				Sayı	Oranı (%)
1979-2000	1. Dönem	KÖİ literatürü başlangıç dönemi	1	22	5,71
2001-2008	2. Denem	KÖİ gelişme ve çeşitlenme dönemi	10,13	81	21,04
2009-2017	3. Dönem	Olgunluk dönemi	31,33	282	73,25

Kaynak: (Uysal, 2018: 85; yazar tarafından oluşturulmuştur)

Yıllara düşen makale sayıları, araştırmaların nitelikleri, odaklanılan sektörler ve yazar sayıları gibi birçok kriter dikkate alınarak 1979 ile 2017 yıllarında KÖİ modeline dair eğilimleri karşılaştırmak adına Uysal tarafından (Uysal, 2018: 85) dönemsel ayırım yapılmış ve bu dönemlerde KÖİ sürecine yönelik değerlendirme tablosu yukarıdaki gösterilmektedir.

Öte yandan makalelerin Kamu Özel İşbirliği modeli uygulamalarında sektöre yönelik sayıları inceleme konusu edildiğinde aşağıdaki şekil 1.2'deki sonuçlar karşımıza çıkmaktadır.

Şekil 1.2: Sektöre Göre KÖİ Modelinde Uygulanan Makale Sayıları



Kaynak: (Uysal , 2018: 100)

KÖİ modelinde sektörel bazda yazılan makalelerin dağılımı incelendiğinde herhangi bir sektörü dikkate almayıp KÖİ modelinin genelini dikkate alan kısım dahil edilmezse, araştırma kapsamındaki toplam 385 makale sektöre göre oranlama yapılırsa %20,78 oranla sağlık sektörü en fazla odaklanılan sektör olduğu görülmektedir. Sağlık sektörünü %16,10 oran ile ulaştırma sektörü takip etmektedir.

Birleşik Krallık'ta KÖİ'nin sağlık ve ulaştırma sektörlerinde uygulanmaya başlanması ve günümüzde bu iki sektörün dünya genelinde en çok KÖİ'de uygulanan sektörlerden olması araştırmaların bu sektörlerle yoğunlaşması sonucunu doğurduğu söylenebilir. (Uysal , 2018: 101).

Netice itibarıyla KÖİ modelinin kamu hizmeti yatırım ve projelerinde yasal olarak yer almaya başladığından beri araştırma konusu olmuştur. Araştırmaların baskınlığı proje uygulamalarının yoğunlaştığı yıllara paralellik gösterdiğini görülmektedir.

1.1. HUKUKSAL YÖNDEN KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılabilir veya devredilebileceği Anayasanın 47. maddesinin son

fıkrasındaki hükmüne göre kanunla belirleneceği ifade edilmiştir. Buna göre kamu özel işbirliği çerçevesinde hangi hizmet alanlarında özel hukuk kişilerinden yararlanılabileceği de kanun ile düzenlenir. Dolayısıyla anayasaya göre, kamu hizmetlerinin özel hukuk kişilerine devredilebilmesi için sözleşme yapılabilmesinin ön koşulu gerekli olan yasal düzenlemenin yapılmasıdır (Gürkan, 2013: 15).

Piyasa dostu bir yaklaşımı benimsemesiyle uygulamalarında özel hukuk rejimine tâbi olma eğilimi ağır basan kamu özel işbirliği modelinin dikkat çekici yanı kamu hukukunun mevzuat çalışma alanını daraltmasıdır (Yalçın, 2014: 3).

Yasal düzenlemelerde genellikle, istenildiğinde sonradan doldurulmak üzere bazı noktaların bilinçli bir şekilde belirsiz bırakılması, boşluklara yer verilmesi yatırımcı şirketler açısından da yeterli ve sağlam olmamaktadır. Genel olarak kamu alımlarına ve KÖİ'ye ilişkin bir yasal düzenleme olmadan, sadece bir ek madde ve çok tartışmalı hükümlere sahip bir yönetmeliğe dayanarak gerçekleştirilen büyük sermaye yatırımlarında potansiyel bir çatışma alanı olduğu söylenebilir (Karasu, 2011:225-226).

Özel sektörün dahil edilerek yapılan bir çok proje uygulamaları aslında son 20 yılda gerçekleşmediği bilinmekle birlikte son yıllarda yoğun olarak kullanıldığı söylenebilir. Ayrıca takip eden alt başlıklarda bunun somut örneklerine kısaca değinilmiştir.

KÖİ modelinin uygulamalarına dair mevzuatı detaylı incelendiğinde aşağıdaki tablo 1.2 karşımıza çıkmaktadır. Bu tabloda KÖİ uygulamalarının hangi finansman modeli ile yapıldığı ve bu modellerin hangi mevzuata dayandığı ve mevzuat tarihi ile birlikte sunulmuştur.

Tablo 1.2: KÖİ Modellerine İlişki Mevzuat

Model	Yıl	Mevzuat
Yap İşlet Devret (YİD)	1994	Bazı Yatırım ve Hizmetlerin YİD Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında 3996 Sayılı Kanun
	2011	3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin YİD Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul Esaslarına İlişkin Karar
	1984	3096 Sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti İle Görevlendirilmesi Hakkına Kanun
	1988	3465 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	1993	3465 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü

Model	Yıl	Mevzuat
		Karayolu Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği
Yap Kırala Devret (YKD)	2013	6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun
	2011	652 Sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 23. Maddesi
	2012	Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik
	2010	351 Sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanununun 20. Maddesi
	2014	Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği
Yap İşlet (Yİ)	1997	4283 Sayılı Yap İşlet Modeli İle Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi İle Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun
	1997	Yap İşlet Modeli İle Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi İle Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik
İşletme Hakkı Devri (İHD)	1994	4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun
	1999	4458 Sayılı Gümrük Kanununun 218/A Maddesi (Gümrük Kapılarının İşletme Hakkının Devri)
	2005	5335 Sayılı Kanunun 33. Maddesi (Havaalanlarının İşletme Hakkının Devri)
İmtiyaz	1932	Menafii Umumiye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki 10 Haziran 1326 Tarihli Kanuna Bazı Maddelerin Tezyiline ve Bu Kanunun Bazı Maddelerinin İlgasına Dair Kanun
	1910	Menafii Umumiye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun
	1924	406 Sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu
	1943	4483 Sayılı İzmir Tramvay ve Elektrik Türk Anonim Şirketi İmtiyazıyla Tesisatının Satına Alınmasına Dair Mukavelenin Tasdiki ve Bu Müessesenin İşletilmesi Hakkında Kanun
	2000	4501 Sayılı Kamu Hizmetleri İle İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkelere Dair Kanun
KÖİ Borç ve Mali Konusu	2002	Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun

Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2017, 2018: 23; Kalkınma Bakanlığı, Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı, 2015)

1.2. KAVRAMSAL VE TARİHSEL AÇIDAN KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

İngiltere başta olmak üzere birçok ülkede 1980’li yıllarından bu yana özel sektörün rolü kamu yatırımlarında giderek artmış ve buna bağlı olarak kamu harcamalarında kısıtlamalara gidilerek, kamu kesiminin bu alandaki rolü azaldığı görülmüştür.

Dünya ülkeleri arasında ticarete yaşanan sermaye hareketleri ile birlikte KÖİ modeli yatırımlarda daha erken kullanılmaya başlanmıştır. Modelin giderek genişleyen uygulama sahası ile birlikte yukarıda bahsedilen birçok finansman modelle uygulanmıştır. Bu tedarik biçimlerine finans sağlama başlığı altında detaylı bir şekilde değinilecektir.

Sektöre göre uygulama sözleşmelerinin dağılımı incelendiğinde, enerjinin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye’de karayolu, liman, havaalanı ve yat limanı projelerinin sayısı enerji sektörüne kıyasla daha az olmakla birlikte, bu sektörler de KÖİ tecrübesine sahip diğer alanlar karşımıza çıkmaktadır. Kamu hizmetlerin daha modern koşullarda sunulmasının amaçlandığı sağlık sektöründe entegre kampüs inşası Türkiye’de son dönemde Kamu Özel İşbirliği’nin en yoğun kullanıldığı alanlardan biri haline gelmiştir (Yalçın, 2014: 9).

Bu modelin uygulamaları eski Roma dönemine kadar dayandığına dair 16-17. yüz yıllarda Fransa’da nehir kanalları için gerçekleştirdiği imtiyaz yöntemi, 19. y.y. sonlarına doğru yerel ve kamu hizmetlerine ilişkin özellikle hız kazanarak, 1992’de İngiltere’de başlayan fakat 1997’den sonra uygulama sahası bulan özel finans girişimi yöntemi bir KÖİ modelinden başka bir şey ifade etmediğidir (Uz, 2007: 1169).

Başlangıç itibariyle KÖİ modeli, devletlerin altyapı yatırımlarının karşılanması için ihtiyaç duyduğu finansmanı sağlamak üzere başvurdıkları bir yol olarak ön görülürken, günümüzde özel sektörün işletmecilik becerilerinden yararlanmayı düşündüğü, kamunun ise yatırımların koordinasyonu, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlara yönelmenin sağlanacağı bir model olarak kabul edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 7).

Yine aynı şekilde Emek bu duruma şöyle bir açıklık getirmiş ((Emek, 2009: 7); Altyapı yatırımlarının üst teknoloji ve yüksek miktarda sermaye gerektirmesi itibariyle var olan bütçe imkânlarının yetersizliği ve devletin ekonomideki rolünün değişmesi bu sürece hız kazandırdığını ve KÖİ modelinde özel sektörün kamu hizmetlerine

katılımından gerçek anlamda fayda sağlayabilmek için, özel sektörün saydamlık, eşitlik ve orantılı ilkelerine dayalı rekabetçi bir ihale sürecinde seçilmesi gerektiğini vurgulamış.

Kamu özel işbirliğinde, devletin ve özel sektörün çıkarlarının iç içe geçtiği karmaşık ve uzun vadeli sözleşmelerle şekillenen işbirlikleridir. Bu işbirliğinin arkasında her iki tarafın da kendi faaliyetlerini sermaye birikimini artırmaya dönük olarak koordine etme amacı yatmaktadır (Özgüven, 2009: 49).

Bu bakımdan KÖİ modelinin önemi artmakta ve incelenmesi önem teşkil etmektedir.

KÖİ adı altında genişleyen ve aynı zamanda karmaşıklaşan işbirliği ilişkileri özellikle gelişmiş kapital dünyada aşırı birikime bağlı olarak değersizleşme ve itibarsızlaşma sorunu yaşayan sermaye kuruluşları, uluslararası finans kurumları ve bankalar bakımından özel önem taşımakta olduğu ve bu modelin özellikle son yirmi yıldır sermayenin doğrudan büyük ölçekli altyapı projelerine yönelik yaygınlık kazanmasında etkin rol oynamasını Özgüven şu kriterlerle açıklamaktadır (Özgüven, 2009: 49).

- ✓ Sermaye bakımından kamu hizmetleri ve altyapı yatırımları bir yandan yüksek riskleri taşıırken bir yandan da en büyük kâr alanlarını oluşturacağı düşünülmektedir.
- ✓ Kapital dünya koşullarında sermayenin yeni stratejileri, bu alanlardaki risklerin kamulaştırmaya yönelik uygulamalar çerçevesinde biçimlenerek; sermaye için kamu hizmeti niteliği kazanmış bir faaliyetin ayrıcalıklarından yararlanmak öncelikli hale gelmektedir.
- ✓ Kamu özel işbirliği modelleri sermaye taleplerinin gerçekleştirmelerine aracılık etmektedir.
- ✓ Nitekim devletin bazı mal ve hizmet üretimi alanında, belirli kaynaklardan ayrıcalıklı yararlanma, piyasada oluşabilecek risklerine karşılık devletin özel sektöre uzun süreliğine alım güvencesi vermesi, risklerin paylaşılması sağlanmaktadır.
- ✓ Mal ve hizmetlerin maksimum kârı sağlayacak biçimde, emeğin denetlenmesi, emek ücretinin sabitlenmesi gibi önlemlerin tümüne esas teşkil edecek sermaye birikiminin genişletilmesi açısından oldukça önem arz etmektedir.

Tüm bunların yanında model farklı açılardan ele alındığında çözüme kavuşturulması gereken birçok unsuru barındırmaktadır.

KÖİ modelinin tanımı, çerçevesi, kapsamı, sınırları ve eksiklikleri gibi birçok yönden tartışma konusu olmuşken, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu modele olan ilginin günden güne arttığı da yadsınamaz bir gerçektir. Dünya genelinde her geçen yıl uygulanan proje sayısı artış kaydetmekte, yenilikçi çalışmalar sayesinde proje uygulama alanları ve sektörlerinde farklılıklar görülmektedir. Bu modelin tercih edilme oranı arttıkça, modele ilişkin gelişmeler ve çeşitlenmeler de artış göstermektedir (Kalkınma Bakanlığı, Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu, 2019: 7).

1.2.1. Kamu Özel İşbirliği Tanımı

KÖİ modeli; altyapı projelerinin veya bir kamusal hizmetin gerçekleştirilmesi için kamu kesimi ve özel sektörün elbirliği ile projenin tasarımı, finansmanı, yapım ve işletilmesi ile beraber mevcut yatırımın yenilenmesi, kiralanması, bakım ve onarımının yapılarak işletilmesine kadar yapılan sözleşmede özel sektörün de katılımı sağlanarak maliyet ve risklerin kamu ve özel sektör arasında dağıtıldığı bir oluşum olarak tanımlanabilir (Akıllı, 2013: 96).

Alican KÖİ modelini; “devletin bir veya daha fazla özel sektör ortaklığı (yüklenici ve finansörler) arasında yapılan, özel sektörün kar amacı ve kamu sektörünün kamu yararı amaçlarının dengelendiği, belirli düzeyde risk devrine dayanan ve böylece, kamu hizmetlerinin her iki tarafın beklentilerinin karşılandığı bir şekilde sunulan sözleşme” olarak tanımlanmaktadır (Aktaran Alican, 2008: 27-28).

Kalkınma Bakanlığı KÖİ modelini genel olarak (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 6); *“Bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesini”* şeklinde ifade etmektedir.

Onuncu kalkınma planı çalıştay komisyonunda ilk gündeme gelen konulardan biri olarak karşımıza çıkar KÖİ modelinin tanımı. Nitekim bu komisyonda, uluslararası alanda kullanılan ve İngilizce karşılığı (Public Private Partnership) olarak ifade edilen Kamu Özel İşbirliği kavramının “ortaklık” olarak ifade edilmesi yerine “işbirliği” olarak ifade edilmesinin kavramın gerçek anlamını yansıtmadığı konusundaki görüşlere açıklık getirilmiştir. Bu bağlamda KÖİ teriminin asli unsuru olarak kabul edilen ve İngilizce’de ‘partnership’ ‘ortaklık’ kavramı dikkat çekilmiştir. Bu kavramın

kullanılmasının uygun görülmesindeki sebepler ise şöyle açıklanmış (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 6);

- ✓ Projelerin uzun vadeli sözleşmelere dayalı olmasından kaynaklı olarak önemli sermaye ve kredi yatırımlar miktarları gerekli olduğundan özel sektör tarafının bilinçli bir şekilde gerçek ve eşit ortak olarak benimsenmiş.
- ✓ 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında, KÖİ modelinin mantığının devletin kendine ait bütçesinden ödemiş olduğu doğrudan alım yönteminden farklılık arz etmesi gerektiği uzun vadeli sözleşmelerde karşı taraf olan özel sektör girişimcisinin (yüklenici) tanımından farklı olduğu ve geniş vadede kamusal hizmetin etkin bir biçimde sunma zorunluluğu bulunan (gerçek bir ortak) olarak görülmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Bu sebeplerden dolayı ‘ortaklık’ yerine kullanılan ‘işbirliği’ ifadesinin temel anlayış biçimini zayıflattığı, kamu otoritesi yanında özel sektörü işbirliğine zorlayan bir ifade olduğu belirtilmiştir. Ortaklık ifadesinin temelinde özel teşebbüslerin en yüksek karlılığın amaç edindiği düşüncesinin yattığı, KÖİ modeli kapsamında ticari ortaklığın olmadığı kamunun riskleri ve mali kaynakları üstlenerek kaliteyi artırma anlayışına ters olduğundan ‘işbirliği’ ifadesinin ‘ortaklık’ ifadesinden daha geniş bir kavram olduğu her tür KÖİ modeline daha yatkın olduğu, kamunun yürütülen hizmetin eksiksiz ve tam olmasından sorumlu taraf olması bazı üstünlük ve ayrıcalıklara sahip olması gerektiği ifade edilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 6-7).

Nitekim ülkemizde olduğu gibi bu modelin uygulama alanı bulduğu ülkelerde tartışılan boyutları mevcut olduğu bilinmekle birlikte yasal ve kavramsal düzenlemeler yapılmaktadır.

Netice itibarı ile Kalkınma Bakanlığı Çalıştay Raporunda (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 53) uzun vadeli (20-30 yıl) sözleşme ilişkisini kapsayan ‘Ortaklık’ ifadesinin KÖİ modelinde kamu, özel sektör ve finansörleri gibi modelin bütün taraflarının birbirine karşı üstünlüğü olmayıp, ilişkilerinde denklik bulunması gerektiği anlayışının vurguladığı, hâlbuki KÖİ modelinde ticari bir ortaklığın olmadığı, amacı kar olan özel sektörle, kamu hizmeti kavramı gereği belirli mali destekleri ve riskleri üstlenerek fiyatı düşürüp kaliteyi artırmaya çalışan kamu ile özel sektörün çıkarlarının çeliştiği, bu nedenle ortaklık ifadesi yerine işbirliği ifadesinin kullanılması gerektiği de belirtilmektedir.

1.2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Tarihi Süreci

Hiç kuşkusuz üretim araçlarında yaşanan gelişmelerle birlikte emeğin örgütlenmesinde oluşan yeni teknik süreç ile niteliğinin değişmesi, sermaye birikiminin artmasıyla birlikte piyasada sermaye yaratıcılığının zayıf düşmesi gibi oluşumlar kamu hizmetlerinin karşılanmasında ve piyasa aktörleri açısından yeni ilişkileri olanaklı kılmaktadır (Karahanoğulları, 2011: 180).

Özel sektör aracılığıyla gördürülen kamu hizmetlerinin yeni olmadığı Romalılar tarafından milattan sonra uygulandığı bilinmektedir. Kamunun ortak ihtiyaç hizmetleri olan liman, pazar ve hamam gibi kamusal hizmetler Roma döneminde devlet ile özel hukuk kişileri arasında yapılan imtiyaz anlaşmaları ile yürütülmüştür (Atasoy, 2011: 89).

KÖİ modelinin tarihi geçmişi yaklaşık 1700'li yıllara kadar dayandığına ve uygulamalarında gerçekleşen dünya savaşlarının yaratmış olduğu ekonomik sıkıntıların etkisi ile aksamaların olduğu ancak; bu modelin 1980'li yıllarda tekrardan önem kazandığından söz etmek mümkün olabilmektedir (Çekirge, 2006: 5).

KÖİ modelinde kamusal hizmetin üretimi ve sunumunda Anglo-sakson ülkelerinde esas olarak işletmeye benzerlik gösteren 'Yeni Kamu İşletmeciliği' çerçevesinde geliştirilerek uluslararası finans aktörleri aracılığıyla yaygınlık kazanmıştır (Yalçın, 2014: 31).

Türkiye'deki ilk Kamu Özel İşbirliği uygulaması 1875 tarihli Karaköy Tüneli olarak ifade edilmektedir. Bununla birlikte, 1986 yılında enerji projeleriyle birlikte Kamu Özel İşbirliği modellerinin yatırımlarda kullanılmaya başlandığı söylenebilir (Yalçın, 2014: 200).

Türkiye'de KÖİ modeline dayalı ilk yasal düzenleme 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu'na Ek 7'nci maddenin eklenmesi ile gerçekleştirildiği ve madde kapsamında yapılacak yatırımların klasik ihale yöntemlerinden olan 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanunundan bağımsız olarak esas alınacağı hüküm altına alınmıştır.

Neoliberalizmin yapısal reformların bir parçası olarak kabul edilen KÖİ yönteminin temelleri ve gelişimi 1980'li yıllardan başlayarak incelenmiştir (Yalçın, 2014: 132).

1.2.2.1. Dünyada Kamu Özel İşbirliği

Avrupa’da başta İngiltere olmak üzere, İrlanda, Portekiz, İspanya, İtalya ve Hollanda gibi ülkelerinde ve Avustralya, Japonya, Kanada, Arjantin, Güney Amerika gibi dünyanın birçok ülkesinde ulaşım, eğitim ve sağlık alanlarında KÖİ modeline başvurulduğu görülmektedir (Yalçın, 2014: 120).

1990-2017 yılları arasında Latin ve orta Amerika ülkelerinde imzalanan KÖİ sözleşmeleri 651 milyar dolar toplamda KÖİ sözleşmelerinin %37’sini oluşturmaktadır. Doğu Asya ülkelerinde 409 milyar dolarla bu oranın % 23’nü oluşturmaktadır. Güney Asya ülkelerinde 291 milyar dolarla KÖİ sözleşmeleri gerçekleşirken Ülkemizin içinde bulunduğu Avrupa ve Orta Asya denilen bölgede 27 yılda toplam tutar 260 milyar dolardır bu da toplamın %15’ine isabet eder (Pala, 2018: 61).

İngiltere’deki KÖİ’nin ortaya çıkışını Uz şöyle ifade etmektedir; İngiltere’de 1990’larda kamu yatırımlarını gerçekleştirmek için yeterli kamu fonlarının olmaması hükümeti yeni finansal teknik arayışına zorlamış ve çözüm olarak özel sektörün canlandırılması önerilmiştir. Özel Finansman Modeli, gündeme gelmiş ve bu statünün işlerlik kazanmasıyla kamu kurumları mülkiyet ve işletici konumundan, mal üretimi ve hizmet sunumunu özel sektöre yaptıran hatta ondan satın alan konumuna geçirmiştir. Bu yöntemle de, klasik tedarik yöntemlerinin devlete yük olan yüksek tutarda ve süre aşımli yatırımların olumsuz yanlarının yok edilmesi hedeflendiği ve ayrıca risklerin optimum paylaşımıyla etkinlik elde edildiği ve düşük maliyet sağlandığının tespit edilmesi bu projelerin olumlu yanını göstermiştir. Bu sonuçlar doğal olarak makro ekonomiyi canlandırmış ve özel sektörü çekici kılmıştır (Uz, 2007: 1174).

KÖİ projelerinin sürekli yaygınlık kazandığı günümüz dünyasındaki durumunu Güzelsarı şu şekilde aktarmaktadır (Aktaran Güzelsarı, 2009: 51);

- ✓ Toplam kamu yatırımları içinde sadece %4 gibi bir oranla yer işgal etmekte olduğu, bu modelin en yaygın uygulandığı ülkelerden biri olan İngiltere’de 1996 yılından bu yana özel finansman girişimi adı altında kamu sektörü yatırımlarının yaklaşık %10-15’i oranında kullanılmakta olduğu ve İngiltere’de bu projelerinin çoğu eğitim, sağlık ve yerel yönetim hizmet alanlarındadır.
- ✓ KÖİ modeli proje değerlerinin özellikle 2004 yılından itibaren diğer avrupa ülkelerinde de hızlı bir şekilde arttığı 2006 yılının sonlarında ise toplam 31,6

milyar Euro değerine ulaşan projeler imzalanmıştır. Kısa süre zarfında ulaşılan bu değer KÖİ alanındaki büyümeyi göstermektedir.

- ✓ İhale sürecinde olan KÖİ projelerinin toplam değeri 2007 yılı başlangıcında 67,6 milyar Euro'ya ulaştığı,
- ✓ İtalya KÖİ projelerin en büyük pazar alanı oluşturmakla birlikte ilk sırada yer aldığı, bu ülkenin ulaştırma projelerine 21,3 milyar Euro, su projelerine 2,6 milyar Euro ve hastane projelerine 2,0 milyar Euro değerinde ödenek ayrılmış olduğu görülmektedir.
- ✓ İlatya'yı Almanya (9,5 milyar Euro) ve Yunanistan (6,3 milyar Euro) izlemekte olduğu grülmektedir.
- ✓ Avrupa ülkelerinin genelinde tamamlanan KÖİ projelerin %82'si ulaştırma altyapı hizmetlerinde, %4'ü savunma, %4'ü sağlık, %3'ü spor ve eğlence, %2'si eğitim, %2'si katı atık ve su hizmetleri alanındadır.

Küresel ölçekte Dünyada uygulanan KÖİ projelerinin sayısı ve yatırım tutarları incelendiğinde, proje sayısı bakımından 2.997 proje ile elektrik ilk sırada yer alırken, onu sırasıyla karayolu, haberleşme sektörleri izlemekte ve 130 proje ile demiryolu son sırada bulunmaktadır. Yatırım tutarları bakımından yaklaşık 738 milyar ABD Dolar yatırım tutarı ile elektrik ilk sırada olurken, onu 112 milyar ABD Doları demiryolu izlemekte ve doğalgaz sektörü 62 milyar ABD Doları yatırım ile son sırada almaktadır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 4-6).

Gelişmekte olan ülkelerde 1990-2017 yılları aralığında 385 milyar dolar tutarla Brezilya KÖİ sözleşmelerinde ilk sırada onu takip eden Hindistanda 253 milyar dolarla ikinci sırada ve Çin 163 milyar dolarla üçüncü sırayı almıştır. Türkiye ise bu dönem aralıklarında 136 milyar dolar KÖİ sözleşme tutarıyla büyük yatırımı yapan dördüncü ülke olarak dikkat çekmektedir (Pala, 2018: 61-62).

Son yıllarda yatırımı sona eren KÖİ projelerin avrupa ülkelerinde en çok yatırım yapılan sektörleri arasında ulaştırma, sağlık ve eğitim sektörleri olduğu görülmektedir (Tasav, 2017: 2).

Avrupa Birliği ülkelerinde yatırım tutarı bakımından ulaşım sektörü 7 milyon Avro ile ilk sırada bulunmaktadır. Bu sektörü sırasıyla 3 milyon Avro ile haberleşme, 2 milyon Avro ile çevre, 1.952 milyon Avro ile eğitim ve 1.828 milyon Avro ile sağlık sektörü takip etmektedir (EPEC, 2018: 3).

Öte yandan 2018 yılında finansal kapanışı gerçekleştirilen 39 KÖİ projeden finansal kapanış tutarı 500 milyon Avro üzerinde olan sekiz projeye bakıldığında tablo 1.3 veriler karşımıza çıkmaktadır;

Tablo 1.3: 2018 Yılında Finansal Kapanışı 500 Milyon Avro Üzeri KÖİ Projeleri

Ülke	Proje Adı	Yatırım Tutarı
Türkiye	Çanakkale Köprüsü	3,1 milyar Avro
Türkiye	Ankara-Niğde Otoyolu	1,2 milyar Avro
Türkiye	Bilkent Laboratuvarı	711 milyon Avro
Hollanda	Blankenburg Tüneli	1 milyar Avr
Hollanda	A16 Rotterdam Otoyolu	930 milyon Avro
Hollanda	Afsluitdijk Barajı	810 milyon Avro
Almanya	A10/A24Neuruppin-Pankow Yolu	652 milyon Avro
Fransa	Gironde Genişbant Ağı	1,2 milyar Avro

Kaynak: (EPEC, 2018: 9)

1.2.2.2. Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği

Dünyanın çeşitli ülkeleri başta olmak üzere artık Türkiye’de de enerji, her türlü ulaştırma, sağlık ve güvenlik alanlarında pek çok yatırım projesi Kamu Özel İşbirliği modeli kapsamında hayata geçmektedir.

KÖİ yöntemi ile yatırımların daha kısa sürede ve daha çabuk bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak üzere 1980’li yılından günümüze kadar uygulanmakta olan model olmakla birlikte bu yöntem gerek yatırım tutarında gerekse projelendirme sayısında giderek bir artış göstermektedir. Günümüzde özellikle sağlık ve ulaştırma alanlarında yoğun olarak kullanıldığı ve giderek farklı alanlarda örneğin; kentsek altyapı projelerinde de kullanma alanına sahip olacağı bir modeldir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 56).

Dünyanın ilk on ekonomisi arasında yer alma amacı güden Türkiye’de ulaştırma, sağlık, enerji ve sulama sektörlerindeki altyapı projeleri ile kamu yatırımlarının büyük bir kesimini karşılamak için son yıllarda alternatif finansman modeli arayışı olarak KÖİ modeli sıkça kullanılmaya başlanmıştır (Yalçın, 2014: 199).

1986 yılından beri Türkiye’de, KÖİ yatırımları çeşitli sektörlerin mevzuat yapısına uygun olarak YİD, YKD, Yİ ve İHD gibi finansal modellerle gerçekleştirilmiş ve bu modele dair 1986-2016 yılları arasında toplamda 211 proje ve 122 milyar dolarlık sözleşme bedeli bulunmakta iken 2018 yılı sonunda proje sayısının 242’ye ulaştığı ve

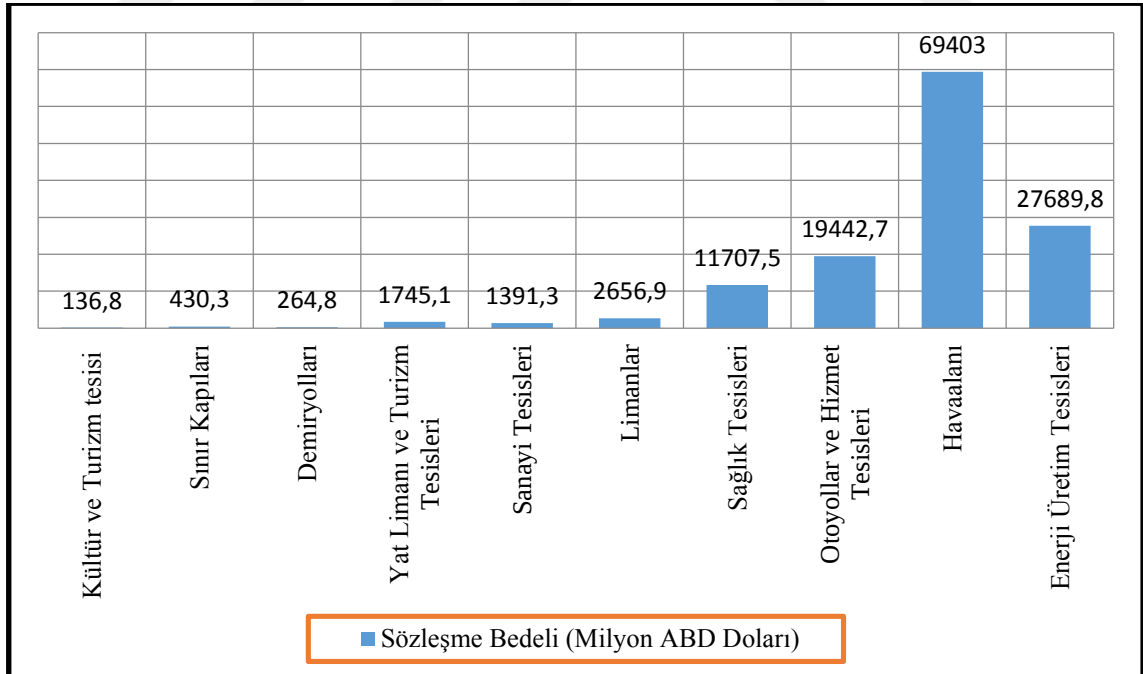
yatırım tutarının da 63,8 milyar dolara ulaşmıştır (Alagöz ve Yokuş, 2017: 119; Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 22).

2016 yılından 2018 sonuna kadar; toplam 242 KÖİ yatırım projesi uygulamaya konulmuştur. Bu projelerin toplam sözleşme değeri yaklaşık olarak 140 milyar ABD Dolarıdır.

Türkiye’de özellikle şehir hastaneleri ile birlikte adından sıkça bahsedilen KÖİ modeli uygulamaları, devlet hazinesine kayıtlı olup sağlık tesisi yatırımı için elverişli olan taşınmazların ilgili bakanlık namına tahsisin gerçekleştirilerek yatırım finansmanının tamamı özel sektör tarafından karşılanarak bir sağlık tesisi yapılması ve bu tesisin belli bir yıla kadar Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli imtiyazlarla kiralanması gibi gerçekleşir (Aydın, 2017: 14).

KÖİ modeli ile uygulama sözleşmeleri imzalanan 225 projenin toplam sözleşme değerlerine ait veriler aşağıdaki şekil 1.3’te milyon ABD doları olarak Kalkınma Bakanlığı kaynaklarında yer alan tutarları belirtilmiştir.

Şekil 1.3: KÖİ Uygulama Sözleşmelerinin 1986-2017 Yılları Arasındaki Sektörel Olarak Sözleşme Değerleri



Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2017, 2018: 27)

Tabloda görüldüğü gibi yatırım tutarının büyük payı başta havaalanları olmak üzere enerji sektörü, otoyollar ve hizmetleri ile sağlık sektörü arasında olduğu

görülmektedir. Son yıllarda bu sektörlere yapılan yatırım miktarlarıyla uyumluluk göstermektedir.

Türkiye’de 2014 ile 2018 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projelerinin toplam yatırım tutarları 22,76 milyar Avro ile KÖİ modelleri kapsamında yapılan projelerin yatırım tutarı bakımından Avrupa ülkeleri sıralamasında ilk sırada yer almaktadır. Türkiye’yi 15,08 milyar Avro ile Birleşik Krallık, 10,68 milyar Avro ile Fransa, 6,42 milyar Avro ile Hollanda, 4,37 milyar Avro ile Almanya, 4,22 milyar Avro İtalya, 2,33 milyar Avro ile Belçika, 1,26 milyar Avro ile İspanya gibi ülkeler takip etmektedir (EPEC, 2018: 6).

1.3. FİNANS SAĞLAMA BOYUTUYLA KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Daha önceki konularda KÖİ modelinin finans sağlama aracı olarak modellerin dayanaklarını oluşturan mevzuatlardan bahsetmiştik.

Yapılan yatırım projeleri finansman sağlamadaki asıl amaç (Teker, Teker ve Çimen , 2013: 119) finans ihtiyacı duyulan bir proje için; uygun finansman modeli seçilerek yapılan projenin yeni teknolojilere açık, kısa sürede faaliyete geçmesinin sağlanarak yüksek katma değer elde etmektir.

Yapılan projelerin finansman modelleri olarak devlet tekeli ve özelleştirme ilk akla gelmekte iken günümüz dünyasında ise KÖİ modeli geliştirilmiştir. Bu model kapsamında yapılan sözleşmelerde kamunun proje yatırımı için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlandığı ve özel sektörün de bu hizmet karşılığında elde edeceği kira geliri ile karlı çıkacağı düşüncesi yatmaktadır (Tunç ve Özşaraç, 2015: 3).

Bir kamu hizmetinin karşılanması için başvuru yöntemleri aşağıdaki tablo 1.3’te verilmiştir.

Tablo 1.3: Türkiye’de Kamu Hizmetini Karşılama Yöntemleri

Geleneksel Kamu Alımları	Kamu Özel İşbirlikleri	Özel Piyasa Faaliyetleri
Kamu kaynaklarıyla, kamu kurumlarının mal, hizmet ve yapım işleri alımları dair 4734 sayılı Kanun ile bu Kanundan muaf tutulan kamu kurumlarının özel düzenlemeleri.	A-İmtiyazlara ilişkin düzenlemeler 1-1910 tarihli imtiyaz sözleşmelerinin genel özelliklerini düzenleyen kanun 5302 ve 5393 ile 406 ve 2813 sayılı Kanunlar B-İmtiyaz sözleşmelerinin	1-Kamu kuruluşlarının özelleştirilmesi dair 4046 ve 6762 sayılı Kanunlar 2-Türk Ticaret Kanunu (6762 sayılı Kanun) 3-Düzenleyici kanunlar (Örnek olarak; Bankacılık, Enerji, Telekomünikasyon

Geleneksel Kamu Alımları	Kamu Özel İşbirlikleri	Özel Piyasa Faaliyetleri
	unsurlarını içeren kanuni düzenlemeler: 1-Yap İşlet 2-Yap İşlet 3-Yap Kirala 4-İşletme Hakkı Devri C) Kurumsal Kamu-Özel İşbirlikleri 1-Bağlı ortaklıklar ve İştirakler (233 sayılı KHK) 2-Mahalli idarelerin Türk Ticaret Kanununa tâbi ortaklıkları (5393 ve 5302 sayılı Kanunlar)	

Kaynak: (Emek, 2009: 31)

Kamu hizmetinin yenilenmesi ve güçlendirilmesi için özel sektörün sadece finans sağlama boyutu ile değil, aynı zamanda tecrübe ve teknolojisinin kamu hizmetlerinin görülmesine dahil olması önerilmiştir. Bu özel finansman girişimi kamu borçlarında artışa yol açmadan kamu yatırımlarının artırılması amacıyla özel sektörle birlikte tasarruf önlemlerinin daha iyi hale getirileceği ve dolayısıyla tasarrufları arttıracığı iddia edilmektedir (Yalçın, 2014: 93).

Teker ve diğerleri bu duruma şöyle açıklık getirmişler; bir proje için sağlanacak finansmanın borçlanması düşük faiz oranında olması, proje nakit akışı ile geri ödemelerin uyumluluk göstermesi, verilen kredi vadesi ile proje süresi ile uyumluluk sağlanması, proje performansına göre diğer kredilendirme koşullarının belirlenmesi, öz sermaye kullanımının yapılacak yatırımın riskini karşılayacak durumda olması ve maliyetleri minimum seviyeye çekecek öz sermaye ve borç ilişkisinin var olmasıdır (Teker, Teker ve Çimen , 2013: 119).

1.3.1. Yap İşlet Devret

Kamunun arazisi üzerinde tesis ve yapı inşa hakkının özel sektöre verilmekte olup, oluşan risklerde kamu ile özel sektör arasında paylaşılmaktadır. Özel sektör belirlenen sürede tesisi işletmekle birlikte bakım ve onarımını da yapmakta, nihayetinde tesisin kamuya devirlerinin yapıldığı bir modeldir. Bu model kapsamında otoyol, havaalanı, liman, köprü, tünel, tabiat parkı ve toptancı haline kadar birçok farklı alanda uygulandığı bilinmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 22).

Belirli bir getirisi olan bir projenin, bir sermaye şirketi tarafından finanse edilerek yaptırılması, bir süreliğine işletilmesi suretiyle yatırımcının yatırımını finansal açıdan karşılmasına olanak tanınması ve sürenin sonunda projenin asıl sahibine devredilmesi yöntemidir(Çal, 2008:150).

Belirlenen sürede bir yatırım veya hizmetin projelendirilmesi, işletilmesi ve finansmanının sağlanmasından finansör şirket sorumludur. Şirketin yapılan sözleşmeler için mevzuatta öne sürülen sorumlulukları yerine getirmemesinden kaynaklı olarak kamunun uğrayacağı zararın tazminine ilişkin hükümlere yer verilirken aynı zamanda Ek fıkra: 9/5/2008-5762/5 maddesi ile kamu idaresince yapılacak ödemelerde oluşan gecikmelerde gecikme faizinin uygulanacağı sözleşme hükümlerine de yer verilebilir (Kalkınma Bakanlığı, 2015: 6).

Ayrıca YİD modelinin uygulandığı yatırım projesinin içerdiği risklerin yatırım için harcanan sermayenin geri dönüşünü nasıl etkileyeceği hususu gerek yatırımcılar gerekse yatırımcılara kaynak sağlayan kredi kurumları açısından önemlidir. Bu nedenle projeye dahil olan taraflarca bütün riskler hassasiyetle tanımlanmaya çalışılır ve her bir riskin bu riski yaratan olayı en iyi şekilde kontrol edebilecek olan tarafın üzerinde bırakılması temel ilkesinden hareketle bu risklerin taraflar arasında paylaşılması hedeflenir. Bu aşamada proje risklerinin sigorta edilmesi yoluna gidilebilmekte, sigorta primlerinin kimin tarafından ödeneceği, tazminatın kime ait olacağı sözleşmelerde belirlenebilmektedir (Yalçın, 2014: 107).

Bu projeler yerli ve yabancı sermayeye de açık projelerdir. Yerel şirketin yabancı sermayeyi tercih etmesi ise; yabancı ortağın kaynaklarından, proje ile alakalı mesleki ve teknik bilgisinden yararlanarak yatırımın karlılığını artırma düşüncesi yatmaktadır (Su, 2017: 71).

Kulaksız YİD modelinin özelliklerini şu şekilde sıralamamaktadır (Kulaksız, 2018: 17);

- ✓ Bu modelde özel sektör tarafından bir kamu yatırımı yapılmakta ve yapılacak yatırımlar için yüksek miktarda finansman kaynak ve ileri teknoloji gerektirmekte ve projenin tüm mali riskleri özel sektör tarafınca üstlenilmektedir.
- ✓ Bu modelde yerli şirketler ile birlikte yabancı sermayeli şirketlerin de altyapı yatırımlarına katılımı amaçlanmaktadır.

- ✓ Sözleşme süresi bitiminde özel sektör tarafından yapılarak işletilen kamu yatırımları, borç ve taahhüdü kalmadan çalışır ve kullanılabilir şekilde kamu idaresine devri yapılır.
- ✓ Kamu kesiminin YİD modeli kapsamında yapılan yatırımların kapsam alanına giren konularda denetleme hakkı bulunmaktadır.
- ✓ Sözleşmeye dayalı olarak üretilen mal veya hizmetler için kamu kesimi ödeme garantisi verebilmektedir.

1.3.2. Yap Kirala Devret

Özel sektör tarafından bu model ile tesis yapılır ve bu tesisin fiziki donanımı sağlanarak sözleşmede belirtilen alanların belirlenen süre kadar özel sektör tarafından işletilerek süre sonunda tesisin kamuya devri yapılır. Kamu belirlenen süre zarfında her yıl özel sektöre kira ödemesi yaptığı bir modeldir. Ülkemizde şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinde bu modelin uygulandığı örnek verilebilir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 22) .

2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda yapılan düzenleme ile uygulamaya girmiş ve genelde sağlık hizmetlerine yönelik yatırımların gerçekleştirilmesinde uygulanan bir modeldir (Yılmaz, 2019: 5).

Bu model ile bir proje kapsamında devletin gösterdiği arsaya, özel sektör tarafından finansmanın sağlanarak inşa edilmesi ve gerekli teçhizatla donatılarak yapılan hastanenin belirlenen süre zarfında devlete kiralanması, süre sonunda tesisin hiçbir taahhütte ve borca bağlı olmadan, çalışır ve kullanılabilir şekilde karşılıksız olarak devlete devrinin yapılmasıdır (Kulaksız, 2018: 80).

1.3.3. Yap Devret

Bu modelde tasarım ve inşaat aşamasında bulunan projelerin kalite ve maliyet hesaplamaları için performans kriterleri belirlenir. Bununla birlikte özel sektör uygulamalarının kontrol edildiği ve mevcut varlıkların inşaatının tamamlanarak işletilmesi için devlete devrinin yapılmasıdır. Bu kapsamda özel sektörün tecrübesinden ve uzmanlık alanından yararlanıldığı söz konusudur. Bununla birlikte kamuya kesimine sadece işletme hakkı düşmektedir (Aktaran Keskin, 2011: 17).

Kamu sektörü bu modelde, altyapının dizaynı, tasarımı, inşaat niteliği ve maliyeti konularında performans ölçütlerini belirlerken; öte yandan özel sektörün kamu

kesimin hâkimiyetinde olduğu, özel sektörün ortaklık uygulamaları kamunun kontrolündedir. İnşaatın nihayete ermesiyle birlikte mevcut taşımazlar kamu sektörüne devredilmektedir (Atasever, 2018: 18).

1.3.4. Yap Sahiplen Devret

Bu modelde özel sektör aynı yap işlet devret modelinde olduğu gibi projeyi inşa eder, sahiplenir ve işletir. Ancak yap sahiplen devret modelinde tamamlanan bina ve altyapının tekrardan kamuya devrinin olmamasıyla YİD modelinden farklılık gösterir. Bu yöntem genelde sözleşme sonunda projenin hurda değerinin olmadığı projeler için uygundur (Atasever, 2018: 19).

1.3.5. Yap İşlet

Bu modelde özel sektöre termik santral kurma ve işletme izni verildiği üretilen elektrik devlet tarafından satın alınarak sözleşme sonunda tesis özel sektöre bırakılmaktadır. Ülkemizde elektrik enerjisi üretiminde bu modelin daha çok kullanıldığı görülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 21).

Yap İşlet modeli, üretim şirketleri vasıtasıyla elektrik enerjisi santrallerinin kurulmasını, işletilmesini ve üretilen elektriğin de satışını içerir. Üretim şirketi olarak adlandırılan şirket yerli veya yabancı şirket olabileceği ve mülkiyeti kendi üzerinde olan elektrik enerjisi üretim tesisini kurup işletmektedir. Elektrik enerjisinin üretimine yönelik tesislerin kurularak işletilmesi ve satışına dair kanun çerçevesinde bu model uygulanmaktadır (Kuru, 2018: 58).

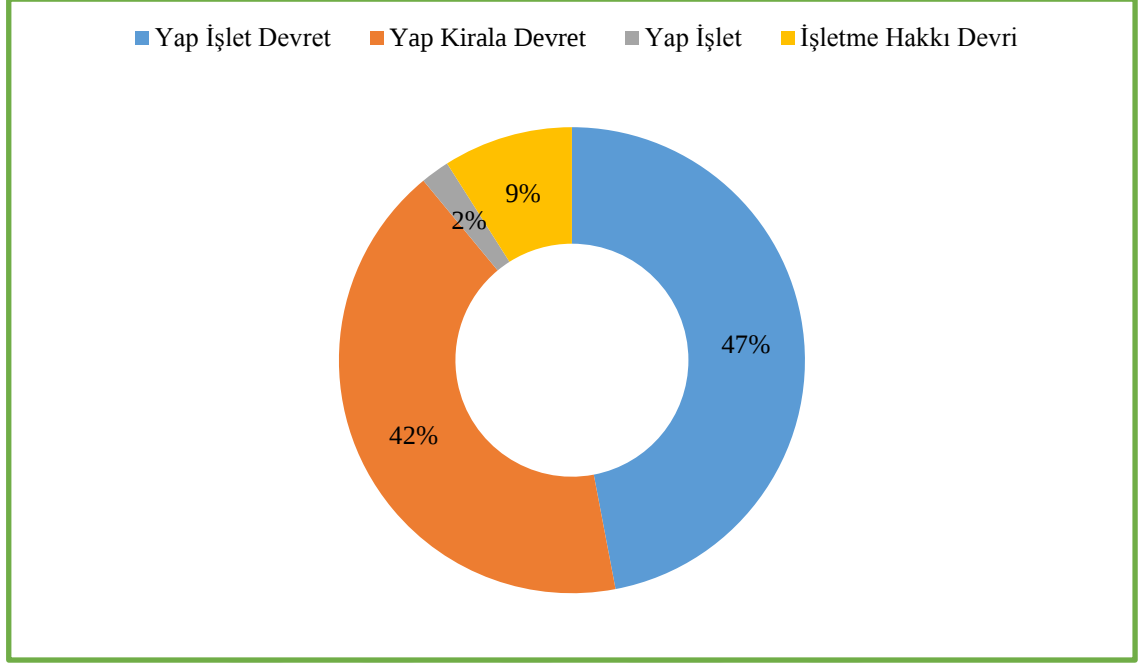
1.3.6. İşletme Hakkı Devri

Bu modelde devlet, mülkiyeti kendisinde olan bir tesisin işletme hakkı devrini bir süreliğine özel sektöre vermektedir. Bu bakımdan modelin özelleştirme yönteminin özelliklerini tam olarak taşımamaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 22).

Kamu yatırımlarında kullanılan finansal modellerin kullanım oranları ve sayıları incelendiğinde ülkemizde hangi modelin daha çok tercih edildiği bilgisine ulaşabiliriz.

Öte yandan finans sağlayıcı modellerin yatırım yöntemine göre değişiklik göstereceği unutulmamalıdır.

Şekil 1.4: KÖİ Uygulama Sözleşmelerinin 1986-2017 Yıllarında Yüzdelik ve Adetleri Bakımından Modellere Göre Dağılımı

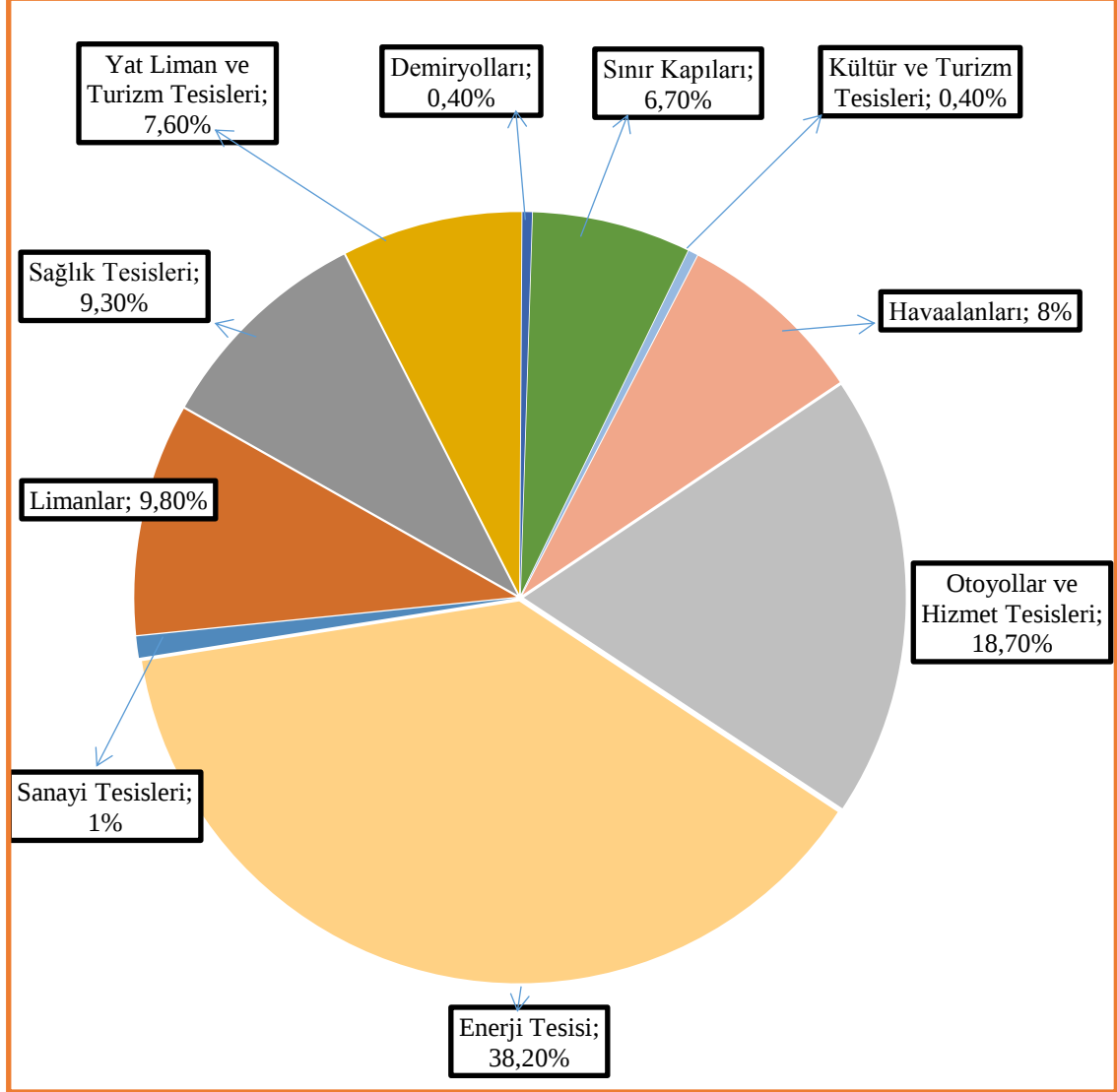


Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 26).

Yukarıdaki şekilde belirlenen yıllar arasında modellere göre imzalanan 225 projenin uygulama sözleşmelerinde; yüzde 47 payla Yap İşlet Devret modeli ile 106 proje, yüzde 42 payla Yap Kirala Devret modeli ile 93 proje, İşletme Hakkı Devri modeli ile yüzde 9'luk payla 21 proje ve son olarak 5 proje ile Yap İşlet modeli bulunmaktadır.

Bu projelerin Kalkınma Bakanlığı kaynaklarında sektörel olarak yapılan dağılımları da aşağıdaki şekil 1.5'te belirtilmiştir. Sözleşmeleri imzalanan 225 projenin sektörel oranlama dağılımları incelendiğinde enerji üretim tesisleri 86 projeyle ilk sırada yer alırken bunun peşi sıra otoyollar ve hizmet tesisleri 42 proje, limanlar 22 proje, sağlık tesisleri 21 proje, havaalanları 18 proje, yat liman ve turizm tesisleri 17 proje, sınır kapıları 15 proje, sanayi tesisleri 2 proje ve demiryolları ile kültür ve turizm tesisleri 1'er proje ile tamamlanmıştır.

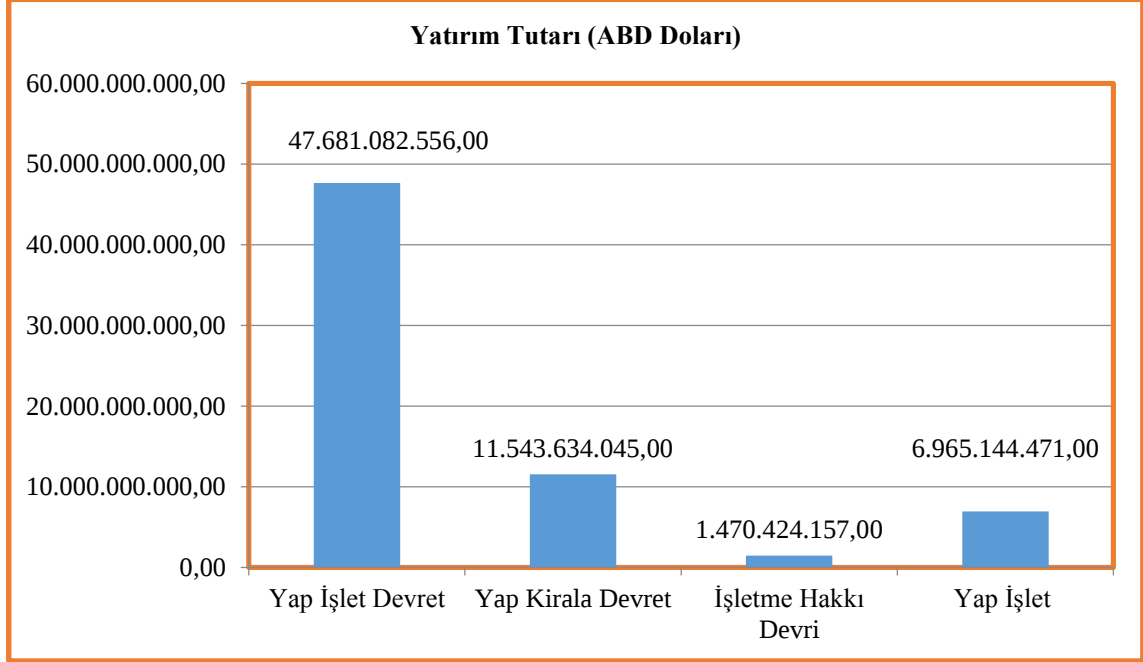
Şekil 1.5: 1986-2017 Yılları Arasında Sözleşmeleri İmzalanmış KÖİ projelerinin Sektörel Dağılımı



Kaynak: (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 26)

Modeller yatırım tutarları bakımından incelendiğinde ise şekil 1.6'da karşımıza çıkmaktadır. Şekilde görüldüğü üzere Yap İşlet Devret modeli ile yapılan 106 projenin yaklaşık 48 milyar dolarla en çok yatırım yapılan model olarak görülmektedir. YKD modelinde 11,5 milyar dolarla 93 projenin yatırımı gerçekleşmiş, Yİ modelinde 5 projenin 7 milyar dolarla ve İHD modelinin 21 projesinin 1,5 milyar dolarla yatırımının gerçekleştiği görülmektedir.

Şekil 1.6: KÖİ Uygulama Sözleşmelerinin 1986-2017 Yıllarında Yatırım Tutarları Bakımından Modellere Göre Dağılımı



Kaynak: (Strateji ve Bütçe Başkanlığı koi.sbb.gov.tr, 2019)

1.4. KARŞILAŞTIRMALI YÖNDEN KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Son yıllarda büyük çaplı yatırım projelerinin KÖİ modeli ile gerçekleştirilmesi, beraberinde önceki yatırım usulleri ile mukayese edilme konusunu getirmektedir.

Bazı kaynaklarda KÖİ modeli uygulamalarının diğer tedarik yöntemlerinden özelleştirme gibi bir yöntem olduğu belirtilse de Yeşil Kitapta KÖİ modelini diğer ihale yöntemlerinden ayıran temel özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- ✓ Uzun süreli ilişkiler: KÖİ görece olarak uzun süreli ortaklık-işbirliği ilişkilerine dayanmaktadır.
- ✓ Finansman şekli: KÖİ, kısmen özel sektör ve kamu sektörü veya tamamen özel sektör tarafından sağlanan karmaşık finansman modellerine imkân sağlamakta olduğu bir modeldir. Finansman, KÖİ projelerinin en temel ve aynı zamanda en sorunlu öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Bu çerçevede, mali riskin paylaşılması veya hangi tarafça üstlendiği önem kazanmaktadır.
- ✓ Yüklenicinin rolü: KÖİ projelerinin tasarım, planlama, yapım, uygulama, finansman gibi aşamalarında rol alan yüklenici önem taşımaktadır. İdare ise,

özellikle kamu çıkarı, sunulacak hizmetin kalitesi ve fiyatlama politikası gibi proje hedeflerinin belirlenmesine odaklanmaktadır ve yüklenici tarafından sunulan hizmetlerin, belirlenen hedefler ile uyumluluğunun izlenmesinden sorumlu olmaktadır.

- ✓ Risk paylaşımı: KÖİ modelini diğer yöntemlerden ayıran en önemli farklardan bir diğeri ise, genellikle kamu sektörü tarafından üstlenilen risklerin bazılarının özel sektöre devredilmesidir. Ancak bu durum, tüm risklerin özel sektöre yüklenmesinden çok, sözleşme tarafları olan kamu sektörü ile özel sektör arasındaki risk paylaşımı olarak anlaşılmalıdır.

Risk paylaşımı, riskin dengeli dağılımını gerektirmekte ve her KÖİ projesine göre dağılım farklılık göstermektedir. Bu nedenle, sadece belirli risklerin özel sektöre devrinden çok, projenin gerekliliklerine göre, risklerin en iyi şekilde üstesinden gelebilecek tarafça üstlenilmesi, diğer bir deyişle; tasarım, planlama, yapım, finansman, işletim ve bakıma ilişkin sorumlulukların hangi tarafça en az maliyetli, en etkin ve etkili şekilde yerine getirilebildiği ve proje süresince ortaya çıkmaktadır. KÖİ projelerinin muhasebeleştirilmesi cephesinden bakıldığında gerek devlet bütçesi gerek milli gelir (MG) hesaplamaları açısından önem arz etmektedir. Devlet bütçeleri (DB) ülkedeki tüm kaynakların dağılımına etki etmekte ve yönlendirmekte iken, kaynakların dağılımı ve dağılım yönünü yapılan milli gelir hesapları göstermektedir. Bununla birlikte ülkenin ekonomik yapısı diğer ülkelerle karşılaştırılma olanağı sağlamaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 41).

Güzelsarı KÖİ modelleri ile risk yönetiminde artış sağlayacağını öne sürmektedir. Büyük ölçekli altyapı projeleri, yüksek riskli, yüksek kârlı alanlar olduğundan KÖİ ile bazı riskleri kamu üstlenmiş, bazı riskler ise sermayenin yönetimini elinde bulunduran özel sektöre bırakılarak sermaye birikim süreci hızlandırılmaktadır.

Bu modellerinin uygulanmasında karşılaşılan belli başlı riskler şu şekilde sıralanmış (Güzelsarı, 2009: 61):

- ✓ Ticari risk, inşaatın yapım aşamasında maliyetlerde oluşan artış, işin süresinde tamamlanamaması, tasarımda yapılan değişiklikler, yapının arazisinde sorun çıkması, alınacak izin ve ruhsatlarda yaşanabilecek gecikmeler gibi beklenmeyen maliyetlerden doğan riskler olarak tanımlanıyor.

- ✓ İşletme riski, işletme ile ilgili özel sektörün belirlenen hizmet standartlarına ulaşamamaktan ve yükümlülüklerini yerine getirememekten ortaya çıkar.
- ✓ Talep riski, bu riski hem devlet hemde özel sektör üstlenmektedir. Ancak özel sektör daha çok ticari ve işletme risklerini üstlenir.
- ✓ Finansal risk, proje finansmanı aracılığıyla alınan borç ve faizlerin sektör gelirleri ile karşılanamamaktan ortaya çıkar. Bu kapsamda borcun belirli bir miktarını devlet tarafından karşılanması garanti edilmektedir.
- ✓ Siyasi, idari ve hukuki riskler, bu riskler kamunun aldığı veya alacağı kararlara dayandığından risk üstlenici taraf kamudur. Örneğin, devlet veya KÖİ düzenleyici birimi tarife artışlarını yapmaz veya düşürmeye çalışırsa devreye otomatik artış mekanizması sokulmakta veya devlet, yatırımı tekrardan kamulaştırırsa ve yahut yüksek vergiler koyarak sektörü zarara uğratırsa bu defa en başından sözleşmeye konulan uluslararası tahkime ilişkin hükümler devreye girmektedir.

Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu 2019 ön raporunda; KÖİ modellerinde kamu ile özel sektörün rolü üzerinde bir değerlendirme yapılmış ve bu bağlamda devletler yapılacak altyapı yatırımları için ihtiyaç duyulan finansmanın sağlanmasına yönelik KÖİ modeli kullanıldığı, modeldeki kamunun temel fonksiyonları şu şekilde sıralanmıştır (Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu, 2019: 10-11):

- Planlama: Proje belirleme faslıdır.
- Koordinasyon: Projenin kamu ile sektör arasında ortak geliştirilmesidir.
- Denetleme: Performansın kontrol ve değerlendirmesidir.

Aynı şekilde kamu otoritesinin hizmet sunumuna bütçe kısıtları ve borç oranlarının fazlalığı doğrudan etki ettiğinden, kamu hizmetlerinin özel sektör aracılığıyla düşük maliyetlerle kaliteli ve etkin gerçekleştirilmesi yolları aranmıştır. Özel sektörün modeldeki temel fonksiyonları ise;

- Finansmana erişim gücü,
- Proje geliştirme yetkinliğinde kamu kesimine göre sahip olduğu görece verimliliği,
- Proje uygulama sürecinde özel sektör tecrübesinin uygulamalara aktarılabilir olması gibi faktörler olarak görülmektedir.

KÖİ modeli ile özel sektöre bazı risklerin devredildiğine dair Sağlık KÖİ Derneği bir kısım riskleri aşağıda açıklamıştır (2017);

- Maliyet Aşım Riski: Projenin tasarım ve inşaat döneminde gerçekleşen maliyetin planlanan maliyeti aşma riski
- Bakım Onarım Riski: Tesislerin bakım-onarım maliyetinin planlanandan farklı olması
- Teknoloji Riski: Hizmeti sağlayacak özel sektör tarafın teknolojik yeniliklere uyum sağlayamamadan kaynaklı kullanılacak teknik girdilerin güncelliğini kaybetme riski
- Ticari Alan Riski: Ticari alan gelirlerinin planlanandan az olması ihtimali
- İflas Riski Yüklenici firmanın veya hissedarlarından herhangi birinin iflas ihtimali
- Kalifiye Eleman Riski: Projenin hayata geçirilip idamesi için gerekli olan yetenekli elemanların bulunamama riski
- Siyasi Risk: Siyasi iradenin bir projenin tamamlanmasını ve işletimini ya da özel sektör finansörlerinin beklenen yatırım karlılığını esastan ve olumsuz olarak etkileyecek şekilde hareket etme ihtimalinden doğacak riskler
- Güvenlik Riski: Tesislerin terör ve hırsızlık olaylarına karşı korunamama riski

1.4.1. Kamu Özel İşbirliği ve Özelleştirme

Kavramsal olarak Özelleştirme, genelde devletin elinde bulunan kamu iktisadi teşebbüslerinin özel kişi, kuruluş ve sektörlerle devredilmesi olarak nitelendirilmektedir (Demirbağ, 2007: 40).

Dar anlamıyla özelleştirme, mülkiyet ve yönetimi kamuya ait olan iktisadi teşebbüsün özel sektöre devri olarak tanımlanırken, geniş anlamda, bir iktisadi organizasyonu serbest piyasa kurallarına göre işleyen yapıya kavuşturmayı ve bunun için gerekli uygulamaları yapmayı kapsamaktadır (Yalçın, 2014: 142-143).

Sarcan (Sercan, 2017: 4) bu duruma genel bir tanımlama yaparak, gerçek veya tüzel kişilere kamu mülkiyetine konu olabilecek varlıkların satışını, özel kişilere kamu tarafından bir mal veya hizmetin üretimi ve/veya dağıtımını gerçekleştirilebilmesine yönelik belirli kurallara göre imtiyaz/ayrıcalık tanınmasını ve yetki devrini içeren bir uygulama olarak tanımlamıştır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelere bakıldığında, KÖİ modelinin özelleştirmenin bir alternatifi olarak görüldüğü, bu sebeple modele ilişkin kapasite geliştirme programlarının hız ve önem kazandığı net bir şekilde müşahade edilmektedir (Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu, 2019: 7).

Yeniden yapılanma ve kamu yönetimi reformlarına yönelik 1980 ve 1990'lı yıllarda devletin gündemine özelleştirme tartışmaları yankı bulurken, 2000'li yıllarda ise bu tartışmalar yerini KÖİ modeline bırakmıştır. Bu iki yaklaşımla kamu yönetiminde reform olarak nitelendirilmiştir (Yalçın, 2014: 73).

Pala KÖİ modelinin bir özelleştirme yöntemi olduğunu ve bazı ülkelerdeki uygulamaların KÖİ modeli ile finansörlerin yararına hizmet ettiğini bariz bir şekilde ortaya koyduğunu belirtmektedir (Pala, 2018: 7).

KÖİ modelinin özelleştirmeden farklı olduğuna Yalçın şöyle açıklık getirmiştir (Yalçın, 2014: 83);

- Özelleştirmede üretilen mal ve hizmetin düşük maliyetlerle gerçekleştiğine dair mal ve hizmetin sunucuların iddiaları öne çıktığı ve bu durumdan kaynaklı kamu sektöründe daralmaya gidilmesinin söz konusu iken, KÖİ modelin rekabet yerine işbirliği ve risklerin paylaşılması öne çıkmaktadır.
- Özelleştirme özel sektör ile kamu arasındaki ayrımın olduğu ve açıklanan sorumlulukları mevcutken, KÖİ modelinde yapılan ayrımın belirgin olmadığı görülmektedir.

Keskin tarafından Aydın ili ve çevresinde değişik pozisyon ve eğitim seviyelerinde olan 272 sağlık çalışanı üzerinde yapılan anket çalışması sonucunda KÖİ modelinin özelleştirme uygulamalarından farklı bir uygulama olarak görülmediği görüşünün baskın olduğu ortaya çıkmaktadır. Yapılan anket sonuçlarına göre KÖİ ile özelleştirmeyi aynı uygulama olarak görenler toplamda %46.9 seviyesinde olduğu görülmüştür. Bilinmelidir ki belirlenen sözleşme maddelerine ve mevzuata bağlı olarak KÖİ Modelinde ortaklığın söz konusu ve dolayısıyla finansmana destek olacak bir model olduğu söylenebilir (Keskin, 2011: 110).

Özelleştirme ile KÖİ çok konuda birbirinden ayrıldığını Gürkan şu şekilde açıklamıştır (Gürkan, 2013: 25);

- Yapılacak özelleştirme ile teşebbüsün mülkiyeti bir bireysel sermayeye geçmektedir.

- KÖİ uygulamalarında ise özel sektörün işletmesinde olan taşınmazın sadece kullanma hakkı bu sermayeye geçmektedir.
- Ayrıca KÖİ uygulamalarında sunulan kamu hizmetinin sözleşmede belirlenen şartların dikkate alınacağı ve dolayısıyla kamu hizmetinin sunumunda devletin belirlediği usul ve esaslar dikkate alınmaktadır.

Ayrıca Karahanoğulları'da KÖİ modelinin özelleştirmeye benzer bir yapısının olduğu değerlendirilebileceği gibi önemli olan bazı durumlarda özelleştirmeden farklılık arz ettiğini şu şekilde ifade etmektedir (Karahanoğulları, 2012: 99);

- ✓ Özelleştirme ile benzerliği, ekonomik, siyasi ve yaklaşımlardan kaynaklı bazı sınırlarının olduğu, karlılık düşüncesi ve piyasa alanı yaratma yönünde benzerlik göstermektedir.
- ✓ Farklılıkları ise, özelleştirmede kamu mülkiyetinde bulunan üretim araçları, menkul ve gayrimenkul değerlerin bir kısmının veya tamamının özel sektöre devri söz konusudur.
- ✓ Halbuki KÖİ modelinde bu çark tesisler ortada olmadan kaynak transferlerinin sözleşmeye bağlandığı kamu ile özel sektör arasındaki ticari ilişkinin tesislerin yapımından, işletilmesine ve nihai olarak kamuya devredilmesine kadar geçen uzun bir süreçten geçmektedir.
- ✓ Oysa özelleştirmede kamu ile özel sektör arasında tek seferde ve bir satış işlemi ile bir ticari ilişki söz konusudur.

1.4.2. Kamu Özel İşbirliği ve Kamu İhalesi

KÖİ modelinin 4734 Sayılı Kamu İhale Kanuna tabi olmadığı ve yasadaki tanımlamalardan da farklılık teşkil ettiğine dair önceki konularda değinmiştik.

Yine aynı şekilde KÖİ modelinde kamunun öncelikli konumda olduğu klasik ihale yönteminden farklı olduğu, KÖİ yöntemi ile yapılacak iş ve işlemler ile ihaleler, 6428 Kanunun 11'nci Maddesinde belirtildiği üzere 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanuna tabi değildir (Atasever, 2018: 34).

Özel sektörün KÖİ modelinde hem hizmet hem de finansman sağlama açısından geleneksel kamu alımlarından farklılaştırmaktadır (Bayazıt, 2018: 100).

KÖİ geleneksel tedarik sözleşme yönteminden çok daha karmaşık yapıda olduğu, sermaye maliyetinin yüksek olduğu, uzun vadeli yükümlülük getiren sözleşme

süreleri, kamu ile özel sektör arasında sorumluluk ve risk paylaşımını daha fazla gerektiren bir modeldir (Sarıs, 2013: 257).

1.4.3. Kamu Özel İşbirliği ve Devlet Tekeli

Sosyal bilimciler tarafından piyasa ve devlet arasındaki ilişkiler en çok tartışılan ve üzerinde uzlaşma sağlanamadığı konulardan biridir. Devletin ve piyasanın işlevleri, görevleri, etkinliği gibi konular üzerinden de piyasa ve devlet arasındaki ilişki ve sınırlar zamanla farklılaşmış ve tartışmaların daha çok devletin ideal yapısı üzerine odaklanmış olması dikkat çekmiştir. Devletin müdahale alanlarının azaltılması gerekliliğinin yaygın görüş olduğu dönemlerde bile, toplum üzerinde belirleyici bir güce sahip olduğu ve her zaman öneminin ve devamlılığının sürdürüldüğü görülmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri de devletin kanun yapma işlevinin toplum tarafından meşru kabul edilmesi ve devletin yaptırım gücünün bulunmasıdır. Devlet tekelinde mal ve hizmet üretimi ve sunumun tamamen devlete bırakıldığı gibi finansmanında da devlet tamamen etkin rol üstlenmektedir (Keskin, 2011: 7).

Devlet tekelinde otorite ve sürecin tamamı devletin himayesindedir. Öte yandan özel sektör ile kamu kesimi KÖİ ile belli bir kamu hizmetinin alt yapısının kurulmasından hizmetinin yerine getirilmesine kadar işbirliği ilişkisinin kurulması söz konusu olmakta ve bu işbirliğinin bir tarafı olan özel sektör hizmetin yerine getirilebilmesi için bir takım düzenleyici işlemler yapabilmektedir. Devletin tekelinde olan bu tür düzenleyici işlemlerin tesisi sürecine KÖİ uygulamalarında özel sektör de katılmaktadır. Bu bağlamda devletin egemenliğinde olan yetkilerin özel sektör ile birlikte kullanması veya devretmesi anayasal açıdan sorunludur (Gürkan, 2013: 35).

Bu işbirliği ile devletin asıl amacı olan kamu hizmetinin sağlanması işi özel sektöre geçmekte ve devletin kamu hizmetlerindeki otoritesi zayıflayacaktır. Bununla birlikte devlet, kamusal mal ve hizmetinin sunumunda toplumun faydasını düşünerek görevini yerine getirmekte ve kamu mal ve hizmetlerinin sunumunda devletin etkin ve yetkili olması halkın faydasına olacaktır (Keskin, 2011: 8).

Bu durumda ise sosyal hukuk devleti anlayışının özel hukuk kişilerine devrinin söz konusu olacağı ve devlet idaresi zayıf kalacaktır. Bu zayıflık idareye ancak hiyerarşik bir yetki verilmesi ile giderilebilir (Gürkan, 2013: 36).

KÖİ modeli ile yapılan yatırımlarda devlet çoğunlukla inşa eden ve hizmet sunan değil, hizmetin üretilmesinde arsa temin eden, finans, alım ve kiralama garantisi

veren ve aynı zamanda talep yaratan bir role bürünmüş olmakla birlikte mal ve hizmeti özel sektör işbirliklerine ürettiriyor (Pala, 2018: 55).

1.5. ETKİLERİ BAKIMINDAN KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

KÖİ modeli uygulamaları ile kaynak yaratma, var olan kaynakları aktifleştirme, yeni işler için olanak yaratma ve çalışanlara da yeni olanaklar sunma gibi birçok hedefler vardır (TBD, 2009: 8).

KÖİ modelinin doğru anlaşılabilmesi için yöntemin olumlu ve olumsuz taraflarının nesnel olarak incelenmesi gerekmektedir (Yalçın, 2014: 127).

KÖİ'lerin ülkemizdeki uygulamaları belirlenen hedeflere uyumlu, etkinlik ve ihtiyacın mantığına göre fayda ve maliyet analizleri yapılarak, rekabet koşulları ve şeffaflık ilkesinin tam olarak sağlandığı bir kapsamda ihalelerin oluşturulması gerektiği önerilmektedir (Alagöz ve Yokuş, 2017: 121).

Birleşik Krallıkta uygulanmakta olan KÖİ uygulama esaslarının ülkemizde de aranması gerekmektedir. KÖİ projelerinde kullanıcılardan tahsili yapılacak hizmet bedeli için özel teşebbüsler sorumlu olmakla ve projenin niteliklerine göre kamu ile özel sektörün talep ve arza yönelik risklerinin paylaşabildiği bir süreçte borç alımı, geri ödemesi ve girdi temininde garantilerin verilebildiği, ücretin bir kısmı veya tamamının hizmet sağlayana ödenebildiği, sürdürülebilir bir kamu hizmeti, ücretlerde ve hizmet kalitesine yönelik düzenleme, gözetim ve denetim faaliyetlerini devlet üstlenmektedir (Emek, 2009: 8).

KÖİ projeleri genel anlamda uzun süreli sözleşme ilişkisine bağlı olması nedeniyle, sözleşmede öngörülen süre boyunca devlet belli bir ücret ödemeyi taahhüt etmektedir. Bu sözleşmelerin vadesi boyunca toplumdan gelecek talepler ile yaşanan teknolojik değişimler gibi beklenmeyen durumlara göre uyarlanabilir nitelikte düzenlenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde uygulanma ihtimali olmayan bir sözleşmeden kaynaklı kamu hizmetinin sunum imkânı olmayacaktır. Bu durum ise ikinci bir iş çıkartacağından devlet ekonomisi zarar görecektir (Gürkan, 2013: 34).

KÖİ modelinin hali hazırdaki mevzuatında farklı modellerle farklı sektörlerle ihtiyaçlara cevap verecek yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Büyük yatırımların gerçekleştirildiği ve gerçekleşeceği bu modelin olmazsa olmazları Kalkınma Bakanlığınca şu şekilde sıralanmış;

- ✓ Etkin ihale süreci

- ✓ Risk paylaşımının ve transferinin etkin yönetimi
- ✓ Beklentilerin ve çıkan sonuçların iyi belirlenmesi gerektiği
- ✓ Karşılana bilirlik durumunun olması
- ✓ Yapılan harcamaların getirisi ve
- ✓ Etkin sözleşme yönetimi ve ödeme mekanizmasının oluşturulması olarak önümüze çıkmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 57).

Özel sektör KÖİ projelerinde sözleşmeden kaynaklı borçlarını yerine getiremediğinde, kamusal hizmetin devamlılığı gereği hizmet sunumunu devlet üstlenecektir. Ayrıca hizmete ilişkin ilk yatırım yapılmadan hizmet sunumu süresi boyunca belirli tutarda ödemenin taahhüt edilmesi söz konusu borcun taksitlendirildiği anlamına gelir. Bu durumda KÖİ projelerinden umulan verim alınamadığı takdirde kamu harcamalarının erteleneceği anlamına gelir (Gürkan, 2013: 35).

Özel sektör KÖİ modelinin uygulanmasının ilk safhasında kâr etme güdüsünü anlamayabileceği, sektörün bürokratik süreci dışlayabileceği, sivil toplum kuruluşları (STK) da kendi etki alanındaki faaliyetlere çözüm bulmada sabırsızlık gösterebileceğinden KÖİ modelinin verimli bir şekilde yürütülebilmesi adına öncelikli olarak bazı hususlara dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu hususlar (TBD, 2009: 9);

- ✓ Kamu ve özel sektörün hedefleri birbiriyle uyum sağlamalıdır.
- ✓ Hukuki bir zemin uygun bir siyasal ortamı varlığı gerekmekte ve oluşturulacak mevzuatın kabataslaktan ibaret olmadan detayların belirtildiği net, açık ve anlaşılır olması önem teşkil eder.
- ✓ Siyasal zemindeki baskılar, siyasetçilerin bireysel beklentileri ve altyapı hizmetlerindeki aksamalar bu modelin uygulama sürecini yavaşlattığı için gerekli tedbirlerin alınması gereklidir.

KÖİ modeli uygulamaları geleneksel denetim ve sorumluluk süreçlerine göre genel anlamda daha şeffaf, daha ölçülebilir ve daha etkili olmaktadır. Kamu kesimi KÖİ modelini kullanmayı tercih ettiğinde önemli güçlüklerle karşılaşabilmekte bazen modelin zorlukları ve maliyeti avantajlarını gölgeler bazen de avantajlar zorlukların önüne geçebilmektedir (Sarısü, 2016: 520-522).

KÖİ modeline ihtiyaç duyulan birçok gerekçe olduğu gibi bazı kamu tedarik durumlarında da dezavantajlara sebep olduğu da yadsınamaz bir gerçektir.

Bu bakımdan bu modelin etkin bir biçimde kullanılabilmesi için artı ve eksi yönlerinin iyi bilinmesi gerekir. Aşağıda KÖİ modelinin tercih edilmesindeki elde edilen avantaj ve kaybedilen fırsatlar (dezavantaj) kısmına detaylı bir şekilde değinilecektir.

1.5.1 Avantajlı Yönü Bakımından

Kamu Özel İşbirliği'nin tercih edilme sebeplerini Yalçın şu şekilde sıralamıştır (Yalçın, 2014: 121-122);

- ✓ Kaliteli bir biçimde kamu hizmetinin sürdürülebilmesi için ihtiyaç duyulan finansmanın alternatif kaynaklardan karşılanması gerektiği ve ihtiyaç duyulan bu kaynağın özel sektörden sağlanabileceği düşüncesi, Kamu Özel İşbirliği'nin tercih edilme sebeplerinin başında gelmektedir.
- ✓ Kamunun ve özel sektörün kendine mahsus üstün yanlarının kurulacak bir işbirliğinde birbirini tamamlayacağı, bu sayede kamu hizmetlerinin sunulmasındaki ekonomik zorluklar aşıl原因arak kamu yararının sağlanacağı düşüncesi, diğer bir tercih nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.
- ✓ KÖİ modelinde, yatırımlar için gerekli olan harcamaları uzun döneme yayan ve hizmeti kısa sürede sunma olanağı tanıyan, finansman riski, bakım ve onarım maliyetlerinin özel sektöre bırakılıyor olması bu modele yönelimin diğer bir nedenidir.
- ✓ Yatırımlarda riskin, sorumluluğun ve kazancın taraflarca paylaşılması olarak karakterize edilen KÖİ uygulamalarında, yatırım ve hizmetlerin kamu ve özel sektör arasında paylaşılıyor olması öne çıkarılan diğer bir tercih nedenidir.
- ✓ Proje ile elde edilen değerin ve buna bağlı sunulan hizmette zaman içinde önemli ölçüde bozulmaların olduğu geleneksel tedarik yöntemlerinden farklı olarak, Kamu Özel İşbirliği'nde verilen hizmetin kalitesi başlangıçta belirlenerek, uzun uygulama süresince bu seviyenin korunacağı özel sektör tarafından taahhüt edilmektedir.
- ✓ Özellikle bakım şartlarının ağır olduğu karmaşık altyapı projelerinde, hem idare hem de bireyler açısından bu durum Kamu Özel İşbirliği'nin tercih edilme nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir.

KÖİ modelinin avantajlarını Türkiye Bilişim Derneğinin 11. Platformunda (TBD, 2009: 8) ise şu şekilde sıralanmış;

- ✓ Büyük projelerin yürütülebilmesi için insan gücü, finans/sermaye ve bilgi birikimi/tecrübe gibi kaynakların bir araya getirilme olanağının sunulmasıdır.
- ✓ Kamu sektörü ve özel sektör tarafından yapılan işbirliği, verimliliği artırabileceği gibi özel sektörün performansla dayalı ödeme alacağı için etkin ve verimli çalışması sektörün yararına olacaktır.
- ✓ Yapılan proje ve yatırımlara STK'ların da katılımının sağlanması halinde toplum desteğini arttıracak ve KÖİ modeline tepkiler azalacak ve projenin meşruiyeti arttırılacaktır.
- ✓ Kamu KÖİ yoluyla yaptığı projelerde ortaya çıkan maliyetleri görece ve doğrudan alımda oluşan fiyatların doğruluğunu ölçebileceği kriterleri geliştirebilecektir.
- ✓ Kamudan özel sektöre, oluşacak risklerin bir kısmının transferi ile kamu kaynakları korunmuş olacak ve oluşacak risk faktörleri kamu ya da özel sektöre dağıtılabilecektir.

Sağlık alanında KÖİ modelinin uygulamalarına yönelik yapılan çalışmaların avantajlarını Atasever şu şekilde aktarmıştır (Aktaran Atasever, 2018: 44);

- ✓ Finansman özel sektör tarafından sağlanacağı için ayrıca kamu idaresi tarafından ödenek ayrılması olmayacak. Yatırımların bedeli işletme süresi içinde kullanım bedeli olarak ödenir. Yapılan tesisler teslim alındıktan sonra ödemeler başlar.
- ✓ Tesislerin kullanılabilirlik durumuna göre işletme süresi boyunca kamu tarafından kiralanmaktadır. Projelendirme, uygulama ve malzeme seçiminde yapılan hatalardan kaynaklı hizmetin aksamasına yol açan sorunlar giderilmediği süre kadar ceza kesilerek kullanım bedelinden düşülecektir.
- ✓ Kamu borç stokunda harcanan para gözükmemekte, sektör kapasitesi hizmet için kullanılmasına imkân vermekte ve riskleri yüklenici üstlenmektedir.
- ✓ Taraflarca geliştirilmesi planlanan projenin sorumluluğunu yüklenici ve aynı zamanda proje sorumlusu olan özel sektör üstlendiğinden işletme süresinde yapılacak değişikliklerde herhangi bir sorunla karşılaşılmayacaktır.
- ✓ KÖİ özellikle sağlıkta modernleşmeyi hayata geçirilmeyi amaçlayan bir finansal yatırım modelidir. Nitekim yapılacak olan şehir hastaneleri işletme süresi bitiminde bakımlı ve çalışır durumda kamuya teslim edilecek.

- ✓ 25 yıl süre boyunca hizmet verecek olan hastaneler İşletme süresi sonunda ilgili Bakanlık tarafından bir bedel ödemeyecektir.
- ✓ Bu model ile vatandaşlar sağlık hizmeti için yurtdışına gitmeyecek aksine yurt dışından tedavi amacıyla ülkemize hastaların geleceği bir pozisyon yaratılacak.
- ✓ Teşhis ve tedavide kullanılacak yeni teknolojik gelişmelere doktorlar daha hızlı ulaşmış olacaktır.
- ✓ KÖİ modelinde gerek özel sektörün hızlı karar alması ve bu kararları uygulamaya koyması açısından gerek hastanelerde ödenek azlığı gibi sorunlarla karşılaşmaması için uygulanamayan ileri teknolojilerin uygulanmasına imkân sağlar.

KÖİ uygulamalarının avantajlarını Alagöz ve Yokuş şu şekilde sıralamıştır (Alagöz ve Yokuş, 2018: 6);

- ✓ KÖİ ile yapılan yatırımlarda, yatırım harcamaları ve inşaat sürecinde sağlanan istihdam gibi unsurlar ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır.
- ✓ Dış kaynaklardan sağlanan dövizle bağlı krediler yurtiçindeki bankaların hesabına geçtiğinden finans hesabında bulunan krediler ile birlikte dış borç ödemelerinde ve cari açığın kapatılmasında kullanılarak, iç ve dış dengelerin oluşmasında olumlu katkı sağlamaktadır.

1.5.2. Dezavantajlı Yönü Bakımından

Kamu Özel İşbirliği uygulamalarına ilişkin yasal düzenlemeler incelendiğinde ve uluslararası tecrübeler dikkate alındığında, bu uygulamanın yarattığı özerk işletmeciliğin mali sürdürülebilirliği sadece kamunun yıllık kira ödemeleri ile sağlanamazken, devlet desteğine ciddi oranda ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece esneklik sağlamak amacıyla bütçe sisteminden uzaklaşmanın yarattığı risk ve maliyet devlete yüklenmiş olmaktadır (Karasu, 2011: 241).

KÖİ uygulamalarında hazırlanan projelerin kamu ve özel sektörün menfaati arasındaki dengenin sağlanamaması, sözleşmelerde kamu idaresinin yetersiz olduğu konulardan kaynaklı proje başarısız olmakta özel sektörün menfaatine olan sonuçlar çıkabilmektedir (Gürkan, 2013: 36).

Cari açık, işletme sürecinde yapılan faiz ödemeleri ve yabancı yatırım kar transferleri ile artacak ve dış borç ödemelerinde döviz talebine olan artışın da borç yenileme maliyeti ile kur artışlarına sebep olacaktır (Alagöz ve Yokuş, 2018: 6).

KÖİ modelinde verilen koşullu yükümlülükler ile bütçe açıklarının az görüleceği ancak yükümlülüklerin uzun vadeye yaygın olması hizmet maliyetlerinin artmasına ve ekonomik risklerin yükselmesine sebep olacaktır. Dış kaynakların kullanımda hazine tarafından risklerin karşılanacağı ve böylece finansman maliyetlerinin proje bedelleri ile birlikte kamuya yükleneceği, riskin yoğun olarak kamuda kalacağı, bunun da KÖİ mantığına ve risk algılamasına ters olacaktır (Sarıs, 2013: 257).

Özel sektör tarafından yapılan hizmet ve yatırımların bir kısmını üstlenilmesi bütçe açıklarını azaltmada pozitif bir etki yaratırken, Katma Değer Vergisi ve Damga Vergisinde uygulanan istisna ve muafiyetlerden dolayı oluşan vergi kayıpları da bütçe açıklarının artması yönünde negatif bir etki yaratacaktır (Kürkcü ve Coşkun Önal, 2019: 1699).

Türkiye’de yoğun olarak kullanılmakta olan KÖİ modelinin dezavantajlı yanlarını Duran ise şu şekilde sıralamıştır (Duran, 2018:330);

- ✓ KÖİ uygulamalarında; etik ilkelerin ihlal edildiği, yani şeffaflık ve hesap verebilirliğin olmaması.
- ✓ Hukuki altyapının yetersiz olması ve koordinasyonsuzluk, yani KÖİ projelerinde birden fazla katılımcının olması.
- ✓ KÖİ modelini yönetecek merkezi bir kuruluşun olmaması ve denetimsizlik (Sayıştay veya TBMM denetiminden uzak olması).
- ✓ Kira ödemeleri ve borç üstlenimleri gibi hazine garantisi ve koşullu/doğrudan yükümlülükler altında gerçekleştirilirken gelirin ve karın girişimciye, risk ve maliyetin devlete doğru transfer edilmesi gibi olumsuz noktalar bulunmaktadır.

1.6. TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAPSAMINDA YAPILAN HİZMETLER

Bu model elektrik (üretim, iletim, dağıtım), köprü, tünel, otoyol, trafiği yoğun karayolu, demiryolu, gar kompleksleri, baraj, sulama, içme ve kullanma suyu, arıtma tesisi, kanalizasyon, haberleşme, maden ve işletmeleri, fabrika ve benzeri tesisler; çevre kirliliğini önleyici yatırımlar, lojistik merkezi, yeraltı ve yerüstü otoparkı ve sivil kullanıma yönelik deniz ve hava alanları ve limanları, yolcu ve yat limanları, sınır (gümrük) kapıları, milli parklar, tabiat parkı, tabiatı koruma alanları, toptancı halleri ve benzeri yatırım ve hizmetlerin (yaptırılması, işletilmesi ve devredilmesi) 13/6/1994 tarih ve 21959 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 3996 sayılı “Bazı

Yatırım ve Hizmetlerin YİD Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun” kapsamında yer almaktadır.

Yine aynı model kapsamında Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda sözleşme ile yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilmesi 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen ek 7’ni madde ile yasal zemini oluşturulmuş ve Bakanlar Kurulu Kararıyla 2006 yılında çıkarılan ‘Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik’le mevzuat sürecine dahil olmuştur (Kalkınma Bakanlığı, Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Mevzuat, 2012: 2).

Mevzuat çalışmaları göz önünde bulundurularak Kamu Özel İşbirliği modeli kapsamında yapılan projelerin yıllar itibarıyla finans modeline göre yatırım miktarı ve yatırım değeri bakımından önceki konularda değinilmiş; ancak bazı öncelikli yatırımlara yönelik incelenmeler ikinci bölümde yapılacaktır.

BÖLÜM 2

TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELLERİ KAPSAMINDA YAPILAN BAZI KAMU HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde Türkiye’de hemen hemen herkesin haberdar olduğu ve kamu özel işbirliği (KÖİ) modeli ile gerçekleştirilen bazı projelerden bahsedilmiştir. En başta mega kentlerimizden olan İstanbul’da yapılan mega projelerden 3. Boğaz köprüsü, Kuzey Marmara Otoyolu ve 3. Hava limanı ele alınmıştır. Daha sonra ülkemizde giderek yayılan şehir hastanelerine ait özet bir değerlendirme yapılacaktır. Son olarak ülkemizde şehirlerarası ulaşımında yaşanan sorunlara ciddi anlamda rahatlık sağlayan otoyollardan bahsedilecektir.

Bu bölümde özellikle bazı yatırımları dikkate almamızdaki amaç, giriş bölümünde bahsettiğimiz gibi ülkemizde gerçekleştirilmesi yıllarca hayal edilen bu projelerin yüksek maliyet teşkil etmesi ve önemli teknolojik donanımlara ihtiyaç duyulmasından ötürü; finansman yetersizliği, teknolojik yetersizlik ve yüksek risk taşıması gibi nedenlerle bir türlü yatırımı gerçekleştirilemeyen ve gerçekleştiğinde de ülkemizi gelişmiş ülkeler seviyelerinde önemli bir yere taşıyacağından önemlidir.

2.1. OTOYOLLAR

Türkiye’nin coğrafi yapısı gereği bazı ulaşım ağlarında sıkıntılar yıllardır devam etmektedir. Son yıllarda mevcut hükümetin adeta bir vizyonu haline gelen ve bu anlamda hükümet yetkililerince sık sık ‘yol medeniyettir’ sloganıyla dillendirilerek her anlamda yol çalışmaları yapılmaktadır. Ulaşım ağının fazla olduğu ve yol yapım maliyetlerin coğrafi koşullar ve mesafe farkından kaynaklı yüksek olması yıllarca yapılamayan yollar KÖİ modeli ile vatandaşların hizmetine sunuluyor. Bunlardan birkaç tanesi aşağıda verilmiştir.

KÖİ uygulamalarında Otoyollar, havalimanları, köprüler ve tüneller gibi yatırım projelerinin YİD finansman modeli ile gerçekleştirildiğini hatırlamakta fayda önem arz etmektedir. Nitekim uygulamaya geçirilen bazı projelerde, sözleşmelerinde belirtilen süre zarfında verilen garantilerin sağlanması açısından kamu kesiminin ciddi risklerle karşılaşacağı kaçınılmaz olduğu görülmektedir.

YİD modeli kapsamında projelendirmesi yapılan otoyolların mevcut durumlarına baktığımızda tamamlanan ve hizmete açılan kesimleri aşağıdaki tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2.1: Yapım Çalışmaları Tamamlanan ve Hizmete Açık Otoyollar

Sıra No	Otoyol Ağı	Tamamlanan (Km)
1	İstanbul-Bursa-İzmir Otoyolu (Osmangazi Köprüsü Dâhil)	426 Km
2	Kuzey Marmara Otoyolu (Odayeri - Kurtköy Kesimi)	148 Km
3	Kuzey Marmara Otoyolu (Kınalı- Odayeri Kesimi) (Tamamlanan kesimin 41,7 km’ si trafiğe açıldı.)	42 Km
4	Kuzey Marmara Otoyolu (Kurtköy-Akyazı Kesimi) (Tamamlanan kesimin 66,7 km’ si trafiğe açıldı.)	71 Km
5	Menemen - Aliğa - Çandarlı Otoyolu	91 Km
Yapım Çalışmaları Tamamlanan		778 Km
Toplam Hizmete Açık Otoyol Ağı		3.060 Km

Kaynak: (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2019 Faaliyet Raporu, 2019: 106)

Yapımı devam eden otoyollara baktığımızda ise şu sonuçlar karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 2.2: Yapım Çalışmaları Devam Eden Otoyollar

Sıra No	Otoyol Ağı	(Km)
1	Kuzey Marmara Otoyolu (Kınalı- Odayeri Kesimi)	38.5
2	Kuzey Marmara Otoyolu (Kurtköy-Akyazı Kesimi)	99.2
3	Kınalı-Tekirdağ-Çanakkale-Balıkesir Otoyolu	101
4	Menemen-Aliğa-Çandarlı Otoyolu	4.9
5	Ankara-Niğde Otoyolu	330
Toplam		573.6

Kaynak: (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2019 Faaliyet Raporu, 2019: 107)

2.1.1. Menemen-Aliğa-Çandarlı Otoyolu

İzmir Çevre Otoyolunun Kuzey bağlantısının devamı niteliğinde olan projenin tamamlanmasıyla İzmir kent merkeziyle kuzeyde Aliğa ilçesi üzerinde yapılması planlanan ve Çandarlı Limanına bağlantı sağlanarak toplam uzunluğu 82 km olan 57,5 km otoyol ve 24,5 km bağlantı yolundan oluşan Menemen-Çandarlı Aliğa otoyolu projesidir. Yatırım bedeli yaklaşık 468 milyon ABD Doları olan ve yatırım süresi 3 yılı

bulunan projenin işletme süresi 8 yıl 10 ay 11 gündür (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 42). 2 yönlü 3 şeritli olan bu proje Ege Bölgesini Çanakkale'ye bağlamaktadır (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2020).

2.1.2. Kınalı-Tekirdağ-Çanakkale-Balıkesir Otoyolu Malkara- Çanakkale Kesimi

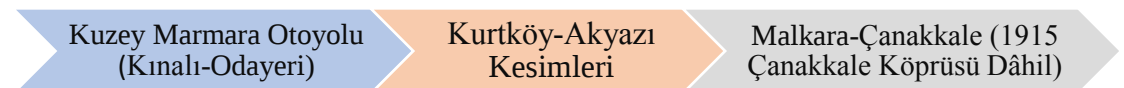
Yatırım bedeli yaklaşık 3 milyar ABD Doları olan ve yatırım süresi 5 yıl 6 ayı bulan projenin işletme süresi 10 yıl 8 ay 12 gündür. Malkara yerleşiminin güneyinden, Şarköy İlçesinin batısından geçtikten sonra güneybatıya yönelerek Evreşe ilçesinin doğu tarafından Gelibolu Yarımadası'na ulaşmaktadır. Gelibolu'nun kuzeyinden geçerek ilerleyen otoyol, Sütluçe – Şekerkaya mevkileri arasında yer alan 1915 Çanakkale köprüsü ile Lapseki İlçesi Şekerkaya mevkiine ulaşacak ve toplam uzunluğu 101 km olan proje, 88 km otoyol ve 13 km bağlantı yolundan oluşmaktadır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 41).

Bu proje 1915 Çanakkale Köprüsünü de içine alan Malkara- Çanakkale otoyolu Marmara ve Ege Bölgelerindeki limanlar, demiryolu ve hava ulaşım ağlarının bu proje ile karayolu ulaşım ağıyla entegrasyonu sağlanarak ülkemizin nüfusunun çoğunu bünyesinde barındıran bu bölgelerde ekonomik gelişmede dengenin sağlanmasına etki edecektir (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2020).

Kınalı-Tekirdağ-Çanakkale-Savaştepe Otoyolu ve yapımı devam eden Gebze-Orhangazi-Bursa-Balıkesir-İzmir Otoyolunun tamamlanması ile birlikte,



Marmara ve Ege Bölgelerinin otoyolları ile entegrasyonu sağlanacak ve bu bölgeler birbirine bağlanmış olacaktır.



Otoyolu Kesimi ile birlikte Marmara Bölgesinin otoyol süreci tamamlanmış olacaktır (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2019 Faaliyet Raporu, 2019: 103).

2.1.2.1. 1915 Çanakkale Boğaz Köprüsü

Köprü'nün toplam uzunluğu; 2.023 metre orta açıklık, 770 metrelerde yan açıklıklar ve ayrıca 365 ve 680 metrelerindeki yaklaşım viyadükleri ile beraber

toplamda 4.608 metre olması öngörülmektedir. 2 yönlü 3 şeritli olacak olan köprünün çelik kule yüksekliği yaklaşık 318 metre olacaktır. Tamamlanması halinde Dünyanın en büyük orta açıklıklı asma köprüsü unvanına sahip olacaktır. Ayrıca Avrupa ve Trakya üzerinden, Ege, İç Anadolu ve Batı Akdeniz Bölgelerine yönelecek karayolu trafiğinin İstanbul Boğaz Geçişlerine yeni bir alternatif oluşturulacaktır (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2019 Faaliyet Raporu, 2019: 103-104).

2.1.3. Ankara-Niğde Otoyolu

Proje, Ankara ili Gölbaşı, Bala, Şereflikoçhisar, Evren İlçeleri; Konya ili Kulu ilçesi; Kırşehir ili Merkez ilçesi; Aksaray ili Ortaköy, Sarıyahşi, Gülağaç, Ağaçören, Merkez ilçeleri; Nevşehir ili Acıgöl, Derinkuyu ilçeleri ve Niğde ili Merkez ilçesi sınırları içerisinde geçerek toplam uzunluğu 330 km olan proje 275 km otoyol ve 55 km bağlantı yolundan oluşmaktadır. Yatırım bedeli ise yaklaşık 1,4 milyar ABD Doları olan ve 3 yıl yatırım süresi bulunan projenin işletme süresi 10 yıl 8 ay 1 gündür (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 43).

Projesinde 19 kavşak köprüsü, 12 adet otoyol köprüsü, 6 adet bağlantı yolu köprüsü, 10 adet bağlantı yolu kavşak köprüsü, 3,500 metre uzunluğunda 5 viyadük, 75 adet üst geçit köprüsü, 118 adet alt geçit, 663 adet kutu menfez bulunmaktadır (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2020).

2.1.4. Kuzey Marmara Otoyolu (3. Boğaz Köprüsü Dahil)

Bu yol 3. Boğaz köprüsü dahil olmak üzere Kınalı-Odayeri ve Kurtköy-Akyazı kesimleri ile bağlantı yollarından oluşmaktadır.

2.1.4.1. Kınalı-Odayeri Kesimi

80,2 km uzunluğunda olan ve 2 yönlü 4 şeritli bir projedir. Projenin 69,9 kilometrelik kısmı otoyol, geri kalan 10,3 kilometrelik kısmı ise bağlantı yollarından oluşmaktadır. İşletme sürecinde olan Odayeri ile Paşaköy kesiminin Odayeri ucundan başlayarak Kuzey Marmara Otoyolunu mevcut Ankara-İstanbul Otoyoluna (TEM Otoyolu) Kınalı bölgesinde bağlamaktadır. 04.05.2016 tarihinde ihalesi gerçekleştirilmiş olan projenin sözleşmesi 10.06.2016 tarihinde imzalanmıştır. Projenin işletme süresi 3 yıl yatırım süresi ile birlikte 6 yıl 9 ay 12 gündür. Proje yatırım bedeli 1.250.664.788 milyar ABD Dolarıdır. 2018 yılında bu projenin 25 km'lik otoyol kısmı

hizmete açılmış geri kalan kesimlerin de 2020 yılında tamamlanması öngörülmektedir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 39).

2.1.4.2. Kurtköy-Akyazı Kesimi

170 kilometre uzunluğunda olan ve 2 yönlü 4 şeritten oluşan bir projedir. Projenin 121,6 kilometrelik kısmı otoyol geri kalan 48,6 kilometrelik kısmı ise bağlantı yollarından oluşmaktadır. İşletme sürecinde olan Odayeri ile Paşaköy kesiminin Paşaköy ucunda bulunan Kurtköy'den başlayarak Kuzey Marmara Otoyolunu mevcut Ankara-İstanbul Otoyoluna (TEM Otoyolu) Akyazı bölgesinde bağlamaktadır. 04.05.2016 tarihinde ihalesi gerçekleştirilmiş olan projenin sözleşmesi 01.07.2016 tarihinde imzalanmıştır. Projenin işletme süresi 3 yıl yatırım süresi ile birlikte 5 yıl 9 ay 12 gündür. Proje yatırım bedeli 2.089.846.615 milyar ABD Dolarıdır. 2018 yılında bu projenin 33 km'lik otoyol kısmı hizmete açılmış geri kalan kesimlerin de 2020 yılında tamamlanması öngörülmektedir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 40).

2.1.4.3. Yavuz Sulta Selim Köprüsü (3. Boğaz Köprüsü)

Marmara ile Karadeniz'in son halkası üzerinde inşa edilen köprüde 8 şerit karayolu ve 2 şerit demiryolu bulunmaktadır. Yavuz Sultan Selim Köprüsü dünyada 59 metre genişliği ile en geniş, 1408 metre ana açıklığında ve üstünde raylı sistemin bulunduğu en uzun, 320 metreyi aşan kule yüksekliği ile de en yüksek kuleye sahip olan bir asma köprüdür (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2020).

29.05.2013 tarihinde temeli atılan köprü, 8,5 milyar Türk Lirası ile inşa edilmiş ve 26.08.2016 tarihinde açılışı gerçekleştirilmiştir (wikipedia YSS Köprüsü).

Yapımı ve işletme süresi dâhil 10 yıl 2 ay 20 gün için imzalanan sözleşmede günlük 135.000 bin araç geçişi garantisi verilmiştir (Akt. Yusufoğlu, 2017: 168).

2.1.5. Gebze-Orhangazi-İzmir Otoyolu (İzmit Körfez Geçişi ve Bağlantı Yolları dâhil)

Gebze-Orhangazi-İzmir ve İzmit Körfez Geçişi ve Bağlantı Yolları dâhil olan projenin bir parçası mahiyetindeki Osmangazi Köprüsü projesi 15.03.2013 tarihinde sözleşmeye bağlanmıştır. 421 km uzunluğunda otoyolda, 199 adet köprü, asma köprü, 29 adet viyadük, 2 adet tünel, 20 adet gişe alanı, 25 adet kavşak benzeri yapıların içinde olduğu 7.9 milyar dolarlık maliyetinde bir projedir. Sözleşme süresi yapım ve işletme

süresi dâhil olmak üzere 22 yıl 4 ay olan proje 15.07 2035 tarihinde sözleşmesi sona erecektir. (Bigez, 2018: 95; Yusufoglu, 2017: 168).

Proje ile İstanbul-Ankara otoyolu ile İzmir- Aydın otoyolu birleşerek Marmara ve Ege Bölgelerine otoyol ağı ile bağlantı sağlanacaktır. Böylelikle ekonomide transfer kolaylığı sağlanarak ve ekonomik hareketliliğin artacağı öngörülmektedir.

2.1.5.1. Osmangazi Köprüsü

2013 yılında yapımına başlanan 2 yönlü 3 şeritli olan Osmangazi Köprüsünün toplam yatırım tutarı yaklaşık 1,3 milyar ABD Dolarıdır. Köprü Gebze-Orhangazi-İzmir otoyolunun en büyük ayağını oluşturuyor. 252 metre kule yüksekliği, 35,93 metre tabliye genişliği, 1.550 metre orta açıklığı ve 2.682 metre uzunluğu ile dünyanın en büyük asma köprüsüdür. Köprü 01.07.2016 tarihinde hizmete açılmıştır (Karayolları Genel Müdürlüğü, 2020).

Osmangazi Köprüsü; günlük 40 bin araç geçiş garantisi verilen Osmangazi Köprüsü'nün açıklanan geçiş rakamlarına bakılırsa; 2016 Aralık ayında toplam 271 bin 671 ve 2017 Ocak ayında 380 bin 814 otomobil eşdeğer araç geçti. 2016 yılı 30 Haziran'da hizmete giren Osmangazi Köprüsü'nde işletici firma ile yapılan sözleşmeye göre 35 dolar + KDV geçiş ücreti belirlenmiştir. Ancak başlangıçta 89 lira olarak uygulanmış daha sonra geçişlerin artacağı düşüncesi ile ücretler 65 liraya düşürülmüş fakat geçişlerde bir artışın olmadığı görülmüştür. Bu durumda devlet tarafından, hem garanti edilen 40 binin altında kalan (köprüden geçmeyen) her araç için ödeme yapmakta hem de ücret düşürüldüğünden geçen araç için firmaya 68 lira ücret ödenmektedir. Geline aşamada hem milletin cebinden doğrudan çıkan ödemeler hem de dolaylı ödemelerin olduğu gözükmemektedir (Aydın , 2017: 22).

2.2. İSTANBUL 3. HAVA LİMANI

Yasal sürecine kısa bir göz atıldığında havayolu ulaştırması sektörü Türkiye'de, 14.10.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2920 sayılı Sivil Havacılık Kanunu ile yaşanan gelişmeyle birlikte modernizasyon programı çerçevesinde Türk Hava Yolları'nda filonda yenileme ve geliştirme çalışmalarının başladığı ve dış hatlara yönelmenin bu dönemde rastlanıldığı görülmektedir. Aynı dönemde, hava yolunda özel sektör işletmelerinin sayısı, filoların kapasitesi ve sektörden alınan paylarda önemli artışlar görülmüştür (Özenen, 2013: 17).

3. Hava limanının İhalesi 2013 yılında yapılmış, zemin etüdü çalışmaları 2015 yılına kadar sürmüş ve inşaatı 2015 yılında başlanmıştır. Ulaştırma Bakanlığı tarafından edinilen bilgiye göre; inşaatın 4 etaptan oluşacak şekilde planlandığı belirtilmiştir. Projenin ilk etabı Cumhurbaşkanı tarafından 29 Ekim 2018 tarihinde büyük bir gösteriyle açılışı yapılmıştır. İnşaatın son etabının ise 2028 yılında tamamlanması planlandığı belirtilmiştir (Abbasoğlu, 2018: 46).

150 milyon yolcu kapasitesi ile projelendirilen havaalanının bu bakımından dünyanın en büyük limanlarından sayılır. Yaklaşık olarak 14,5 milyar ABD doları tutarında bir yatırıma sahiptir. Projesinin 76 milyon 500 bin metre kare alan üzerinde toplamda 6 uçuş pistin ile hizmet ereceği ve sözleşmesinin 2013 yılında imzalandığı, iki etapta tamamlanmak üzere 1. Etabında 680 metre kare alanı ile 90 milyon yolcu kapasiteli ana terminal ve 170 bin metre kare büyüklüğünde ikinci terminalden oluşur. İşletme süresi 25 yıl olarak belirlenmiş olan ve mega projelerden biridir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 36).

2.3. SAĞLIK KAMPÜSLERİ VE ŞEHİR HASTANELERİ

Yap-Kirala-Devret olarak adlandırılabilen KÖİ modeli ile 2006 yılında sağlık hizmetlerinde uygulama yönetmeliği devreye alınmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programının 3. fazı olarak nitelendirilen Şehir Hastaneleri süreci başlatılmıştır. (Aydın, 2017: 11-12).

Sağlık hizmeti yatırım alanında sürekli yaygınlaşan KÖİ modeli, sözleşme ilişkisine bağlı yönetim ilişkisini kuşattığı ve dönüştürdüğü bir örgütlenme biçimidir. Örgütlenmenin hizmetlerin işletmecilik esaslarının temeline dayandığı, gerçekleştirilen hizmetlerin gerek finansman ve gerek örgütlenme ilke ve değerleri bağlamında piyasayla uyumlu bir modeldir (Karasu, 2011: 217).

Sağlık kampüsleri ve şehir hastanelerine yönelik KÖİ projelerinin yasal zemini 2000’li yıllardan sonra 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda 2006 yılında yapılan çeşitli değişikliklerle ortaya çıkmaya başlamış, 2007 yılında da sağlıkta KÖİ kapsamı içinde değerlendirilecek son yasal uygulamayla çıkarılan 5683 sayılı yasanın birinci maddesiyle gerçekleştiği ve yapılan değişikliğe göre Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ya da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü gibi bakanlığın temel hizmet ve görev alanında faaliyetlerini yürüten ana

hizmet birimlerine Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adında yeni bir ana hizmet birimi eklenmiştir (Aydın, 2017: 10-11).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü bünyesinde 2007 yılında kurulan Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının faaliyete başlamasıyla birlikte ülkemizin çeşitli illerinde farklı fiziksel boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde 30 şehir hastanesinin planlanması yapılmıştır. KÖİ Modeli doğrultusunda 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje ortaya konulmuştur (Aydın, 2017: 15-16).

Bu hastanelerin bazıları aşamalı olarak 2017 yılı itibariyle hizmete girmeye başladığı, bazılarının yapım aşamasında olduğu ve bazılarının ise proje aşamasında olduğu görülmektedir.

Tablo 2.3: Hizmete Giren Şehir Hastanelerinin Kapasitesi ve Yatırım Tutarı

Sıra No	Hastane Adı	Kapasitesi (Yatak)	Durumu	Yatırım Tutarı
1	Adana Şehir Hastanesi	1550	Hizmete Girdi	687.050.192
2	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3660	Hizmete Girdi	1.288.701.058
3	Bursa Şehir Hastanesi	1355	Hizmete Girdi	399.485.953
4	Elazığ Şehir Hastanesi	1040	Hizmete Girdi	390.774.052
5	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	Hizmete Girdi	461.138.906
6	Kayseri Şehir Hastanesi	1584	Hizmete Girdi	498.131.439
7	Mersin Şehir Hastanesi	1250	Hizmete Girdi	384.497.099
8	Manisa Şehir Hastanesi	560	Hizmete Girdi	217.890.955
9	Yozgat Şehir Hastanesi	475	Hizmete Girdi	183.771.694
10	Isparta Şehir Hastanesi	755	Hizmete Girdi	318.116.247
11	İstanbul Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi	2682	Hizmete Girdi	1.559.616.440
Toplam Yatırım Tutarı ve Kapasite (Milyar ABD Doları)		15.992		6.389.174.035

Kaynak: (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019; Sağlık Bakanlığı: 2020)

Tablo 2.3 incelendiğinde toplamda 11 şehir hastanesinin faaliyete geçtiği, toplam yatak kapasitesinin 16 bine yakın olduğu ve toplam yatırım tutarının 6.389.174.035 milyar dolar olduğu görülmektedir. Hastanelerin yatak kapasitesi ve yatırım tutarları karşılaştırması üçüncü bölümde incelenecektir.

Yapımı devam eden şehir hastaneleri toplamda 12.400 yatak kapasitesine sahip olduğu ve yatırım tutarının 4.221.637.360 milyar ABD Doları olduğu görülmektedir.

Tablo 2.4: Yapım Aşamasında Olan Şehir Hastanelerinin Kapasitesi ve Yatırım Tutarı

Sıra No	Hastane Adı	Kapasitesi (Yatak)	Durumu	Yatırım Tutarı
1	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	Sözleşmesi İmzalanmış	613.877.081
2	Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	Sözleşmesi İmzalanmış	931.821.379
3	Kocaeli Şehir Hastanesi	1180	Sözleşmesi İmzalanmış	395.860.029
4	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	Sözleşmesi İmzalanmış	269.438.959
5	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480	Sözleşmesi İmzalanmış	251.798.599
6	Kütahya Şehir Hastanesi	600	Sözleşmesi İmzalanmış	186.997.701
7	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3624	Sözleşmesi İmzalanmış	1.166.532.190
8	Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	Sözleşmesi İmzalanmış	405.311.422
Toplam Yatırım Tutarı ve Kapasite (Milyar ABD Doları)		12.397		4.221.637.360

Kaynak: (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019)

KÖİ modeli kapsamında yapılması planlanan ve projelendirilen 10 şehir hastanesinin 2019 yılı TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu toplantısında Sağlık Bakanlığı bütçesinin görüşülmesinde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın yaptığı açıklamaya göre genel bütçe ile yapılabileceğini açıkladı ve Sağlık Bakanlığı'nın 2019 Faaliyet Raporunda da bu hastanelerin detaylı bilgilerine yer verilmiştir (BBC, 2019).

Nitekim genel bütçe ile yapımı gerçekleştirilecek olan 2 adet şehir hastanesinin proje danışmanlık hizmet alım işi gerçekleştirilmiş olduğu ve 1 adet şehir hastanesinin de proje danışmanlık hizmet alım işi ihale ilanının yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2019: 164).

Tablo 2.5: Genel Bütçe İle Danışmanlık Hizmet Alım İhalesi Yapılan Şehir Hastaneleri

Hastane Adı	Kapasite (Yatak Sayısı)	Kapalı Alan (m²)	İhale Tarihi
İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi	4.200	1.113.000	10.01.2020
Ordu Şehir Hastanesi	900	216.000	06.12.2019
Sakarya Şehir Hastanesi	1.000	240.000	06.12.2019
Toplam	6.100	1.569.000	

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2019).

Aynı şekilde şehir hastanelerinden 7 tanesinin yatırım proje danışmanlık hizmet alım işinin hazırlık çalışmaları devam etmekte olduğu ve bu hastanelerin hangileri olduğu aşağıdaki tablo 2.6’da gösterilmiştir.

Tablo 2.6: Genel Bütçe İle Danışmanlık Hizmet Alımı İhalesi Çalışmaları Devam Eden Şehir Hastaneleri

Hastane Adı	Kapasite (Yatak Sayısı)
Denizli Şehir Hastanesi	1000
Samsun Şehir Hastanesi	900
Antalya Şehir Hastanesi	1000
Trabzon Şehir Hastanesi	900
Aydın Şehir Hastanesi	950
Diyarbakır Kayapınar Şehir Hastanesi	750
Rize Şehir Hastanesi	800
Toplam	6.300

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2019)

Öte yandan Cumhurbaşkanlığında onay sürecinde olan 1.200 yatak kapasitesine sahip İzmir (Yenişehir) Tınaztepe Şehir Hastanesi’dir. Ayrıca şehir hastanelerine Sağlık Bakanlığına son 3 yılda genel bütçeden ayrılan paydan ayrılan ödenek tutarı ve oranı incelendiğinde aşağıdaki tablo 2.7 karşımıza çıkmaktadır.

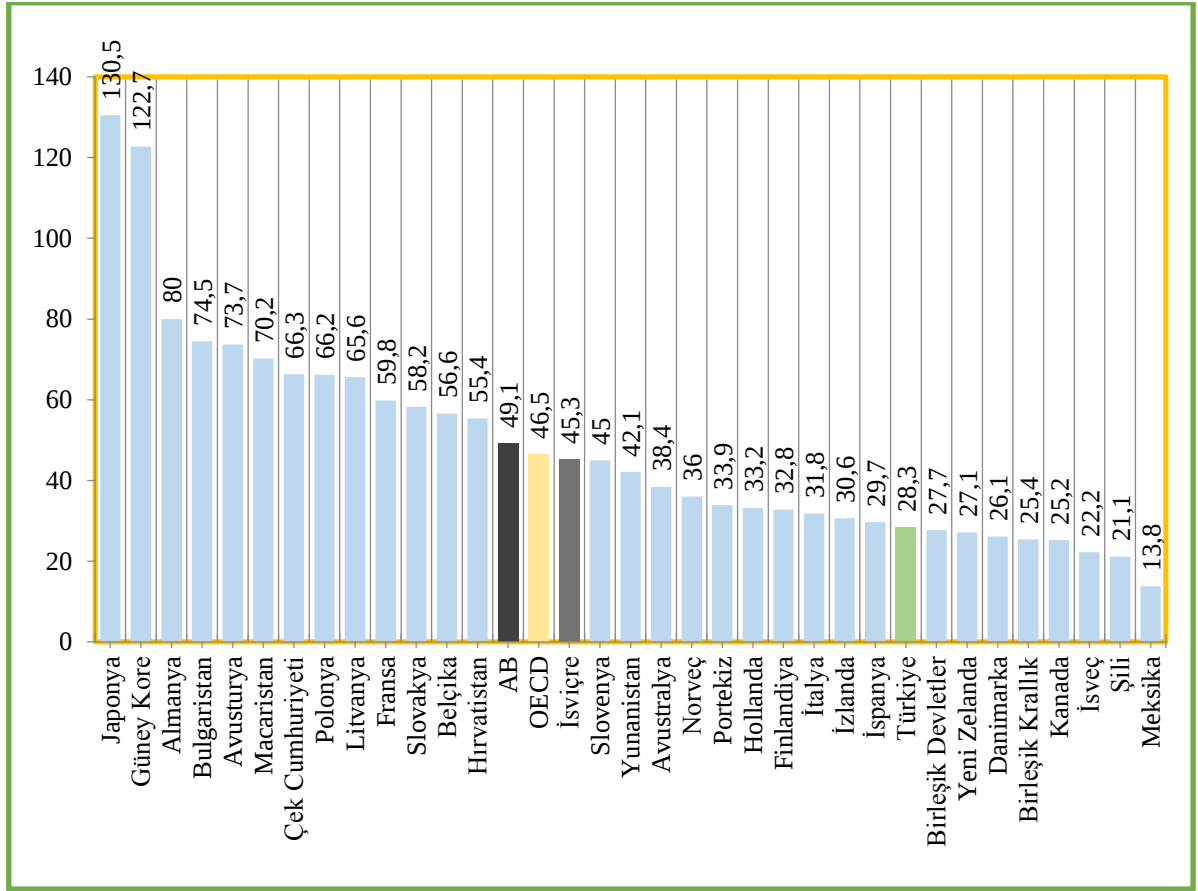
Tablo 2.7: Şehir Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na Ayrılan Bütçedeki Pay Durumu

Yıl	Sağlık Bakanlığı Bütçesi	Şehir Hastanelerine Ayrılan Ödenek	Oranı (%)
2018	37 milyar 571 milyon 386 bin TL	2 milyar 544 milyon TL	6,6
2019	48 milyar 437 milyon 276 bin TL	6 milyar 150 milyon TL	12,4
2020	58 milyar 876 milyon TL	10 milyar 610 milyon TL	18

Kaynak: BBC Türkçe 28 Kasım 2019

Tabloda görüldüğü gibi faaliyete geçen şehir hastaneleri ile birlikte Bakanlığın bütçesinde bu hastanelere yönelik ayrılan ödenek ve bütçe içindeki oranı giderek artmaktadır. Nitekim bu ödenek hizmet bedeli ve kira bedeli olarak özel sektöre ödenmektedir.

Şekil 2.1: Uluslararası Karşılaştırmada On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı (2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği 2018

Sağlık sektöründe KÖİ modelinin tercih edilmesindeki temel düşüncelerden biri de 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 30'un üzerine çıkarmaktır (Atasever, 2018: 26).

Öte yandan şehir hastanelerine neden ihtiyaç duyulduğunun diğer sebepleri de mevcut hastanelerin vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı, fiziki durumlarının riskler taşıdığı ve bu sorunların giderilmesi ciddi anlamda maliyetler doğurduğu vb. bir çok nedenden dolayı yeni bir hamlenin yapılması önem teşkil eder. Bununla birlikte hastanelerinin eski yöntemlerle yapılmasının yaratacağı riskleri, sağlık alanında faaliyet sürdüren KÖİ derneği tarafından tablo 2.8'de sıralanmıştır.

Tablo 2.8: Hastanelerin Klasik Yöntem ile Yapılma Riskleri

Riskler	Açıklamalar	Yüksek	Çok Yüksek
Deprem Riski	Meydana gelecek bir depremde, depreme dayanıklılığı düşük binalarda oluşacak can ve mal kaybı		X
İşgücü Kaybı	Poliklinik ameliyathane, laboratuvar alanı yetersizlikleri nedeniyle mevcut işgücünün verimli kullanılmaması	X	
Verimlilik Kaybı	Binaların fiziki şartları, mimari tasarım yetersizlikleri nedeniyle hekim, sağlık personeli ve tıbbi cihazların tam kapasite kullanılmaması		X
Bakım Maliyeti	Eski sağlık binalarının ekonomik ömürlerini tamamlamaları sebebiyle yüksek maliyetli bakım ve onarım ihtiyacı		X
Teknolojik Maliyetler	Altyapı yetersizlikleri nedeniyle teknolojik yeniliklerin hastanelerde uygulanamaması		X
Çalışan Güvenliği	Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş alanlarındaki yetersizlikler sebebiyle görev sırasında yaralanma vb. can ve mal kaybına yol açılması		X
Hastane Enfeksiyonları	Hastanelerde fiziki ve uygulama şartları nedeniyle hastaların maruz kaldığı enfeksiyonların tekrar tedavi ihtiyacı	X	
Hasta Memnuniyeti	Hastanelerde fiziki ve operasyonel nedenlerle hastalara yüksek seviyede hizmet verilememesi	X	
Hasta Sevki	Sağlık tesislerindeki birimlerin birlikte olmaması sebebiyle hastaların sevk edilme ihtiyacı ve oluşabilecek olumsuzluklar		X
Tedavi Çeşitliliği	Hastanelerde fiziki ve uygulama şartları nedeniyle özellikli tedavilerin uygulanamaması		X

Kaynak: Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

BÖLÜM 3

TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ KAPSAMINDA YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİNİN ETKİNLİĞİ

Türkiye’de son on yılda akademik çalışmalarda, KÖİ ile yapılan ve kendisinden çok söz edilen şehir hastanelerinin mevcut sistemle ‘devlet hastaneleri’ ile başvuru sistemin ‘entegre sağlık kampüsleri, şehir hastaneleri’ artı ve eksi yanları karşılaştırmalı olarak değerlendirmeleri yapılmış ve halen yapılmaktadır. Bu bağlamda yıllardır gündeme konu olan şehir hastaneleri hakkında tam anlamıyla bir sonuç elde edilmediğinden bizimde dikkatimizi çekmiştir.

Bu bölümde yapılan, yapılmakta olan ve yapılması düşünülen şehir hastanelerinin (ŞH) fiili uygulamaları, hukuki yapıları ve sağlık hizmetini karşılama yeterliliğinden bahsedilerek en sonunda KÖİ modeli kapsamında yapılan şehir hastanelerinin birçok faktöre bağlı olarak etkinliğinden bahsedilecektir.

3.1. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

Sosyal devlet olma ilkesini benimseyen Türkiye’de toplumun temel ihtiyaçlarının karşılanması anayasal bir görev olduğundan ötürü sağlık hizmeti talebi de bu ihtiyaçların başında gelmektedir. Konuyla alakalı değerlendirmeler yapılırken halkın hizmet talebini ve bu talep çerçevesinde eğitim seviyelerini göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Sağlık sistemi bağlamında Türkiye’de gitgide artan gelişmelerin söz konusu olduğu ve getirilen yeni düzenlemelerin tartışma konusu olduğu görülmektedir. Eğitimle kişilerin görüş ve beklentileri geliştirmekte ve dolayısıyla sağlık hizmeti taleplerinde rasyonellik sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı için KÖİ modeli düzenleyici ve denetleyici role uygun bir modeldir. Bu modelle ilgili Bakanlığın yapısı, hizmetlerinin örgütlenme biçimi ve hizmeti yürütenle ilişkisi, sözleşme ilişkileri gerekli olan bir biçime bürünmektedir (Karasu, 2011: 236).

Türkiye’de sağlık alanında yapılacak yatırımlarda KÖİ modelinin uygulamalarına başvurulmasına yönelik Ankara ilinde çeşitli kurumlarında görev

yapmakta olan 97 üst düzey ve uzman kişilerle görüşme usulü ile Songur ve diğerleri tarafından yapılan bir anket çalışmasında sorulan sorulara verilen cevaplar öncelik sırasına göre şu şekilde sıralanmıştır (Songur ve Top, 2018: 179-180):

- Sağlık sektöründe KÖİ'nin tercih edilmesinin gerektiği sorusuna verilen cevaplar sıralandığında özel sektörün altyapı becerisinin yüksek olduğu öncelikli tercih iken, özel sektörün verimli çalışması ikinci öncelikli tercih, büyük projeleri kapsamaması, paranın karşılığının elde edilmesi ve yasal düzenlemelerden dolayı tercih edilme sıralamasına ulaşılmıştır.
- Sağlık sektöründe KÖİ'nin başarısını etkileyen faktörler sırasıyla uygun risk dağılımı, iyi hazırlanmış sözleşme dokümanı, özel sektörün kendi arasındaki rekabet, toplum desteği, siyasi partilerin yetenek ve verimliliği, siyasi partiler arası etkili müzakereler olmuştur. Yapılan değerlendirmede etkili olan ana başarı göstergeleri sıralandığında ise maliyet avantajı, kaynak tasarrufu, toplum memnuniyeti, projenin zamanında teslimi, risk yönetimi öne çıkmıştır.
- KÖİ ile ilgili sorunlara ilişkin görüşler de ise çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler, uzun ihale süreci, hükümet müdahalesi, yalnızca büyük projelerle ilgili olması, toplum şikâyeti olarak sıralanmıştır.
- KÖİ uygulamaların sağlık sektöründe oluşturmuş olduğu risk faktörlerine ilişkin öncelik derecesine göre finansal risk, işletme riski, politik risk, yasal risk, pazar ve gelir riski, çevresel risk olarak sıralanmıştır.

Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde KÖİ uygulamalarının sağlık sektöründe uygulanmasını gerektirecek unsurların varlığı ile birlikte alınması gerektiren tedbirlerin de olduğu karşımıza çıkmakta olduğu, hazırlanmış iyi bir yasal düzenleme ve sözleşme ilişkisiyle istenilen sonuç elde edilecektir.

Nitekim Karasu KÖİ projeleriyle yapılacak şehir hastaneleri uygulamalarında yetki konusunu şu şekilde ifade etmektedir (Karasu, 2011: 235):

- ✓ Yönetmelikte kendisine tanınan yetkiyi kullanarak hastanelere bazı işletimsel yürütme yetkileri devredebilir.
- ✓ Ancak en az 25 yıl süreli olarak imzalanan sözleşmelerde hastanelerin sözleşme yönetimindeki yetkileri oldukça sınırlı olacaktır.

- ✓ Önem arz etmeyen basit işletimsel işler dışında (örneğin döner sermaye işletmelerinin günlük para trafiğini yönetmesi) iddia edildiği gibi gerçek anlamıyla yetki devri de söz konusu olmayacaktır.
- ✓ Bu modelde en kritik karar konuları (ihale sözleşme) zaten proje başında merkezileştirilmiştir.
- ✓ Paradoksal biçimde yetki devri söylemi ile merkezde yoğunlaşmış otoritenin alt birimler üzerindeki denetimin sıkılaşması modelde bir aradadır.
- ✓ Adem-i merkezileşme ve özerkleşme görüntüsü, aslında eş zamanlı olarak gerçekleşen stratejik kararlara yönelik merkezileşmeyi gizleyici bir işlev görmektedir.
- ✓ Adem-i merkezileşme görüntüsüyle güçlü bir merkezin yaratılması, KÖİ modelinin dayandığı yeni kamu sözleşme sisteminin tipik özelliklerinden biridir.
- ✓ Bu sistemin diğer bir özelliği, bürokrasinin katılıklarına karşı geliştirilen esneklik söylemine rağmen aslında sözleşme ilişkisinin bir sonucu olarak oldukça katı olmasıdır.

Türkiye’de özellikle sağlık ve eğitim alanında yapılan düzenlemelerle kamu örgütlenmesi KÖİ modeli ile köklü değişimlere uğramıştır. KÖİ modelinde finansman yönteminde esneklik, taraflarca üstlenilen roller, kamusal faaliyetlerden doğacak risklerin ve kazancın kamu ile özel sektör arasında paylaşılarak devletin, kamusal faaliyetlerde arka planda tutulması hedeflenmektedir (Yalçın, 2014: 14).

Ankara ve Trabzon illerinde faaliyet gösteren kamuya ait hastane yöneticilerine sağlıkta KÖİ modelinin uygulanmasıyla ilgili anket usulü ile kapsamlı sorular sorulmuş ve her iki il yöneticilerinin vermiş oldukları cevaplardan şu sonuçlar elde edilmiştir (Ünal ve Ünal, 2017: 56);

- ✓ KÖİ uygulamalarında kamunun üstlendiği rolün daha etkin olması gerektiği önerilmektedir. Temel gerekçe olarak ta şehir hastanelerinde özel sektör yer alması ilerleyen zamanda özelleştirmeyi getireceği kaygısının olabileceğidir. Aynı zamanda uzun süreli sözleşmeler ve bununla birlikte oluşacak belirsizlikler, kamunun üstlenemeyeceği risklere maruz kalmasına sebep olabilmektedir.
- ✓ Devletin yönetsel olarak tıbbi hizmet alanında yetkili olması, destek hizmetleri alanında da özel sektörün yetkili olması yetki de karmaşa

yaratabileceği ve bundan dolayı oluşan iletişimsel sorunların hizmetlerin aksamasına yol açacağı düşüncesi öne çıkmaktadır.

- ✓ Yöneticilerin KÖİ hakkındaki görüşleri genel anlamda değerlendirecek olursak, hastanelerin yönetim kademesinde görev alan kişilerin profesyonel olması gerektiği vurgulanmıştır.
- ✓ KÖİ ile yapılacak şehir hastanelerinin sunacağı hizmetlerle, çalışanların ve hastaların memnuniyet düzeylerinin artacağı düşünülebilir.
- ✓ Şehir hastanelerinin sağlık alanında yarattığı fırsatlardan biri olan beş yıldızlı otel konforu, sağlık hizmeti sunan personel ile hastaların memnuniyetlerinin artıracağı belirtilmiştir. Şüphesiz yapısal konforun hasta memnuniyetine pozitif etkisi olacağı düşünülmektedir.
- ✓ Projelendirilmesi her iki ilde de gerçekleştirilen şehir hastanelerinin toplumsal açıdan bir değerlendirme yapıldığında; bilgi eksikliği, ulaşım sorunu ve karmaşık yapı içerisinde sağlık hizmetinin işleyişine yönelik sorunların yaşandığı öne çıkmaktadır.
- ✓ Şehir hastanelerinin merkezden uzak yerlerde inşa edilmiş olmasından kaynaklı tercih edilmelerinde sorunların yaşanabileceği ve bu durumla beraber ulaşım sorunu olmayan hastanelerin tercih edilmesinin olasılığını artıracaktır. Ulaşımdan kaynaklı sorunların azaltılabilmesi için yerel yönetimlerle işbirliği gerektiren yeni düzenlenmelere ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Temel tıbbi hizmetlerin devlet tarafından yürütüldüğü, özel sektör tarafından da diğer destek hizmetleri ve ticari alanların işletildiği şehir hastanelerindeki bu duruma Ataay şöyle açıklık getirmiştir (Ataay, 2018: 4): Devlet özel sektörden hizmet satın almakta olduğu ve bu durumda modelin piyasacı neoliberal açıdan çelişki yaratmaktadır.

Sağlık alanında KÖİ uygulamalarına yönelik TTB tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen sempozyumda sağlık kampüslerine ihtiyaç duyulma nedenleri araştırılarak şu bulgulara ulaşılmıştır; mevcut hastane altyapısının yetersizliği ve mevcut kaynak sıkıntısı sağlık kampüslerine duyulan gereksinimi ön plana getirmiş olmakla birlikte KÖİ modeli ile inşa edilecek sağlık kampüslerinin verimliliği artırıp, maliyetleri düşürecek olması ile açıklanmaktadır ve bu bulgular şöyle analiz edilmiştir (TTB, 2011: 48-50);

- Hastane ihtiyacı: Kampüs hastanelerine duyulan gereksinimin nedenlerinin başında hastane ihtiyacı vurgulanmaktadır. Bu ihtiyaç hem yatak sayısının artırılması, hem de eskiden inşa edilmiş ve artık eskiyerek işlevsizleşmiş duruma gelmiş hastanelerin bugünün standartlarına çıkarılması açısından söz konusu olmaktadır. Bu bakımdan devlet hastanelerinin üzüntü verici durumundan kurtulmak için daha kaliteli hizmet verilebilecek, daha modern ve daha planlı yapıları inşa etmek gerekli olduğu gibi mevcut yapıya sahip olan hastanelerin yüksek harcama gerektiren tadilatları ile birlikte mevcut fiziki yetersizlikleri yeni hastane yapma ihtiyacını daha önemli kılmaktadır.
- Kaynak sıkıntısı: Artan ihtiyaçlar karşısında kamunun, yeni hastane inşa etmesi durumunda yaşadığı kaynak sıkıntısından ötürü yatırım yapamaz duruma geldiği belirtilmektedir. Özellikle Türkiye’de 2000’li yıllarda sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ile birlikte devlette sağlık harcamalarında yaşanan artış dikkat çekici olmuştur. Nitekim kamunun sağlık yatırımlarına yönelik büyüme hızında düşüşün yaşandığı ve buna karşın özel sektörün bu alandaki yatırımlarında büyüme hızının artış gösterdiği görülmektedir.
- Maliyetleri düşürmek, verimliliği arttırmak: KÖİ modelinin uygulanmasındaki temel amaçlardan bir tanesi sağlık alanında yapılacak yatırımların maliyetlerinde azalma ve verimliliğinde artış olacağı iddia edilmektedir.

Aynı sempozyumda KÖİ projeleri kapsamında yapılacak olan entegre sağlık kampüsleri ve şehir hastaneleri örgütlenme boyutuna ve sağlık hizmetlerinde entegre örgüt yapılarına neden ihtiyaç duyulduğu ise şu şekilde açıklanmıştır (TTB, 2011: 199-200):

- ✓ Birçok parçadan oluşan yapının, yönetim süreçleri açısından birbirleriyle bütünleştirilmesi olarak ifade edilmektedir.
- ✓ Bütünleşik/Tümleşik kamu örgütlenmesi, hiyerarşi ve bütünlüğü sağlamaya yönelik diğer hukuksal ve yönetsel araçlarla bütünleşmiş bir özellik gösterir.
- ✓ Entegre sağlık kampüslerine neden ihtiyaç duyulduğu ise bu kampüslerin belirli bir bölge ve birkaç dal ve uzmanlık alanlarından oluştuğu sebebi yatmaktadır.
- ✓ 1980’lerden sonra neoliberal kamu yönetimi reformlarının başlıca amacı kamu örgütlenmesinde tümleşik yapının çözülerek esnek ve küçük örgütlerin yer aldığı bir örgütlenme yapısına geçilmesidir.

Güler tarafından Bursa ilinde Türkiye’de sağlık sektöründe alt yapı finansman yöntemi olarak kullanılan kamu özel işbirliği politikasının uygulanabilirliği konusunda Bursa ilinde kamu hastaneleri çalışanlarının görüşleri arasında bulunan farklılıkları tespit etmek amacıyla 814 çalışan üzerinde 30 soruluk anket uygulaması yapılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir (Güler, 2016: 66-67):

- ✓ KÖİ modeli ile sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliklerin az olduğu görüşü baskın olduğu bu durumun uzmanlaşma ile orantılı olarak aşılabileceği ön görülmektedir.
- ✓ Türkiye’de KÖİ modelinin hizmet talebine hızla cevap verilebileceği ve hizmet taleplerine ne şekilde cevap verildiği de önem teşkil etmektedir.
- ✓ İyi bir sağlık politikası hizmet içi eğitimleri süreklileştirilmesiyle pekiştirilecektir.
- ✓ Kurum içi ve kurum dışı denetimlerin sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasında önemli rol aldığı, zira yapılan denetimlerin artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinden beklenen etkinlik ve kalite de artışın olacağıdır. Bu anlamda denetim mekanizmasının sürekli kullanılması önem arz eder.
- ✓ %76,99 oranla Türkiye’de genel bütçe imkânlarının kısıtlı olduğuna dair görüş hakimdir.
- ✓ KÖİ modeli ile yapılan ve yapılacak sağlık tesislerinin daha kısa sürede bitirileceği konusunda yüksek oranda kararsızlığın olduğu görülmüştür.
- ✓ Yapılan çalışmaya göre KÖİ modeli konusunda yeteri kadar bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Bundan dolayı KÖİ konusunda bilgilendirilmenin olması gereklilik arz etmektedir. Zira bilgilendirme yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle modelle ilgili yapılan değerlendirmelerin eksik kalacağı görülmektedir.
- ✓ Modelin avantajları ve dezavantajlarının kamuoyu ile paylaşılmasının gerekli olduğu ve modeli uygulayan veya uygulayacak olan kurumların modele ilişkin bilgileri kamuoyuyla paylaşılması önem arz etmektedir.
- ✓ KÖİ modeline ilişkin seminer, konferanslar vb. yeterli bilgilendirme toplantılarının olmadığı, dolayısıyla bilgilendirmenin olmaması KÖİ modelinin anlaşılmasının zor olacağı görülmektedir.

- ✓ Konuyu ve detaylarını bilmeden konuyla alakalı görüşlerin eksik kalacağı gerçeği ortadadır.
- ✓ KÖİ modelinin istihdam yaratacağına ilişkin daha düşük bir oran seyredilmektedir. Ancak her yeni sağlık tesisinin inşası yeni personel alımı anlamına geldiği dolayısıyla istihdamı doğrudan arttırıcı bir etkisinin olduğu kaçınılmazdır.
- ✓ KÖİ modelinin finansman sıkıntısına çözüm üretebilecek alternatif bir uygulama olarak görülmediği sonucu ortaya çıkmasına rağmen KÖİ dışında da herhangi bir alternatif finansman yöntemi önerilmediği ve bu bakımdan KÖİ modelinin denenmesi ve çıkacak sonuçlarının analiz edilmesi önemlidir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde KÖİ modeli uygulamasının riskli olduğu sonucu hakim görülmektedir.

Yapılan bazı çalışmalar neticesinde bilgi eksikliğinden kaynaklı KÖİ uygulamasının riskli olduğu 272 sağlık çalışanı üzerinde yapılan anketten %55 seviyesinde çıkan sonuçtan anlaşılmaktadır (Keskin, 2011: 112).

Hizmet sunucuları ve hizmet yararlanan vatandaşlar açısından bilgilendirmenin yetersiz olduğu görülmüş, bu bağlamda daha fazla bilgilendirme yapılmalı, hizmet sunucularının model ve şehir hastanesi konusunda bilgilendirilmesi ve şeffaf bir yönetim anlayışı ile gelişmelerden haberdar edilmesi gerekli olduğu Baş'ın yapmış olduğu anketten net olarak anlaşılmaktadır (Baş, 2018: 73).

3.1.1. Yöntemsel Uygulamaları

KÖİ, bir kamu alımı mı, bir örgütlenme biçimi mi, hizmet sunma yöntemi mi, kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme yöntemi mi, finansman yöntemi midir? KÖİ sayılanların hepsinin bazı özelliklerini içeren şemsiye niteliğine sahip bir tanımlamadır. Farklı siyasal ve yönetsel yapılarıdaki giderek standart hale gelen yapılanma ve işleyiş özellikleriyle KÖİ'nin bir model halini aldığı söylenebilir (Karasu, 2011: 219).

Modelin uygulanma süreci Sağlık Bakanlığının ihaleye çıkmadan evvel, Yüksek Planlama Kurulu'ndan (YPK) ön fizibilite raporunun onayının alınması gerekmektedir. YPK'nın süreçlerini yürüten Kalkınma Bakanlığı da Kurul'un karar sürecindeki teknik çalışmaları organize ve koordine eder. Kalkınma Bakanlığı, verilecek garantiler bakımından Hazine Müsteşarlığının, kamunun sağlayacağı finansman açısından da

Maliye Bakanlığının görüşleri ile birlikte kendi görüşünü de dahil ederek oluşturduğu projenin ihaleye çıkarılması konusunda ön izin verecek olan YPK'ya sunar. Bu kurumlar teknik hazırlıklarda yetersizlik bulurlarsa, gerekli değişiklik ve düzenlemelerin yapılmasını isteyebilir. Ön izin süreci sonuçlandıktan sonra, Sağlık Bakanlığı ihale sürecini başlatmakta ve kazanan teklif sahibiyle sözleşmeyi müzakere etmekte ve imzalamaktadır (Emek, 2017: 151).

Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği 8. Maddesinde süreçle alakalı yapılan işlerin nasıl yönetileceğine dair durumlar belirtilmiştir;

1- İhale ve ön yeterlik ilanlarında ön fizibilite raporu ve yaklaşık maliyete ilişkin bilgilere yer verilmez ve bu bilgiler açıklanmaz.

2- yaklaşık maliyet hesaplanma hesap cetveli ve icmal tablosu hazırlayanlar tarafından imzalanmak suretiyle ön fizibilite raporu ihale onay belgesine eklenir.

3- Ön fizibilite raporunda maliyeti oluşturan unsurlar, ilk hesaplanma tarihinden ihalenin ilanı veya davet tarihine kadar güncelliğini kaybettiği durumlarda, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından aylık yayımlanan Yurt İçi Üretici Fiyat Endeksi (Yİ-ÜFE) esas alınarak güncellenir.

4- Ödenecek bedelin ve sözleşme süresinin tespitinde; yatırımın maliyeti ve projenin mahiyeti, tıbbi donanım da dahil her türlü donanım ve mefruşatın yüklenici tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, uluslararası sektörel iç karlılık oranları göz önünde bulundurularak hesaplanan yüklenici karı, tesisteki ihtiyari hizmetlerin ve ticari hizmet alanlarının işletilmesinin yükleniciye verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınır denilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2015: 93).

Kamu herhangi bir projede KÖİ modelini uygulama kararını verirken, yapılan projenin süresinde ve bütçeye uyumlu bir biçimde teslimi, risklerin yönetimi, proje yönetim becerilerinin başarılı olması, özel sektörden teslim alındığında kamunun idare edebilme ve koruyabilme liyakat, becerilerinin olup olmadığına dikkat etmelidir (Sarıs, 2016).

İlgili mevzuat hükümlerine göre projenin mali yönetimi hastane döner sermaye işletmesinin yükümlülüğünde olduğu ve hastane döner sermaye işletmesinin ödemelerde sıkıntı yaşamaması durumunda Bakanlık merkez saymanlığının devreye gireceği modelde güvence olarak öngörülen örneklerinden biridir. Sözleşmelerde kira

bedellerinin tam ve zamanında ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve gecikmeli ödemelerden kaynaklanan cezai yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilmiş ve kira ödemesi devlet güvencesi altına alınmıştır. Bununla da yetinilmemiş işin tamamlanmasındaki maliyet değişiklikleri, gecikme ve cezalar başlığı hükümlerinde zararın karşılanması da devletin güvencesi altına alınmıştır (TTB, 2011: 200-203).

Tüm bunlara rağmen mevzuat hükümlerinin uygulama sahasında çoğunun istismar edildiği, çoğunun da yarım yamalak uygulandığı Sayıştay'ın 2018 düzenlilik denetim raporunda elde edilen bulgulardan görmek mümkündür. Bu bulguların bazıları şunlardır (Sayıştay Başkanlığı, 2019);

- Muhasebe işlemlerinde sözleşmesi imzalanarak taahhüde bağlanan ve yapımı devam etmekte olan Şehir Hastanelerinin taahhüt hesaplarında izlenmediği ve kayıt dışı olduğu görülmüştür. Ayrıyeten bu tutarların muhasebe sisteminde mevzuatta belirtilen üçer aylık dönemler itibarıyla de takip edilmediği faaliyete giren bu hastanelere ait varlık ve yükümlülüklerin kayda alınmadığı, yapılan kira ödemelerinin hatalı muhasebeleştirildiği ve verilmesi ön görülen garanti tutarlarının muhasebeleşmediği ve raporlanmadığı görülmüştür.
- Şehir hastanelerine yönelik yapılan yatırımların, hizmete alınma süreci ve hizmetlerin yürütülme sürecinde iç kontrol mekanizmasının oluşturulmamasından kaynaklı iletişim, planlama, koordinasyon ve uzmanlaşma eksikliğinden kaynaklı sorunların yaşandığı görülmüştür.
- İdarenin borç üstlenme taahhüdünde bulunulmasının usule uygun olmadığı ve bunu muhasebeleştirip raporlanmadığı bulunan ayrı bir bulgudur.
- Hizmete açılan şehir hastanelerine ait sözleşmelerde mahiyeti belli olmayan hükümler bulunmaktadır.
- 6428 Sayılı Kanuna aykırı bazı hükümlerin sözleşmelerde yer verilmiştir. Örneğin Kullanım Bedeli hesaplanırken, şirket tarafından döviz cinsinden sağlanan kredilerle beraber, yapılan sözleşme gereğince şirketin zorunlu olarak koyduğu öz kaynak tutarı için de döviz kuru üzerinden fiyat güncellemesinin yapılmasıdır.
- Hastanelere ilişkin yapılan sözleşmeler dahilinde bazı hizmet bedellerinin güncellenmesinde personel dışındaki maliyet kalemlerinde asgari ücret artışının da esas alındığıdır. Örnek olarak personel giderlerinin toplam maliyet içerisinde

az olan hizmetler için, ödenmesi gereken fiyat farkının yurtiçi fiyat endeksleri ile birlikte asgari ücret artış oranından fazla olanı üzerinden hesaplanmanın yapılmasına dair değişiklik yapıldığıdır.

- Şirketin sözleşme hükümlerini ihlali sonucunda sözleşmenin feshedilmesi ile kamu tarafından maruz kalınan her türlü ceza ve masrafın tazminat olarak şirkete geri ödemenin yersiz olduğu ve eğer böyle ödeme yapılacaksa sözleşmelerde yüzde 20 oranında özkaynak şartının getirilmesi anlamsız olduğu dile getirilmiştir.
- Uygulama projelerinin sözleşmelerin yapıldığı taşra teşkilatında bulunmamasından kaynaklı tesislerin kullanım alanlarının hangilerinin kamuya hangilerinin şirkete tahsis edileceği tam olarak bilinmediği ve bina içindeki ticari alan belirlenmesinin sözleşme ve eklerine uygun olarak yapılmadığı görülmüştür.
- Sözleşmelerde farklılıkların olduğu, faaliyete geçen hastanelerin bazı tesislerinin zamanında teslim edilmediği halde gereken yaptırımın uygulanmadığı, teslim geç olmasından kaynaklı oluşan zararın tazmin edilmediği ve ‘kullanım bedeli’ den bu tesislerin bedelinin düşülmediği görülmüştür.
- İnşaat halinde olan yer ve bahçe için bakım ve hizmet ödemesi yapılmıştır.
- Faaliyette olan bazı şehir hastanelerinde şirket tarafından ticari amaçlı binaların yapılmaya başlandığı ve inşaatlarının devam etmekte olduğu ve inşaatların bitirilemediği görülmüştür.
- Sözleşme ve eklerinde belirtilen cins ve sayıda tıbbi cihaz ve ekipmanlarının tesislerde bulunmadığı tespit edilmiştir.
- Elazığ’da 2018 yılı sonlarına doğru hizmete açılan fethi sekin şehir hastanesinde tüp bebek birimi bulunmadığı ve bu hizmet alınmadığı halde laboratuvar hizmetleri altında şirkete garanti bedeli ödemesinin yapıldığı tespit edilmiştir.
- Kanunda inşaat yapım süresi (3 yıl) ile sınırlı olmak kaydıyla şirketin damga vergisi ve harçlardan istisna tutulduğu halde ‘Kullanım Bedeli’ ve ‘Hizmet Bedeli’ ödemelerinde de idarenin damga vergisini üstlenildiği görülmüştür.
- Miktarla bağlı olarak temin edilen hizmetlerin ödemelerine ilişkin alt kalemler oluşturulduğu ve her bir alt kalem için garanti miktar ve tutarlarının belirlendiği, hizmette olan hastanelerin her birinde hizmet aynı olmasına rağmen bu tutarların

farklı olduğu görülmüştür. Örneğin Yozgat şehir hastanesi ve Sorgun devlet hastanesine çamaşırhane hizmeti aynı alt yüklenici şirket tarafından sağlanmasına rağmen şehir hastanesine sunulan çamaşır hizmeti için teklif ettiği bedelin diğer hastaneye göre 14 katında fiyat farkı uyguladığı tespit edilmiştir.

Sayıştay'ın denetim raporundaki sonuçlara bakıldığında olmayan hizmete ödeme yapıldığı, KÖİ modelinde kamunun denetim fonksiyonundan uzak olduğu bir bakıma özel sektörün çıkarlarına hizmet edildiği sonucuna ulaşılmaktadır. Uzun vadeli ödeme süreci dikkate alındığında devlet bütçesinden yapılan yersiz ödemelerin kamuyu ciddi anlamda dar boğaza sürükleyeceği kaçınılmaz bir hale gelecektir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖİ ile yapılan hastanelerin hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini getirmektedir. Entegre sağlık kampüsü ve şehir hastaneleri biçimindeki KÖİ uygulamaları ile kamu hastaneleri birlikleri tasarısının ölçeksel amacına ulaşılmış olmaktadır. Yeni büyük ölçekteki KÖİ modeli ile yapılan hastaneler açısından değerlendirildiğinde, Karasu öncelikle şu soruların akla geleceğini vurgulamıştır (Karasu, 2011: 231):

- ✓ Bu hastaneler açısından sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili optimal büyüklükler ölçüt alınmış mıdır?
- ✓ Ölçeği büyütmek sağlık hizmetleri açısından ne gibi sonuçlar doğuracaktır?
- ✓ Planlama, denetleme, mali, personel vb. gibi boyutlar açısından büyük ölçekli KÖİ hastaneleri yönetilebilecek büyüklükte/ölçekte midir?

KÖİ yöntemi ile yapılan birçok projede maliyet ve sürenin etkin kullanıldığına rastlamak mümkün olduğu gibi, etkin projeler de bulunmaktadır. Yatırım değeri analizinde riski en az maliyetle iyi yönetebilecek tarafın riski yüklenmesi, en iyi yatırım değerine ulaşan tarafın projeyi üstlenmesi halinde KÖİ yönteminin kullanılmasına karar verilir ise KÖİ yönteminin etkinliği ve verimliliğinden söz etmek mümkün olabilecektir (Kulaksız, 2018: 72).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası şehir hastaneleri projesinde devlet ve özel sektörün aynı konumda görüldüğü ifade edilmektedir. Yüklenici özel sektör şirket projenin yapım ve işletme giderleri konusunda %20 öz sermaye kullanarak sisteme dahil olabilmektedir. Finansmanın geri kalan %80'i uluslararası finans kurum ve kuruluşları, görüntüleme şirketleri, medikal şirketler, Dünya Bankası iştirakleri

tarafından sağlanabilmektedir. Kamu desteği ve maliye garantörlüğünde sağlanan finansmanda oluşacak anlaşmazlıklarda uluslararası mahkemelere başvuru yolu açık tutulmuş ve yüklenicinin riski giderilmiştir. Yüklenici firma finansmanı sağladıktan sonra şehir hastaneleri inşaat aşamasında müteahhit ve işletme döneminde de hizmet sağlayıcı pozisyonundadır. Yüklenici şirket bu iki farklı dönemde iki rolünü de alt yüklenici taşeron firmalara ihale edebilmektedir. Yani yüklenici firma sadece işin finansmanını sağlayıp sistemden çekilerek ortaya çıkan büyük kârı, riskleri ortadan kaldırmış bir halde elde edebilmektedir. Bu sistemde yüklenicinin ortaya koyduğu %20'lik oranda finansman kamunun iç borcuna dahil edilip edilmeyeceği ya da %80 uluslararası finans kurumlarından alınan %80'lik orandaki kredi desteği ve ortaklıklar kamu dış borcu olarak görülüp görülmeyeceği sorularını akla getirmektedir (Erdem, 2017).

Buna bağlı olarak KÖİ modeli kapsamında yapılan şehir hastaneleri projelerinin yürütülme sürecinin işleyiş biçimi detaylı olarak şekil 3.1'de görmek mümkündür.

Şekil 3.1: KÖİ Modelinde Finansman Uygulanma Şekli ve Devlet Yüklenici İlişkisi



Kaynak: (Sağlık Eğitimcileri Sendikası Ankara Şube 2017)

Öte taraftan KÖİ yönteminde risk ve maliyetin kamu üzerinde kaldığı, özel sektöre kira yoluyla yatırım finansmanı ve hizmet akışıyla garanti verilmektedir. Şehir hastanelerinin ihalelerini alan sektör hizmetlerin çapına göre hastanelerin %70 doluluk oranla çalıştırılacağı garanti edilmektedir. Yüksek güvenlikli psikiyatri hastanelerinde bu oran %80'dir (Pala, 2018: 10).

Özel sektörün düzenli olarak aylık kira geliri elde etmesinin temel çıkarı olacağına şehir hastaneleri projeleri toplum nezdinde kabul görmüş olup beklentileri yüksektir. Büyük sağlık projelerinin hayata geçirilmesiyle Türkiye’de sağlık sektörün gelişimine büyük katkı sağlanacaktır. Artan sağlık kalitesinin yaşam standartlarının iyileştirileceğine işarettir. Bunun için de sağlık tesislerinin, fiziki yeterlilikte olması ve sağlık hizmet sunumunun arzu edilen noktaya ulaştırılması gerektiği ve inşa edilecek yeni tesisler için ciddi sermayeye ihtiyaç duyulacağı kanaatine varılmıştır. Bu bakımdan devletin tek başına sermayeyi üstlenmesi mali açıdan sıkıntı yaratacaktır. Dolayısıyla KÖİ modeli ile finansman sıkıntısı büyük ölçüde giderileceği düşünülmektedir. KÖİ modelinin kapsamı ve tanımı toplum cihetinde yeterince bilinmediği için daha çok özel sektör katılımı nedeniyle özelleştirme olarak algılanmaktadır. Zira bu algının da kişilerin özelleştirmeye gösterdikleri tepkilerle KÖİ modeline ilişkin tepkilerine yol açmaktadır (Güler, 2016: 73).

3.1.2. Hukuki Açıdan Uygulamaları

Sağlık tesislerinde kiralama karşılığında yaptırılmasına yönelik düzenlemenin 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında Ek Madde 7’nin eklenmesiyle yapıldı. Bunun akabinde 2006 yılında kiralama kapsamı ve içeriği ile ilgili yeni bir yönetmelik ve 2013 yılında yeni bir yasa ile belirlendi. Bu düzenlemeler ile ilk önce Entegre Sağlık Kampüsü, sonra Sağlık Kampüsü, daha sonra Kamu Özel Ortaklığı, ardından Kamu Özel İşbirliği ve en nihayetinde Şehir Hastanesi adıyla topluma sunuldu (Pala, 2018: 9).

Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliğinin 6. Maddesi (Kalkınma Bakanlığı, 2015:91-92);

- ✓ Fıkra (1) de; Bakanlık ve bağlı kuruluşları ön proje, ön fizibilite raporu, temel standartlar ile ihale dokümanı ve sözleşme hükümleri çerçevesinde, Maliye Bakanlığı tarafından sabit yatırım dönemi hariç 30 yılı geçmemek üzere yüklenici lehine bedelsiz olarak tesis edilecek bağımsız ve sürekli nitelikteki üst hakkı sözleşmesinde belirtilen şartlarla Hazinesin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde tesis yaptırabilir. Yapım işlerine ilişkin ön fizibilite raporu ve proje ile ilgili diğer belgeler Bakanın imzasıyla Yüksek Planlama Kurulunun

onayına sunulur. Yapım işlerinin ihalesi, Yüksek Planlama Kurulundan yetkilendirme kararı alındıktan sonra gerçekleştirilir.

- ✓ 2. Fıkrasında; Yapım işlerinde, ihtiyari hizmetlerin sunulması ve ticari hizmet alanlarının işletilmesi yükleniciye bırakılabilir ve varsa ihale dokümanında belirtilen tıbbi donanım da dahil olmak üzere bütün donanım ile mefruşatın yüklenici tarafından sağlanması öngörülebilir. Bu durumda bedelin hesabı, yükleniciye bırakılan hizmetler ve ticari alanlar ile yüklenici tarafından sağlanan donanımlar ve mefruşat dikkate alınarak yapılacağı belirtilmiştir.
- ✓ 3. fıkrasında İdarenin öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda kullanımlarında bulunan tesislerin yenilenmesi işlerini tesislerdeki belli hizmetlerin sunulması ve/veya ticari hizmet alanlarının işletilmesi ve/veya bedelinin ödenmesi karşılığında yaptırabileceği vurgulanmıştır.
- ✓ 4. fıkrasında İdare, tesislerin yaptırılması veya yenilenmesi ile ilgili olarak yüklenici ile imzalanacak olan sözleşmenin süresini, toplam sabit yatırım tutarını ve bedelini, hazırlanan fizibilite raporunun sonucuna göre ihale öncesinde belirler. Sözleşme süresi, sabit yatırım dönemi hariç olmak üzere otuz yılı geçemez.
- ✓ 5. Fıkrasında İdare, teknik ve/veya ekonomik yönden daha avantajlı olması halinde birden fazla yapım veya yenileme işlerini tek bir ihale ile yaptırabilir.
- ✓ 6. fıkra da bu Yönetmelik çerçevesinde yapılacak olan işlere yönelik araştırma-geliştirme, proje ve danışmanlık hizmetleri ile ileri teknoloji ve yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetler bu Yönetmelikte yer alan ihale usulleri ile temin edilebilir.
- ✓ 7. Fıkra da sözleşme kapsamında bulunan donanım, mefruşat ve diğer hizmetlerin piyasa testleri için bu yönetmelikte tanımlanan usullerin uygulanacağı belirtilmektedir.

3.1.3. Kamu İhtiyacını Giderme Yönünde Uygulamaları

Bazı ülkelerde KÖİ uygulamaları, yıllık kira ödemelerinin ne derece ağır bir mali yük getirdiğini ve KÖİ hastanelerinin ve sağlık hizmetinin geleceği açısından önemli sorunlar doğurduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık gibi, hizmetin aksaması durumunda telafisi mümkün olmayan sonuçlar yaratacak bir alan söz konusu

olduğunda Bakanlığın, sistemin işlerliğini sağlamak üzere özerk sağlık işletmelerinin güvencesi olarak gerektiğinde yeni roller üstlenmesi kaçınılmazdır (Karasu, 2011: 241).

Özzeybek Taş tarafından şehir hastanelerinin gerek sağlık çalışanları ve gerek vatandaşların katılımlarının sağlanmış olduğu bir ankette şehir hastanelerinin kamu ihtiyacını giderme ve şehir hastanelerinin pozisyonu hakkında edinilen veriler aşağıdaki gösterilmiştir (Özzeybek Taş, 2018:48-50):

- ✓ Vatandaşlar ve sağlık çalışanları arasında şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesi artıracak ve bununla birlikte şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut yatak sayısı da artacağı görüşünü de desteklemektedir.
- ✓ Hizmete başlayan şehir hastanelerinde poliklinik sayısı ve muayene olan hasta sayısı artacaktır.
- ✓ Şehir merkezine olan uzaklığı açısından hastaların şehir hastanelerinde hizmete ulaşım açısından olumsuz bir sonuç doğuracaktır.
- ✓ Şehir hastanelerinde geniş ve ferah odalardaki yatak sayısı azaltılması enfeksiyon hastalıkları riski azalacağı kanaati desteklemektedir.
- ✓ Şehir hastanelerinde hizmet kollarının genişleyeceği öngörülmektedir. Ayrıca yatakların fazla olması hastane yönetiminde zorluklar yaratacaktır.
- ✓ Yapılacak şehir hastanelerinde daha profesyonel bir ekip tarafından yönetileceği görüşü hâkim iken projesinin kamuyu borç yüküne getireceği düşünülmektedir.
- ✓ Alınan vergiler artacağı ile birlikte sağlık harcamaları da artacaktır.
- ✓ Özel sağlık sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır ve bununla birlikte vatandaşların şehir hastanelerine ulaşımında yaşadığı zorluklardan dolayı yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih edecektir.
- ✓ Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracak ve bu kapsamda şehir hastaneleri ile özel sağlık sektörü varlıklarını sürdürebilmek için mevcut kalitesini artırma yollarına başvuracakları öngörülmüştür.

Öte yandan Tükel tarafından Ankara’da 15 kamu hastanesinden toplam 67 yönetici ve Trabzon’da faaliyette olan 15 kamu hastanesinden 75 yönetici ile yapılan görüşmede KÖİ uygulamasına ilişkin KÖİ modelinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanacağı görüşüne Ankara’daki yöneticiler kararsız, Trabzon’dakiler başarısız olacağı görüşünde kalmışlar. Bu kapsamda devletin gücünün azalacağı görüşünde her

iki ilin yöneticileri kararsız kalmaktadır. Sağlık yöneticileri sağlık personelinin iş güvenliği ve özlük haklarında iyileşmenin sağlanacağına dair görüşte de kararsız kalmışlardır (Pala ve Tükel, 2018: 224).

Yüklenici firma tarafından şehir hastanelerinde sunulacak hizmetler 3359 sayılı kanun yükleniciye ödenecek ücret ‘kira’ olarak tanımlanırken, 6428 sayılı kanunda ‘bedel’ kavramı olarak tanımlanmıştır. 6428 Sayılı Kanunda hangi hizmetlerin yüklenici tarafından karşılanacağı, fizibilite raporu kapsamında ne kadar hizmet bedeli ödeneceği, garanti edilen hizmet miktarları ve bu hizmetlerin birim bedelleri ne olacağı sözleşmeler kapsamında belirlenmektedir (Erdem, 2017: 25);

Sözleşme süresi boyunca öz kaynaklar dışında finansal tabloda belirtilen toplam borç miktarında, yeni finansman veya borçlarda yapılandırma yapılmasıyla azalma meydana gelmesi durumunda, azalmanın idare ve sektör arasında eşit oranda paylaşarak kullanım bedeline yansıtılır. Bedel, Bakanlık veya bağlı kuruluşların döner sermaye bütçesinden veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir (Kalkınma Bakanlığı, 2015: 80).

Kamu sektörü tarafından özel sektöre ödenen bedel, kullanım (kira) ve hizmet bedeli olmak üzere iki aşamalıdır. Sektör tarafından verilen hizmetlerin sözleşme kapsamında olup zorunlu olanların yanında sözleşmeye dahil edilmeyen hizmetlerde bulunmaktadır. Nitekim kamunun sözleşmeye dahil olan hizmetlerin bedelini de sektöre ödemektedir. Bu hizmetlerin neler olduğunu aşağıdaki tabloda görmek mümkündür.

Tablo 3.1: Özel Sektör Tarafından Sunulan Hizmetler

Zorunlu Hizmetler (P1)	Zorunlu Olmayan Hizmetler (P2)
Bakım ve Onarım Hizmetleri	Güvenlik Hizmeti
Bahçe Bakım Hizmetleri	Temizlik Hizmetleri
Bina Arazi Hizmetleri	Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
Ortak Yönetim Hizmetleri	Otopark Hizmetleri
Mefruşat Hizmetleri	Hasta Yönlendirme Hizmetleri
Diğer Tıbbi Destek ve İlaçlama Hizmetleri	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetler
	Atık Hizmetleri
	Yemek Hizmetleri
	Görüntüleme Hizmetleri
	Rehabilitasyon Hizmetleri
	Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
	Laboratuvar Hizmetleri

Kaynak: (Sarıs, 2013: 242)

Zorunlu hizmetler; piyasa rayiç fiyatlarına göre kamu ile sektör tarafından ücret karşılığında, yapılan sözleşmede tesiste bulunan ve hizmetten yararlananların ihtiyaçlarının karşılandığı alanlarken, zorunlu olmayan hizmet alanları kamu tarafından sözleşmede belirlediği esaslara göre tesiste yapılacak her türlü hizmet alanlarıdır (Sarısü, 2013: 242).

Bu hizmetlere yönelik yapılan ödemelere örnek verecek olursak Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsünün sabit sermaye yatırım tutarı 2015 kur fiyatı ile 1.900.361.173 TL iken, yıllık kira bedeli 513.000.000 TL ve bunun içinde; Bina kullanım bedeli 213.000.000 TL, zorunlu hizmetler (P1) bedeli 27.000.000 TL, zorunlu olmayan hizmetler bedeli ise 273.000.000 TL'dir. Aynı şekilde Kayseri şehir hastanesinin sabit sermaye yatırım tutarı 672.930.277 TL bina kullanım bedeli 54 milyon TL, bunun içinde zorunlu hizmetler (P1) bedeli 10 milyon TL, zorunlu olmayan hizmetler (P2) bedeli ise 73 milyon TL olarak hesaplanmıştır (Sarısü, 2016: 546). Konu detaylı olarak aşağıdaki bölümlerde incelenecektir.

3.2. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAPSAMINDA YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİNİN ETKİNLİĞİ

Türkiye’de özellikle son on yıldır kamuoyu nezdinde hemen hemen herkesin haberdar olduğu sağlık alanında yapılan reformlarla gündeme gelen şehir hastaneleridir. Türkiye’de yaşayan vatandaşların sağlık problemlerinde ciddi artışların olduğu bir zamanda sağlık alanında yapılan inovasyonların ‘yeniliklerin’ beklentilerle birlikte kaygıları da beraberinde getirmektedir. Nitekim hizmet vermeye başlayan birçok şehir hastanesi üzerinde çalışmalar, oturumlar ve değerlendirmeler yapılmıştır. Ankara ilinde yaşayan bireylerin ve sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri ile ilgili görüşlerini belirlemek, benzerlik ve farklılıkları analiz etmek üzere Özzeybek tarafından 2018 yapılan çalışmada 446 sağlık çalışanı ve 440 sağlık çalışanı olmayan vatandaşlarla yapılan anket çalışması sonucunda şu bulgulara ulaşılmıştır:

- Araştırmaya katılan vatandaşların %20,9’u şehir hastanesi ile ilgili bilgiyi Sağlık Bakanlığından öğrenmiş iken %32,3’ü Sosyal Medya ve %46,4’ü ise Kitle İletişim Araçları vasıtasıyla öğrenmiştir.

Aynı şekilde sağlık çalışanları üzerinde yapılan değerlendirmelerde bir çok kriter dikkate alınmıştır. Örneğin yapılan meslek, meslekteki pozisyonu, bu pozisyonlarda geçirilen hizmet süresi, çalışılan kurum ve eğitim seviyeleri gibi ayrıntıların yer aldığı

bir değerlendirmeye gidilmiş. Yapılan ankette sağlık çalışanlarının (s) şehir hastaneleri için sorulan sorulara bağlı olarak vermiş oldukları cevaplar aşağıda gösterilmiştir (zzeybek Taş, 2018: 43-44):

- şehir hastaneleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının iş yükü artacağı, Sağlık alışanlarında tükenmişlik, uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunlarında artış görüleceği ve Koordinasyon ve Konsültasyon hizmetleri giderek zorlaşacağı gibi sorulara verilen cevapların yoğunlukta olduğu grlmştir.
- Sağlık alışanları yasal olmayan şekilde tek kişi nöbet tutmak zorunda kalacak ve Sağlık alışanlarının dinlenme odaları ve dinlenme saatleri kaldırılacağı sorulara ise çekimser cevaplarının çoğunlukta olduğu grlmştir.

Baş'ın Yozgat ilinde 400 sağlık çalışanı ve 400 hasta üzerinde birçok kriterin baz alındığı ve şehir hastanelerinin halka yeterli düzeyde etkisinin olup olmayacağı ile ilgili yapılan anket çalışmasında şu sorular sorulmuştur (Baş, 2018: 69-70):

- KÖİ modeli ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti arttırılabilir
- KÖİ uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi komple kamuya ait olmalıdır
- KÖİ devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşüncesi
- KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır
- şehir hastanelerinde özel sektör kar amacı güttüğünden ötürü hastalar açısından sıkıntı oluşabilir
- şehir hastanelerinin açılmasıyla büyük şehirlere tedavi amaçlı seyahatlerde azalma olduğudur.

Hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcıları arasında yukarıda verilen sorulara verilen cevap düzeyinde anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Bu kapsamda;

- KÖİ ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti arttırılabileceği
- KÖİ modelinin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu
- KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti arttıracaağı
- şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratabileceği gibi sorulara hizmet yararlanıcılarının katılım düzeyi hizmet sunucularından anlamlı derecede daha yüksekken;

- KÖİ uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalı ve
- Şehir hastanelerinin açılmasıyla büyük şehirlere yapılan tedavi seyahatinin azalacağı sorularda ise hizmet sunucularının katım düzeyi hizmet yararlanıcıların katılım düzeyinden anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

Mersin şehir hastanesi üzerinde yapılan bir incelemede bir yıl içinde 568 bin 397 acil, 1 milyon 602 bin 847 ayakta tedavi görmüş, 88 bin 299 yatan hasta ve 230 bin 653 kişi gününbirlik hizmet alan olmak üzere toplamda 2 milyon 250 bin hasta başvurusu olmuştur. Kapatılan iki devlet hastanesine bakıldığında bu oranın artmadığı tam tersine azaldığı görülmektedir. Nitekim 2016 yılında aylık acil ve poliklinik başvurusu yapan 196 bin kişi iken, 2017 yılında bu rakam 181 bin civarındadır. Bu hastaneler kapatılmadan önceki yılda toplam ameliyat sayısı 63.065 iken ŞH bir yılda 64.813 ameliyat yapılmıştır (Pala ve Uğurhan, 2018: 262-263).

Bu durum şehir hastanelerinin devlet hastanelerine nazaran etkin olmadığı, etkin olsalar dahi genel yatırım tutarları ve genel riskler dahil edildiğinde etkin olmadığı kanısı ortaya çıkar.

Erdem tarafından şehir hastanelerinin etkinliği konusunda şu tespitler elde edilmiştir (Erdem , 2017: 55-57):

- ✓ Hali hazırda olan projeler kayıt dışı ve yüksek faiz oranlarıyla devleti borç yüküne sokacaktır.
- ✓ Yüksek kar getirisi olan tıbbi hizmetler, destek hizmetleri ve ticari alan işletmeleri özel sektörün hizmetine sunulmaktadır.
- ✓ Devlet arazi, altyapı ve finansman garantisini üstlenmektedir. Yeterli miktarda hasta vatandaş bulunamayıp zarar edilirse, oluşan fark, halkın vergileri olan genel bütçeden karşılanacaktır.
- ✓ Tıbbi gereklilik taşımayan büyük ölçeklerde lüks hastane yapıları, tıbbi/bilimsel yaratıcılığı, üretkenliği ve sağlık hizmetlerinin niteliğini düşürecektir.
- ✓ Alan ve yapı büyüklüğü ile göz boyayan ŞH, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kaygısı taşınmaktadır. Bağımlılık tedavisi, geriatri merkezleri, rehabilitasyon merkezleri gibi sağlığın tedavi edici hizmetten daha fazlası olduğu ilkesi yok sayılmaktadır.

- ✓ Kâr baskısı ve özel sektör önceliği Eğitim Araştırma Hastaneleri kapsamındaki tüm ‘sağlık personeli’ eğitimini olumsuz etkileyecektir. Birçok eğitim araştırma hastanesinin kapanmasına neden olan şehir hastaneleri projelerinde, alternatif herhangi bir ‘sağlık eğitimi programı’ bulunmamaktadır.
- ✓ Şehir Hastanesi projeleri çerçevesinde birçok ilde planlama yapıldığı; ancak ilin hasta ve sağlık kurumları verilerinin göz önünde bulundurulmadığı ve hatta çoğu ilde ihtiyaç olmadığı görülmektedir.
- ✓ Hastanelerin gelir gider dengesi gereği şehir hastaneleri projelerinin döner sermaye gelirleriyle karşılanma olasılığı bulunmamaktadır.
- ✓ Şimdilik Genel Sağlık Sigortası primi, katılım ve katkı payı ödeyerek hizmet alınan bu kurumlarda, özel sağlık kuruluşlarında olduğu gibi ilave ücretler ödenecektir. Vatandaşlar özel sağlık sigortası yapmak zorunda kalacaktır.
- ✓ Şehir dışına inşa edilen hastanelere yoğun hasta akışı, yoğun trafik sorunu ortaya çıkaracaktır.
- ✓ Şehrin içindeki ulaşımı kolay hastaneler kapatılmakta; şehrin dışında alış veriş merkezi (AVM) tarzı dev hastaneler kurulmaktadır. Şehirlerin dışındaki, trafiğin yoğun olduğu bölgelerdeki şehir hastanelerine yaşlı, engelli, çocuk ve acil vakaların erişimin zorluğu, halkı, yakınlarındaki özel hastanelere gitmeye mecbur bırakacaktır. Zamanında ulaşamama, uzaklık nedeniyle ertelenen ya da hiç yapılmayan hastane başvuruları nedeniyle hastalıkların daha kötü klinik tablolara evrileceği, önlenabilir komplikasyonlarda ve önlenabilir ölümlerde artış olacağını da söyleyebiliriz.
- ✓ Sağlıkta taşeronlaştırma yaygın bir çalışma biçimi haline dönüştürüleceği gibi, tüm sağlık ve sosyal hizmet emekçileri taşeronlaştırılma, güvencesiz hale getirme ve ucuz işçilik baskısı altında çalışmaya zorlanacaktır.

KÖİ modelinin şehir hastanelerindeki etkinlik ve verimliliğin artırılması için gerekli mevzuatın oluşturulması ve uygulanması, efektif sözleşme yönetimi analizlerinin doğru yapılması, karar alıcıların yetenek ve tecrübeli olması gerektiği; bununla birlikte sektör tarafından atıl kaynakların reel üretime yönlendirilerek kamunun bütçe sıkıntısını gidermesi halinde kamu ve özel sektör için kazan-kazan olacaktır. Aksi halde bu işbirliğinin kamunun zararına sebep olacak ve dolayısıyla vatandaşların üzerine yük olacaktır (Kulaksız ve Küçükkocaoğlu, 2019: 225).

Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılan şehir hastaneleri, devletin sağlık hizmetlerini daha iyi sunması için faydalı olmakla birlikte, kamuya getirdiği yük açısından uzun dönemde sıkıntıların yaşanmasına sebep olabilmektedir. Özel sektörün bu yatırıma aşırı karlı görerek yönelmesi, yatırımda kullanılacak finansmanın büyük çoğunluğunun kredilendirilmesi, modele olumsuz bakılmasına sebebiyet vermektedir. Çünkü devletin de kredi kullanarak bu yatırımları yapması ve özel sektörü sağlık hizmetlerine hiç ortak etmemesi, daha faydalı bir adım olarak görmek mümkün olmaktadır. KÖİ modeli ile devletin ekonomik avantaj sağlaması ve finansman sıkıntısı çekmemesi, Sağlık hizmetlerinin yapılan şehir hastaneleri ile çağdaş yapıya kavuşturulması, hastaların sağlık haklarının sorunsuz karşılanması ve hasta memnuniyetinin yüksek seviyede tutulması ilk amaçlardan olmalıdır (Baş, 2018: 73).

Adana şehir hastanesine TTB tarafından yapılan gözlemde şu sonuçlara ulaşılmış (Pala ve Tükel, 2018: 223);

- ✓ İnsan gücü ve alt yapı olanakları açısından hastanede yetersizlikler var. Vatandaşların sağlık hizmetlerine dair taleplerinin karşılanmasında zorluklar yaşanmaktadır.
- ✓ Polikliniklerde tıbbi sekreter ve veri giriş elemanı eksikliğinden kaynaklı hekimlerin iş yükü artmaktadır. Bu durum hizmetin kalitesini ve verimini düşürmektedir.
- ✓ Sağlık çalışanlarına ait dinlenme ve giyim odaları oluşturulmamıştır.
- ✓ Oluşan sorunların çözümünde muhatap bulunamıyor.
- ✓ Alt yapı yetersizliği nedeniyle elektronik cihazlarda arızalanmalar ve hizmette aksamalara neden oluyor.

3.2.1. Zaman Bakımından

KÖİ ile alakalı yapılan çalışmalardan anlaşılıyor ki önceden hastanelerin yerleşim yerine yakın olması vatandaşların birçok ihtiyacını eş zamanlı giderebildiği bir durum iken ŞH şehrin dışında ve uzak olmasıyla vatandaşlar günün neredeyse tümünü hastanede geçiriyorlar. Bu durum hem vatandaşları zamanından edecek hem de tüm gününü verdiği tedavisinde de tam anlamıyla bir neticeye kavuşmadan bir daha bu tedavi için ayriyeten zaman ayıracaktır.

Hastanelerin fiziki konumu itibarıyla oluşan zaman sorununa hastanedeki sunulan hizmetin işleyiş süresinin de dikkate alınarak Mersin şehir hastanesine yönelik

hizmetlerin süreye bağlı olarak muayene süresi, sıra bekleme süresi, yapılan tetiklerin sonuçlanma süresi ve randevuya bağlı istenen tetiklerin süresi değerlendirilmesi adına yapılan anket çalışmasında sunulan hizmetlerden katılımcıların memnuniyet düzeylerinin göreceli olarak düşük olduğu bulgularına ulaşıldığı görülmektedir (Pala ve Uğurhan, 2018: 267).

Gökkaya ve diğerleri tarafından Isparta şehir hastanesi üzerinde yapılan ankette yaş ve medeni durumlarına göre hastaların harcanan zaman boyutu mefhumunda farklılıkların olduğu sonucu elde edilmiş. Elde edilen neticeye göre, zaman faktörünü genç yaşta olan hastaların daha fazla önemseydiği tespit edilmiş ve buna ilaveten evli olmayan hastaların, şehir hastanesinin zamana faktörüne bağlı işlemlerinden evli olan hastalara göre memnuniyetlerinin daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gökkaya, İzgüden, ve Erdem, 2018: 146).

3.2.2. Ulaşım Bakımından

Kapatılacak hastaneler yerine açılacak yeni şehir hastanelerinin ucuz arsa temini için şehrin dışındaki alanlara yapılacak olması halkın sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntı yaşamasına sebep olma ihtimalini bulundurduğundan şehir hastanelerinin planlama sürecinde şehre olan uzaklık ve ulaşım tedarikleri doğru bir şekilde hesaplanmalıdır (Aydın , 2017: 29).

Şehir merkezlerindeki hastanelerin kapatılarak bütünleşmiş sağlık kampüslerine taşınması halkın hastaneye ulaşımını zorlaştırmaktadır. Şehrin dışında planlanan ve birçok bölgede yapılan şehir hastaneleri yaşlıların, engellilerin, uzak yerleşim yerlerinde ikamet eden vatandaşların sağlık kampüslerine ulaşımında zorluk yaşamasına neden olabilir. Vatandaşın ikamet ettiği yerlere daha yakında bulunan kamu hastanelerinin kapanması acil sağlık hizmeti alınması gereken durumlarda bireylerin yerleşim yerlerine yakınlığı nedeniyle özel sağlık kuruluşlarına talebi artırabilir (Özzybek Taş, 2018: 21).

Nitekim dünyada sağlık alanında benzer şikâyetlerin olduğu bir gerçektir. Bu bakımdan Kanada kamu emekçileri derneği tarafından yapılan çalışmada da hastanelerin yerleşim yerinden uzak oluşu ulaşımında ülkemizdeki şikâyetlerin benzeri yaşandığı görülmektedir. Şehir Hastanelerinin şehir merkezinden çok uzak alanlara kurulmaları ulaşım açısından ciddi anlamda sorun yaratmaktadır.

Nitekim Ankara Bilkent şehir hastanesine ulaşım süresinin ortalama 60 dakika ve taksi ile ulaşım için 110 lira ücret ödemesi yapılmaktadır. Ayrıca KÖİ ile yapılan

şehir hastanelerinin merkeze yakınlığı ile bilinen Eskişehir şehir hastanesine ulaşımın yaklaşık 30 dakika sürdüğü ve taksi ile ulaşım ücretinin 60 lira olmaktadır. Görüldüğü üzere ulaşımında harcanan süre ve ücret sağlık hizmetine ulaşımın ne kadar zorlaştırdığını göstermektedir (TTB, 2020).

Mersin şehir hastanesine ulaşım konusunda Mersin tabipler birliği tarafından eğitim durumları ve yaş sınırlılıklarının dikkate alınarak yapılan 400 kişilik anket çalışmasında 203 kişinin hususi araçla şehir hastanesine gitmeyi tercih ettiği, 149 kişinin toplu taşıma araçlarını tercih ettiği; geri kalanların 24'ü tanıdık arabasıyla, 18'i taksi gibi araçları tercih ettiği, 6 kişinin ise araç türünün değişkenlik gösterdiği görülmüştür (Pala ve Uğurhan, 2018: 267).

Hususi aracın kullanılmada öncelikli olarak tercih edilmesinin altında diğer toplu taşıma araçların daha çok maliyetli olduğu düşüncesi yatmaktadır.

Yine Mersin ilinde aynı anket üzerinden katılımcıların gidecekleri hastaneyi seçme kriterleri üzerinden yapılan değerlendirme sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Tablo 3.2: Mersin İlinde Gidilecek Hastaneyi Seçme Ölçütü

Hastaneyi Tercih Etme Nedeni	Sayı	%
Yaşanılan Yere yakın olması	90	73,2
İlgi gösterilmesi	21	17,0
Hizmet kalitesinin daha yüksek olması	7	5,7
Rahat bir ortam olması	3	2,4
Tedavi amacıyla tercih edilen hekimin çalıştığı yer olması	2	1,6
Toplam	123	100,0

Kaynak: (Pala ve Uğurhan, 2018: 269)

Tablodan anlaşıldığı gibi ulaşım hastaneyi tercih etme nedenlerin başında gelmektedir. Bu durumdan şu sonuçlar elde edilebilir. Zaman kavramı, maddi durumun elverişliliği, hastane işi ile birlikte başka işlerin halledilmesi durumu ve diğer hususlar dikkate alındığında yaşanılan yere yakın hastanelerin tercih edilme olasılığını yükseltir.

Aynı şekilde Mersin Sağlık çalışanları derneği şubesi tarafından 2017 yılında sağlık çalışanları üzerinde uygulanan ankette sağlık çalışanlarının %70' hastaneye ulaşmada sıkıntılar yaşadığı beirtilmiştir. Öte yandan 360 ile 400 kişi üzerinden yapılan ankette hastaneye ulaşım olanakları, hastaneye ulaşım süresi ve hastanenin yaşanılan

yere uzaklığı incelendiğinde kötü seçeneğini tercih edenlerin oranları daha yüksek olduğu görülmektedir. (Pala ve Uğurhan, 2018: 268-271).

3.2.3. Hizmet Kalitesi Bakımından

KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin birçok açıdan faydalarının olduğu, buna karşın, maliyet hesaplamalarının iyi yapılması gerektiği tespit edilmiştir. Şehir hastanesi öncesi tedavi maliyetleri ile şehir hastanesi sonrasında tedavi maliyetleri hesaplanarak karşılaştırılmalı ve bunun sonucunda ekonomik avantaj sağlayıp sağlamadığı veriler ile ortaya konulmalıdır (Baş, 2018: 73).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün Denetim ve Müşavirlik Hizmetleri Daire Başkanı ile Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı adı altında Ayhan ve diğerleri tarafından gerçekleştirilen mülakatta sağlıkta uygulanan KÖİ modelinin maliyet ve kalitesi hakkında yöneltilen sorularda şu cevap alınmıştır (Ayhan ve Ergün, 2018: 524);

- ✓ Maliyetlerin uzun vadede KÖİ modelinde klasik yöntemle göre daha ucuz olduğu ifade edilmiştir.
- ✓ İşletme döneminde özel sektör tarafından yapılan bakım ve onarımın daha sağlam ve bakımlı olduğu vurgusunu yapmıştır.
- ✓ Klasik yöntemle bakım ve onarım yapılırsa, belirlenen zamanda tesisin bitirilememesi, oluşacak bakım ve onarım maliyetleri, finansman maliyeti, süre aşımından kaynaklı oluşan kur riski, gibi durumlardan kaynaklı yapılan tesisin yapım fiyatının üstüne çıkacağı belirtilmiştir.

3.2.4. Memnuniyet Düzeyi Bakımından

Mersin şehir hastanesinde hasta memnuniyetinin eskiye nazaran arttığı yapılan ziyaretlerde gözlemlenmiştir. Şehir hastanelerindeki fiziki şartların çok üst düzeyde olması ve birçok sağlık hizmetine erişim sağlanabilmesi vatandaşlar tarafından takdir edilmektedir. Özellikle eski hastanelerin koğuş tipi hasta odalarına nazaran şehir hastanelerinde sağlanan imkânlar ile yüksek düzeyde memnuniyet getirmektedir. Şehir hastanelerinde vatandaşlar bütün tuvaletlerin alafranga olarak düzenlenmesinden şikâyetçidirler. Özellikle poliklinik alanlarındaki tuvaletlerin bir kısmının vatandaş hassasiyetleri de dikkate alınarak alaturka olarak düzenlenmesi gerektiği öngörülmüştür. Yönlendirme ve hasta refakatçi hizmetleri, vatandaş için önemli bir memnuniyet alanı

olup, bu hizmetlerin artırılması vatandaş memnuniyetini daha da artıracaktır (Atasever, 2018: 88-89).

KÖİ modeli hakkında hizmet sunucuları açısından yeterli düzeyde seminer, konferansla gerekli bilgilendirmenin yapılmadığı için sağlık çalışanları için model hakkında daha çok bilgilendirmenin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Baş, 2018: 72).

Çınar ve diğerleri tarafından 250 katılımcı üzerinde yapılan bir anket çalışmasında ortalama (% 3,52) en çok temizliğe ve hijyene önem gösterildiğine, hastanede ilk başvuru noktasının kolayca bulunabildiğinin (% 3,50) ortalamalarında olduğuna, hastan bakıcı ve hizmetlinin hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davrandığına ortalama (% 3,50) kişi katılım göstermiştir. Aynı şekilde poliklinik hizmetlerinin değerlendirmesinde genel olarak (% 2,09) ortalaması ile iyi olduğu görülmektedir. Şehir hastanesine başvuranların genel değerlendirmesine bakıldığında ise bu hastaneyi başkasına tavsiye edeceği görülmektedir (Çınar, Türkoğlu ve Tütünsatar, 2017: 228-229).

2013-2018 yılları arası 6 yıl için TÜİK kaynaklarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri incelendiğinde %70 oranlarında olduğu görülmektedir. 2018 yılında bu oranın 2016 ve 2017 yıllarına göre daha düşük olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, 2019: 195).

3.2.4.1. Halk

Hizmetten yararlanan vatandaşların KÖİ modeli hakkında bilgilerinin oldukça düşük olduğu ve genç hastaların memnuniyetlerinin diğer yaş grubundaki hastalara oranla düşük olduğu görülmüştür. Bu durum genç hastaların hastane deneyimleri düşük olduğundan hastaneler hakkında daha yüksek beklentiye girdikleri ve bu yüzden memnuniyetlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Genel anlamıyla değerlendirildiğinde hizmet yararlanıcılarının KÖİ modeli ile yapılan şehir hastanelerine olumsuz bakmadığı, büyük çoğunluğu şehir hastanesinden aldıkları hizmetten oldukça memnun kaldıkları ve hastanenin sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşıladığını düşündükleri görülmüştür. Bu bakımdan hastaların hizmet memnuniyeti KÖİ modeline olumsuz bakmadığı şeklinde yorumlanabilir (Baş, 2018: 72).

Gökkaya ve diğerleri tarafından demografik özelliklerin dikkate alınarak Isparta Şehir Hastanesinde hizmet alan hastalar üzerinde yapılan memnuniyet anketinde fiziksel

ortam, genel memnuniyet, personel memnuniyeti ve zaman boyutlarıyla ele alınarak dört farklı boyutta hastaların memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda dört boyut çerçevesinde de hastaların oldukça memnun oldukları tespit edilmiştir. Hastane içinde kullanılmakta olan araç gereçlerin kalitesi, muayene odaların rahatlığı, hijyen koşullarının uygunluğu, hastanenin fiziki görünümü ve hastanenin ferahlığı hastaları öncelikli olarak memnun ettiği görülmüştür. Ayrıca hastaların hastanenin genel kalitesinden, muayene olunan birimlerden, danışma ve yönlendirme hizmetlerinden genel anlamda memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan memnuniyeti düşüren başlıca faktörler arasında şehir hastanesine ulaşım sorunu, hastanede tıbbi sekreterlerin olmayışı, hastane büyüklüğünden kaynaklı karışıklık, hastane içi ulaşım, otopark ve kantin gibi yerler bulunmaktadır (Gökkaya, İzgüden, ve Erdem, 2018: 146).

3.2.4.2. Çalışan Personel

Hizmet sunucuları açısından genel anlamda, yapılan şehir hastanelerinin, teknik donanım ve altyapı hizmeti olarak iyi olduğu, diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunduğu, hastaların tedavi kalitesi, rahatı ve konforundan ötürü memnuniyetlerinde artışın olduğu görülmüştür. Buna karşın, KÖİ modeli uygulamasında şehir hastanesinin yönetiminin tamamen kamuya ait olması gerektiği ve modelin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşündüğü söylenebilir (Baş, 2018: 72).

Özzybek Taş'ın yaptığı çalışmada sermaye birikimine katkının esas alındığı şehir hastanelerinde çalışan sayısının görece azlığı, kişi başına yapılan işlerin fazlalığı, iş yükünde olan artış, döner sermaye ile ilgili yukarıda bahsedilen durumlarla birlikte ücretlerdeki değişiklikler ve ücretlerin ödenememe sorunu, personel yetersizliğinden oluşan zaman baskısı, şirketler nedeniyle emeğin bağımsız karar alma konusundaki sıkıntıları, çok başlı yönetim, ulaşım için ayrılan zamanın artması, taşeronla verilecek işlerin artacağı yönlü kaygılar, fiziki mekânın büyüklüğü nedeniyle zamanı verimli kullanamama kaygısının artması gibi nedenler ile psikolojik ve sosyal risklerin iş stresini artırabileceğinden memnuniyetsizlik ve verimsizlik artabilir. Bazı ülkelerde yaşanan deneyimlerle ülkemizde faaliyete geçen şehir hastanelerine yönelik oluşması muhtemel sorunlarımıza cevap olmaktadır (Özzybek Taş, 2018: 23).

Yöneticilerin olumlu bakışı, hemşire, teknik personel ve diğer personelden anlamlı ölçüde yüksektir. KÖİ modeline hizmet sunucuları arasında özellikle yöneticiler daha olumlu yaklaşırken, teknik personelin daha olumsuz bakış açısına sahip olduğu söylenebilir. Şehir hastanesi memnuniyetleri açısından da, yöneticilerin memnuniyeti, doktor ve teknik personelden yüksektir (Baş, 2018: 72).

Dinlenme açısından yetersiz mekânlardan kaynaklı sağlık çalışanlarının mutlu olmadıkları görülmüştür (Türk Tabipler Birliği, 2018: 5).

Ankara’da kurulan iki şehir hastanesine yönelik Ankara Tabip Odası tarafından doktorların görüşlerine anket çalışmasıyla başvurulmuş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiş (Pala ve İlhan, 2018: 315):

- ✓ Doktorların %73’ü şehir hastanelerinde çalışmak istemezken, %20’si kararsız ve sadece %7’lik kısmı çalışmak istemektedir.
- ✓ Şehir hastaneleri ile ilgili mevzuat, işleyiş ve idari yapı konusunda doktorların %96’sı bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiş.
- ✓ Sağlık hizmetinin niteliği açısından doktorların %66’sı eski hastanelere göre şehir hastanelerinin daha nitelikli sağlık hizmeti veremeyeceği düşünmekte, %25’lik kesimin fikrinin olmadığı ve kalan %9sunulan sağlık hizmetinin daha nitelikli olacağını düşünmektedir.
- ✓ %64 oranla şehir hastanelerinde iş yükünün artacağını, %27’nin fikrinin olmadığı ve %9’u iş yükünün azalacağını düşünmektedir.

3.2.5. Projelendirmesi Bakımından

KÖİ projeleri yasaya göre süresi 49 yıla kadar çıkabilen projelerdir. Bu yönüyle projelerin sağlık hizmetleri açısından çok uzun vadeli ve çok yönlü planlamayı gerektiren bir yönü vardır. Bu projelerin doğuracağı sonuçlar sadece sağlık alanıyla, dolayısıyla Sağlık Bakanlığı ile ilgili de değildir. Bu projelerin maliye, kamu yönetimi, kent planlaması ve çalışma ilişkileri gibi birçok alan ile doğrudan ilgili sonuçları vardır (Karasu, 2011: 230).

Şehir hastaneleri sürecinde uygulanan KÖİ fayda maliyet analizi Avrupa’da yapılıyor ve Avrupa mali kurumları tarafından KÖİ projelerini kapsamlı bir biçimde ele almış ve raporda 1990 yılından bu yana toplamda 1.749 KÖİ projesinin 336 milyar Euro finansmana ulaşmıştır. KÖİ projelerindeki eksiklikler ve kısıtlı faydaları şu şekilde sıralamış (Pala ve Toker, 2018: 258):

- ✓ Bu projelerin rekabet riskini artırdığı ve yapım aşamasında yaşanan gecikmeler maliyetleri arttırdığı ve verimsizliğe yol açtığı saptanmıştır.
- ✓ Hesapların bütçe dışında tutulma olasılığı ile şeffaflık düşüktür.
- ✓ Talep tahminlerinin beklenenin çok altında olduğu görülmüş.
- ✓ Geleneksel ihalelerle mukayese edildiğinde KÖİ projelerinde risk paylaşımı kamu aleyhinedir. Örnek olarak Yunanistan'a üç otoyolun kilometre başına maliyeti %69 attığı görülmüş.
- ✓ Uzun süren görüşmeler ve yaşanan gecikmelerin sebep olduğu maliyetlerin azaltılması gerektiği ve bu düzenlemeler yapılmadan KÖİ sürecine geçilmesinin uygun olmadığı teşvik edilmiştir.

Projeyi tamamlama maliyetinin ve projenin tamamlanması ile elde edilen değer in gelecekte devam edip etmeyeceğinin belirsiz olabildiği idarenin sorumluluğundaki geleneksel tedarik yönteminin aksine, Kamu Özel İşbirliği'nde projenin gelecekteki maliyeti büyük ölçüde belirlenmiştir. Böylece idare önceden belirlenmiş maliyetlere katlanarak istediği sonuca ulaşmaktadır. Ancak bu durum Kamu Özel İşbirliğinde maliyetlerin mutlak ve kesin olduğu yanılgısını doğurmamalıdır. Kamu Özel İşbirliği projelerinde maliyetler belli dönemlerde kontrol edilerek gerekli güncellemeler yapılmalı, ek maliyetlerin çıkabileceği idare tarafından gözetilmelidir.

Kamu Özel İşbirliği'nde projenin zamanında ve beklenen hizmet seviyesinde sağlanmasında özel sektörün maddi menfaatinin olması idare açısından olumlu sonuçlar yaratabilmektedir. Zira projenin gecikmesi halinde idare ödeme yapmayacağı gibi bireyler de maliyeti üstlenmeyecektir. İdarenin özel sektör yükleniciye yapacağı ödemeyi belirleyen diğer bir unsur hizmetin seviyesidir. Özel sektör projeyi zamanında tamamlayıp istenilen hizmet seviyesini sağlayarak idare açısından da avantajlı bir durum yaratmış olacaktır. Neticede, idarenin kendi başına yürüttüğü projelerde yapım süresi ve maliyet aşırı sorun teşkil etmektedir (Yalçın, 2014: 124).

KÖİ ile yapılan ŞH ilgili bakanlığın kiracı ve çalışanlarında işçi olduğunu ve ihalelerde şeffaflık, denetimin olmadığı adeta ticari bir sır olarak kalmaktadır (Pala ve Bilaloğlu, 2018: 198-199).

3.2.6. Ekonomiye Katkısı Bakımından

Verilen hazine garantileri ile yapılan şehir hastanelerinde oluşan borcun fazlalığı ve uzun vadede kamu maliyesine vereceği zarar uluslararası finans kuruluşları tarafından dile getirilmiş ve Türkiye'nin Portekiz'in yaşadığı kriz öncesi görüntüsünde olduğu ifade edilmiştir. Bu durum verilen vade süresi de dikkate alındığında ileriki yıllarda ciddi anlamda borç yükünün oluşacağı düşünülmektedir. Buna örnek olarak sadece 2018 yılı bütçesine şehir hastanelerinin kullanım ve değişken hizmet bedeli olarak konulan 2,6 milyar TL ile tam teşkilatlı 150 yatak kapasiteli 64 hastane yaptırılabilmesi düşünülmüş ve 25 yıl boyunca her açılacak hastane için kiranın artarak ödeneceği mülahaza edilirse ülkenin büyük maliyetlerle karşı karşıya kalacağı daha net olarak anlaşılır (Pala, 2018: 10-11).

Sağlık Bakanlığının 2018 yılında 37 milyar 914 milyon TL olan merkezi bütçesinin toplam 2.200.600.486 TL tutarı şehir hastanelerinin hizmet bedeli olarak ödenmiştir. Bu tutar 2018 yıl bütçesinin %2,9'una denk gelmekte ve faaliyette olan Şehir Hastanelerinin toplam 8.360 yatak sayısı başına ise 263.229 TL bir maliyet oluşmaktadır. Bu hastanelerin tümü açıldığında oluşacak 44.900 adet yatağın toplam maliyeti 11.818.982.100 TL tahmin edilmektedir (Özdede, 2019: 112).

Aynı duruma Pala'nın 'şehir hastanelerinin maliyeti gizleniyor' çalışmasında şöyle açıklık getirilmiştir (Pala, 2017):

- ✓ Yatak başına ortalama 287 m² kapalı alan düşmektedir.
- ✓ 1 metre kare 3.222 TL değerinde olmakta ve 1 yatağın değeri 924.776 TL olacağı öngörülmektedir. Bu tutarın kur değeri dikkate alındığında artma ihtimalinin yüksek olacağı da düşünülmektedir.

Bu bilgiler ışığında şehir hastanelerinin mevcut durumu, kapasite ve yatırım tutarları önceki konumuzda belirtildiği şekliyle incelediğimizde hizmete giren 11 hastanenin 15.992 yatak kapasitesinde olduğu ve toplam yatırım tutarlarının 6.389.147.035 TL olduğu görülmektedir. Tutarı yatak bazlı değerlendirdiğimizde bir yatağın 399.521.450 TL maliyetinde olduğu görülmektedir.

Yapımı devam eden şehir hastanelerine bakıldığında 12.397 yatak kapasitesinde ve 4.221.637.360 TL değerinde olduğu görülmektedir. Yine yatak bazında maliyeti değerlendirildiğinde 340.537.013 TL olacağı sonucuna ulaşılabacaktır.

GSYH’de oluşan artışla beraber gerek kamu yatırımları gerek özel yatırımlarda artış görülmekte ve bu yatırım artışı ekonomik büyümeye etki etmekte, etki derecesi de GSYH oranıyla ölçülecektir. KÖİ modeli ile yapılan yatırımların inşaat sektörünü canlandıracağı, istihdam ve üretime katkı sağlamaktadır (Kürkcü ve Coşkun Önal, 2019: 1702; Kuzucu, 2019: 73-78).

Bu duruma dair somut verileri tablo 3.3’te incelemek mümkün olmaktadır.

Tablo 3.3: Sağlık Bakanlığı’nın bütçesi ve harcamalarının GSYH’deki oranı

Yıllar	GSYH	Bütçe Toplamı	GSYH’deki Payı (%)	Toplam Sağlık Harcamaları	GSYH’ye Oranı (%)
2010	1.160.014	22.831	2,0	61.678	5,3
2011	1.394.477	26.648	1,9	68.607	4,9
2012	1.569.672	31.863	2,0	74.189	4,7
2013	1.809.713	36.881	2,0	84.390	4,7
2014	2.044.466	41.244	2,0	94.750	4,6
2015	2.338.647	47.355	2,0	104.568	4,5
2016	2.608.526	55.599	2,1	119.756	4,6
2017	3.110.650	64.712	2,1	140.647	4,5
2018	3.724.388	75.062	2,0	165.234	4,4
2019	3.090.983	94.427	3,0		

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2019; Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, 2019)

Tablo incelendiğinde GSYH’deki artışla birlikte bakanlığa bütçeden ayrılan payda artmakta ve bununla birlikte GSYH’deki bakanlık harcama oranlarında da artış yaşanmaktadır.

KÖİ yıllık kira ödemelerini aksatmasına izin verilmeyecek, sistemin sürdürülebilirliği için devlet gerektiğinde yardım yapacaktır. Özerk sağlık işletmeciliği ve ‘gerektiğinde devlet’ esneklik sağlamak amacıyla bütçe sisteminden uzaklaşmanın yarattığı risk ve maliyeti devlete yükleyen bir örgütlenme anlayışının uzantıdır (Karasu, 2011: 241-242).

Kulaksız ve diğerleri tarafından 3.500 yatak kapasiteli ve 2 milyar 800 milyon TL değerinde örnek bir hastane için yaptıkları yatırımın değeri analizi çalışmasında şu sonuçlar elde edilmiştir (Kulaksız ve Küçükkocaoğlu, 2019):

- ✓ Yapılan hesaplamada maksimum yıllık kira geliri 483.000.000 TL bulunmuştur. Özel sektörün kamudan yıllık kira geliri olarak en az 436.837.000 TL olması gerektiği ve sektörün ticari alanlardan asgari 50.942.164 TL gelir elde edeceği

eklendiğinde yıllık kira geliri 487.779.164 TL kira geliri sağlamaktadır. Bu gelirle sektörün işletmedeki 4. Yıl sonrasında artar şekilde kar sağlayacaktır.

- ✓ Yatırımın değeri ve faiz oranları arttıkça KÖİ modelinin daha avantajlı olacağı görülmektedir.

Sözleşmesi imzalanan 17 şehir hastanesinin toplam yatırım tutarı 2015 yılı kuruna göre 17.372.595.506 TL iken yıllık kira ödemeleri toplamı 2.688.832.300 TL'dir. Bina kullanım bedeli 1.692.270.776 TL, zorunlu hizmetler (P1) bedeli 261.307.779 TL ve zorunlu olmayan hizmetler (P2) bedeli ise 735.253.745 TL olduğu görülmektedir. Bakanlık tarafından aylık olarak ödenen kira tutarı 224.069.358 TL olmaktadır. Toplam yatırım tutarları dikkate alındığında yıllık kira bedelinin toplam yatırımların % 15.50'sine ulaştığı, 25 yıllık işletme hakkı süresi göz önüne alındığında özel sektöre toplam 67.220.807.500 TL tutarında kira ödeneceği ve bu rakamında toplam sözleşme bedelinin yaklaşık dört katına tekabül etmektedir (Sarıs, 2016: 547).

Bu bakımdan KÖİ modeli hakkında öncelikle eğitim ve bilgilendirmelere öncelik verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. KÖİ modeli ile yapılan entegre sağlık kampüsleri daha ucuza mal olma durumu incelendiğinde Sağlık Bakanlığı'nın iki ayrı daire başkanlığı tarafından yapılan inşaat maliyetleri arasındaki fark da kamu özel ortaklığı yönteminin kamu zararına neden olduğunu açıkça göstermektedir.

Tablo 3.4: KÖİ ve Klasik İhale Yöntemi yapılan hastanelerin maliyet karşılaştırılması

Hastane	Kapasite (Yatak)	Maliyet	İhale Yöntemi	Karşılaştırma
Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1200	193 Milyon TL	Klasik İhale yöntemi	KÖİ ile Yapılan Kayseri entegre sağlık kampüsünün Yıllık kira ödemesi (137.73 Milyon TL/12=11.4775*17 ay=195.1175 Milyon TL
Kayseri entegre sağlık kampüsü	1500	Yıllık Kirası: 137,73 Milyon TL Sabit Yatırım Tutarı: 427 milyon 454 bin 111 TL	KÖİ modeli yöntemi	137.73*25 yıl= (3. milyar 443 milyon 250 bin TL)-(sabit yatırım tutarı: 427 milyon 454 bin 111 TL)= 3 Milyar 15 Milyon 795 Bin 889 TL Fazladan ödeme yapılacaktır.
Ankara Etlik Şehri Hastanesi	3566	Toplam yatırım tutarı (arsa ve işletme sermayesi dahil): 1 Milyar 97 Milyon 491 Bin 420 TL Yıllık kira bedeli: 276 Milyon TL	KÖİ modeli yöntemi	(276 Milyon TL *25)= (6 Milyar 900 Milyon TL)-(1 Milyar 97 Milyon 491 Bin 420 TL)= 5 Milyar 802 Milyon 508 Bin 580 TL Fazladan ödeme yapılacaktır
Elazığ şehir	1040	Toplam yatırım tutarı	KÖİ	(94 Milyon 837 Bin 104 TL*25

Hastane	Kapasite (Yatak)	Maliyet	İhale Yöntemi	Karşılaştırma
hastanesi		(arsa ve işletme sermayesi dahil): 218 Milyon 445 Bin 768 TL Ön fizibilite raporunda, yüklenicilerin talep edeceği yıllık kira: 11,6 Milyon TL İhalede yıllık kira bedeli: 94 Milyon 837 Bin 104 TL	modeli yöntemi	yıl)= (2 Milyar 370 Milyon 927 Bin 600 TL)-(218 Milyon 445 Bin 768 TL) = 2 Milyar 152 Milyon 481 Bin 832 TL Fazladan ödeme yapılacaktır
Manisa Şehir Hastanesi	560	Toplam yatırım tutarı (arsa ve işletme sermayesi dahil): 122 Milyon 788 Bin 993 TL Yıllık kira bedeli: 64.25 Milyon TL	KÖİ modeli yöntemi	(64.25 Milyon TL*25 yıl)= (1 Milyar 606 Milyon 250 Bin TL)-(122 Milyon 788 Bin 993 TL)= 1 Milyar 483 Milyon 461 Bin 007 TL Fazladan ödeme yapılacaktır
Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	333	37 Milyon 797 Bin 556 TL		
Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	400	80 Milyon 115 Bin 600 TL		

Kaynak: (Erbaş , İlhan ve Yavuz, 2012: Tablo yazar tarafından oluşturulmuştur).

Yukarda verilen bilgiler değerlendirildiğinde ihale öncesi yapılan yaklaşık maliyetler ile yapılan ihale bedelleri arasında oluşan ödeme farkıyla birlikte aynı zamanda kira bedellerinin getirmiş olduğu maliyet ve bununla beraber ihaleyi alan özel sektöre Sağlık Bakanlığı planlaması çerçevesinde kapatılacak hastanelerin hangilerinin arazileri devredileceği de ayrı gündem konusunu teşkil etmektedir. Hangi hastanelerin devri yapılacağına dair edinilen bilgiler ışığında bir listeleme yapılırsa,

- ✓ Ankara-Etlik entegre sağlık kampüsü için: Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Ulus Devlet Hastanesi, Ulucanlar Göz Hastanesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Ulucanlar Ek Poliklinik Binası, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Çocuk Hastanesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Hastanesi, Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi. Ayrıca kampüsün yapılması planlanan alanda bulunan Etlik İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi de mahkeme kararı beklenmeksizin boşaltılmıştır. TTB kaynaklarına göre bu hastanenin sabit yatırım bedeli 1 milyar 97 milyon TL'dir. Ancak devlet bu projeyi yapan sektöre 25 yılda toplam 6,9 milyar TL kira ödeyecek. Yani

hastane yatırım bedelinden 5,8 milyar TL üzerinde devlet fazla ödeme yapacak (Pala ve Toker, 2018: 257).

- ✓ Ankara-Bilkent şehir hastanesi: Ankara Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi.
- ✓ Elazığ şehir hastanesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Harput Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi.
- ✓ Manisa şehir hastanesi: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi (151 yataklı ana bina, 48 yataklı eski doğum ve çocuk bakımevi binası ve 75 yataklı Morris Şinasi Milletlerarası Çocuk Hastalıkları Hastanesi
- ✓ Yozgat şehir hastanesi: Yozgat Devlet Hastanesi ile Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi gibi eskiden faal olarak kullanılmış olan hastanelerin arazileri de ihaleyi alan şirkete devredilecek (Erbaş , İlhan ve Yavuz, 2012: 19-20).
- ✓ Bursa'da şehrin 20 kilometre dışına yapılan şehir hastanesi yerine, şehrin merkezindeki devlet hastanesi, Zübeyde Hanım doğum evi ve Turan Akyol göğüs hastalıkları hastanesi kapandı.
- ✓ Eskişehir'de Yunus Emre Devlet Hastanesi'nin kardiyoloji, onkoloji, nükleer tıp, radyasyon ve yanık bölümleri şehir hastanesine bağlandı (BBC, 2019).

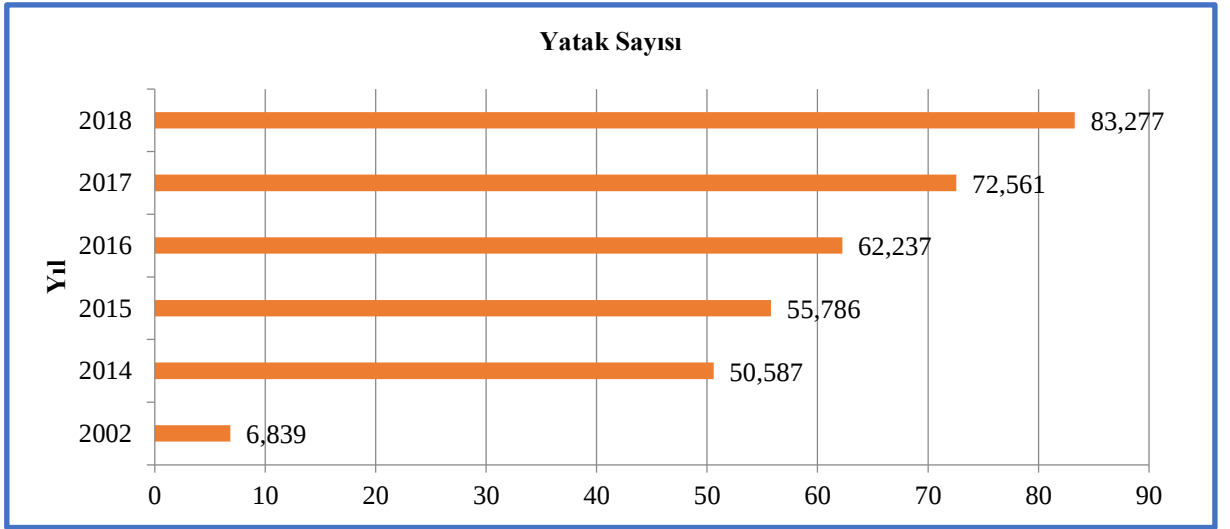
Verilen bilgiler doğrultusunda genel bir değerlendirme yapıldığında KÖİ modeli ile yapılan şehir hastanelerinin yatırım tutarlarına ek olarak ödenen yıllık kira ödemeleri ile bile tam donanımlı ve merkezi konumda uygun kapasitede birçok hastane yapılabilecektir. Şehir hastaneleri ile birlikte birçok hastane kapanacak ve özellikle kapanan hastanelere kapanma sürecine değin yeni eklentilerin yapıldığı ve bunlara yüklü miktarda yatırım yapıldığı da eklenince kamuda kaynak israfına gidildiği düşünülmektedir.

2018 yılı Ağustos ayında hizmete giren Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinin üç aylık mali değerlendirilmesine bakıldığında katma değer vergisi ile birlikte 13,5 milyon TL özel sektöre kira olarak ödendi. Firmaya ayrıca zorunlu ve zorunlu olmayan 19 hizmet kolunda ise yaklaşık 14,5 milyon TL ödeme yapıldı (Furkan, 2018).

Şehir merkezinde olan hastanenin kapatılarak şehir dışında inşa edilen bu şehir hastanesinin Fırat Üniversitesi hastanesini nasıl etkilediğine bakıldığında 100 bin hastanın Üniversite hastanesini tercih ettiği görülmüştür. Hastanenin diğer dönemlere göre yoğun olmaya başladığı ameliyat ve acil servislerde artışın olduğu görülmektedir (Furkan, 2019).

Yapılan şehir hastaneleri ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın son birkaç yılın yatak sayılarına bakıldığında şekil 3.2 görüldüğü gibi artışın olduğu da göz ardı edilemez.

Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Yatak Sayıları



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, 2019: 120)

Öte taraftan yapılan şehir hastanelerinin kapatılan devlet hastaneleri kapasitelerini karşılaştıracak olursak tablo 3.5'te net olarak görebiliriz. Tabloda görüldüğü gibi açılan şehir hastanelerinin yatak sayısı bakımından önceden var olan devlet hastanelerine göre çok fazla bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Nitekim yapılan birçok şehir hastanesinin bir yıllık kira bedelleri ile ortalama 500-600 yatak kapasitesinde devlet hastanesi yapılabileceği anlaşılmaktadır.

Tablo 3.5: Açılan Şehir Hastaneleri İle Kapanan Hastanelerin Kapasite İlişkisi

Hastane Adı	Yatak Sayısı	Hastane Adı	Yatak Sayısı
Adana Şehir Hastanesi	1550	Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	750
Bursa Şehir Hastanesi	1355	Devlet hastanesi, Zübeyde Hanım doğum evi, Turan Akyol göğüs hastalıkları hastanesi	263
Elazığ Şehir Hastanesi	1040	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1700
Kayseri Şehir Hastanesi	1584	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1489
Mersin Şehir Hastanesi	1250	Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	919
Isparta Şehir Hastanesi	755	Devlet Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	760
Yozgat Şehir Hastanesi	475	Devlet Hastanesi	200
Toplam	8009		6081

Kaynak: (BBC, 2019)

Not: Bursa Devlet Hastanesinin yatak sayısı verilmemiş ve Yozgat'ta 1075 yatak bulunan 4 devlet hastanesinin kapanan 1 hastanesinin yatak sayısı yaklaşık olarak alınmıştır.

Kaynak yetersizliği ile özel kesime yaptırılan şehir hastaneleri için özel kesimde finansmanını aynı mali departmandan borçlanarak gidereceği unutulmamak koşuluyla bu durumda devletin verilen borçlara garantör olması hasebiyle görünürde borçlanan özel sektör ancak gerçekte asıl borçlu devlettir. Bu durumdan şu kanıya varılır devlet taksitle şehir hastanelerini satın alan bir konumdadır (Pala ve Çal, 2018: 43-44).

3.2.7. Şehirleşme Yapılanması Bakımından

Şehir hastanelerin şehirlerin dışında inşa edilmesi eskiden yoğunlukların olduğu bölgelerde azalmalar başlamış ve vatandaşların tedavi ihtiyaçlarını karşılamaları bir noktaya odaklı kaldıkları için ŞH olduğu yöne doğru yoğunluk artmış olmakla birlikte

beraberinde birçok sıkıntıyı da getirmiştir. Şehirlerde insan ve trafik seyri tedavi amaçlı yön değiştirdiği bir gerçek olmakla bu hastanelere ulaşımın zor olması ve ek harcamalara neden olması vatandaşları mağdur etmektedir (Pala ve Sönmez, 2018: 69).

Denizli ilinde yapılacak olan şehir hastanesinin 5 alternatif yerde yapılmasının 12 kritere bağlı olarak Entropi ve Gri İlişkisel Analiz yöntemi ile çalışan doktor, hastane yöneticileri ve İl Sağlık Müdürlüğünde çalışanların bilgileri kullanılarak ve karar vericilerin düşünceleri doğrultusunda şehir hastanesi için kuruluş yerinin seçilmesi için uygun olan kuruluş yeri planlanması için şu sonuçlar elde edilmiştir (Organ ve Tekin, 2017): Kitlenin yoğunluğu, yerleşim yerlerine yakınlık, gürültü yerlerine yakınlık, merkez konum, ulaşılabilirlik durumu, personel ulaşımı, rakiplere uzaklık, rakiplerin etkinliği, altyapı yeterliliği, bina düzenleme maliyeti ve fark edilebilirlik gibi kriterlerden hepsinin ayrı bir önem teşkil ettiği halde hedef kitlenin yoğun olduğu bölgede hastanenin yapılması ön plana çıkmıştır. Altyapı yeterliliği, ulaşım gibi kriterler takip eden diğer öncelikli kriterlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen bulgulardan hareketle KÖİ modelinin uygulanmasında tercih edilmesini gerektirecek olguların yanında birçok sebep yatmaktadır. Kamu özel işbirliği modelinin uygulanmasında esas teşkil eden unsurların başında bütçe yetersizliği, teknolojik yetersizlikler, projelendirme ve inşaat aşamasındaki zaman yönetim süreci ve bilgi donanım eksikliği olarak sayılırken; devletler, bütçesinden harcama yapmadan bir kamusal yatırımın özel sektör finansmanı, tecrübe ve teknolojik altyapısı dahilinde halkın hizmetine sunulmasını hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda yapılan projelerin aşırı maliyetli olması, var olan mevcut yapıların verilen hizmeti karşılayamaması ve hızla gelişen ve değişen global dünyada hız ve hızın popülerlik kazanmasıyla KÖİ modeli uygulama sahası giderek artmaktadır. Bununla birlikte dünyada siyasi ve sosyal tercihlerde yaşanan değişim ve yönelişimler KÖİ uygulamaları yatırım politikalarında kaçınılmaz bir hale gelmiştir. Nitekim dünyanın birçok ülkesinde yüzyıllar boyunca çeşitli imtiyazlarla özel sektör eliyle kamusal hizmetler karşılanmıştır. Günümüzde 1980’li yıllardan sonra özelleştirmeye birlikte KÖİ modeli gündeme gelmiş ve halen bazı kaynakların KÖİ uygulamaların özelleştirmenin değişik versiyonu olduğu ifade edilse de gerek ihale süreci ve gerek uygulama süreci bakımından farklılık teşkil ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye’de son on yılda devlet hastanelerinin özel sektör eliyle şehir hastaneleri ve entegre sağlık kampüsleri adında daha kompleks bir yapıda halkın hizmetine sunulmasıyla birlikte KÖİ modelinin araştırma konusu olması kaçınılmaz bir duruma gelmiştir.

KÖİ uygulamalarıyla yapılan hizmet projelerinin hızlı bir biçimde vatandaşların hizmetine sunulması önem arz ederken, öte yandan özel sektörün borcuna devletin garantörlük sağlaması ve uygulanacak hizmetin teminata dayalı özel sektörün kullanımına verilmesi birçok devletin bütçesini daha da olumsuz etkileyeceği düşüncesine varılmıştır.

Türkiye’de özellikle köprülerden araç geçiş sayısı, hava limanlarından uçak kalkış sayısı, şehir hastanelerindeki hasta tedavi sayısı gibi verilen alt limit teminatları ile birlikte ödenecek yıllık kira bedelinin kura endeksli olması ve bu bedelin yüksek olması, tünel ve yollardaki geçecek araç sayılarının öngörülen ibaret olması sürecin devletin aleyhine döneceği düşünülmektedir.

Nitekim Türkiye’de KÖİ uygulamaları mevzuatın sadece bir maddesine bağlı olarak oluşturulması ve bunun yönetmeliklerle desteklenmesi bunca önem ihtiva eden ve uzun süre gerektiren projeler açısından endişe verici olduğu görülmektedir. Nitekim bu bağlamda Sayıştay’ın 2018 Düzenlilik ve Denetim Raporunda mevzuattan kaynaklı endişe boyutu tam olarak görülmektedir.

Devletin eliyle yapılması gerekli olan yatırımları yapmada yaşadığı bütçe kısıtlamasına rağmen özel sektöre 25-49 yıl gibi uzun vadede sağlanan mali desteğe kefil olması ve bunun günümüzdeki kur ve enflasyon rakamlarına dayandırılması riskleri beraberinde getirmektedir.

Mevcut varlığı ile hizmet sunan devlet hastanelerinin şehir hastaneleri yapılmadan birçok bakım, onarım ve yapılan eklerle maliyet oluştururken, öte yandan yapılacak Şehir hastanelerine karşılık özel sektöre devredilmesi oluşan maliyeti ikiye katlamaktadır. Yapılacak hastanelerin şehir yerleşmesinden uzak olması ve bu hastanelerde özel sektörün hizmet kalitesinden öte kar maksimizasyonunu düşünmesi ana hizmet olan sağlık-tedavi hizmeti ne kadar verimli olacağı düşündürücü olmaktadır.

Nitekim çalışan hekim ve diğer sağlık personeli düşünüldüğünde kamu ve özel sektör arasında nasıl bir role bürüneceği ve bunun hizmet yararlanıcıları olan ‘vatandaşları’ ne decede etkileyeceği endişe yaratmaktadır. Ayrıca yapım aşamasında olan ve halihazırda hizmet sunan ŞH, şehirlerde artan trafik yoğunluğunu azalttığı öte yandan mesafenin uzunluğu yerleşim yerinden uzak oluşu vatandaşlara maliyet yüklediği görülmüştür. Netice itibariyle şehir hastanelerinin varlığı çalışan personel ve vatandaşları endişelendirdiği görülmektedir.

KÖİ projelerinin kamunun bütçe yetersizliğine bir çözüm olmakla birlikte yaygın süreye dayalı olması ve kaynakların yüzde 80’ni borçlanmayla karşılanıyor olması riskler doğuracağı kaçınılmaz bir haldedir.

Ülkemizde gün geçtikçe yaygınlaşan ve daha çok gündemde yer alan KÖİ uygulamalarının önemi arttığı da yadsınamaz bir gerçektir. Özellikle içinde bulunduğumuz 2020 yılında yaşanan Korona Virüsü (Kovid-19) pandemi sürecinde kompleks bir yapıda olması ve şehir kalabalığından uzak bir konumda olan şehir hastanelerinin salgının kontrolü sürecinde etkin olduğu görülmüştür.

24 Nisan 2020 tarihinde Elazığ’da yaşanan 6.8 şiddetindeki deprem Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi zemininde bulunan 872 deprem izolatörler sayesinde hastanede

3.1 şiddetinde hissedildi ve hastanedeki sağlık hizmetleri aksamadan, rehavete sebep olmadan devam etmesi de bu hastanelerin verimliliği açısından önemlidir.

Bu bakımdan KÖİ modellerine yönelik hukuksal zeminin yetersiz olduğu görülmüştür. Ayrıca kamu maliyesi amaçları ve araçları açısından mali illüzyon etkisi doğurmaktadır. Doğru sonuçların elde edilmesi için para ve varlık değer analizlerinin yapılması gerekmektedir.

Şehir hastanelerinde %70’lik doluluk oranıyla verilen garantiler karşılanamadığı takdirde faturasının millete kesileceği kaçınılmaz bir durum olacaktır. Tıpkı yol, köprü ve uçuşlarda olduğu gibi günlük değerlendirildiğinde ve aynı zamanda 25 yıl gibi çeyrek asırda dikkate alındığında devletin ve halkın borç yükü artacağı kaçınılmaz olacaktır.

Hülasa, KÖİ ile yapılan uygulamaların ve şehir hastanelerinin kamunun sadece hizmet sunmada yaşadığı rahatlığı değil, aynı zamanda hizmetin kalitesini, verimini ‘etkinliğini’, geçmişte yapılanlarla mukayesesini, mevcut durumdaki şehir hastanelerin analizini ve gelecekte beraberinde getireceği olumlu ve olumsuz yanlarını; yasal zeminde, şeffaf, objektif ve yapılan bilgilendirme toplantıları ile hizmet yararlanıcıları ve hizmet sunucuları objektif verilerle ikna etme ile anlamlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- ABBASOĞLU, S. (2018). İktidarın Maga Projesi Üçüncü Havalimanı Gerçeği. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. Türk Tabipler Birliği.
- AKILLI, H. (2013). Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine: Yasal Serüven. *Sayıştay Dergisi*(89).
- ALAGÖZ, M., & Yokuş, T. (2017). Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Yatırımları ve Ekonomik İllüzyon Etkisi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(32), 115-122.
- ALAGÖZ, M., ve YOKUŞ, T. (2018). Kamu Özel İşbirlii Yatırımları ve Dış Borç Ödeme Projeksiyonu. *Ankara Üniversitesi SBF*, 73(3), 867-889.
- ALİCAN, N. (2008). Avrupa Birliği Mevzuatı Ve Uygulamaları Işığında Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları. *Avrupa Birliği Uzmanlık Tezi*. Ankara.
- ALTAN, Y., KERMAN, U., AKTEL, M., METİN, Y., ve EKE, E. (2013). Yerel Yönetimlerde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi Örneği. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 5(3), 9-17.
- ATAAY, F. (2018). Kamu Özel İşbirliği Modeli Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme: Sağlık Sektörü Örneği. 403-416.
- ATASEVER, M. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü Sağlık Sen Yayınları-46.
- ATASOY, H. (2011). Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye'de Belediyelerin Altyapı Projelerinin Finansmanında Uygulanabilirliği. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*. Kayseri.
- AVRUPA KOMİSYONU. (2004). *Kamu Özel İşbirlikleri ve Topluluk Hukukunda Kamu İhaleleri İle İmtiyazlara İlişkin Yeşil Kitap*. Brüksel: Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Daire Başkanlığı.
- AYDIN, F. (2017). *Şehir Hastaneleri Raporu*. Ankara: Saadet Partisi.
- AYHAN, E., ve ERGÜN, Ö. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1).
- BAKANLIĞI, K. (2018). *Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2017*. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.

- BAKIRCI, F., ve TEMÜR, Y. (2008). Sağlık Harcamalarında Performans Değerlemesi: Devlet Hastaneleri Üzerine Veri Zarflama Analizi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(3), 247-261.
- BAŞ, Ö. (2018). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- BATIREL, Ö. F. (2017). Kamu Altyapı Yatırımlarında Kalite ve Kamu - Özel Ortaklığı. *Yaşam Ekonomisi Dergisi*.
- BAYAZIT, B. (2018). Kamu-Özel İşbirliklerinde Kamu Yararı. *İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi Ekonomi ve Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*. Ankara.
- BAYLAN BAZAN, N. (2016). Yerel Yönetimlerde Kamu ve Özel Sektör İşbirliği Uygulamaları. *İstanbul Gelişim Üniversitesini Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- BİGEZ, E. (2018). Türkiye’de Alt Yapı Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları: Bursa İli Örneği . *Yüksek Lisans Tezi*. Bilecik.
- BOZ, S. S. (2013). Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2).
- BUDAYAN, C. (2018). Kamu özel sektör işbirliği ile yapılan projelerdeki kritik başarı faktörlerinin çeşitleme ile incelenmesi: Türkiye’deki inşaat sektörü perspektifi. *Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University*, 33(3), 1029-1044.
- BÜLBÜL, D. (2017). Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamasının Mali Saydamlık Açısından Değerlendirilmesi. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 2(7).
- BÜLBÜL, K. (2015). Sağlıkta Özelleştirme Eğilimi ve Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Projesi*. Samsun.
- CANAN YILMAZ, I. (2019). Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelleri. ayer.biz.tr/7609559-Turkiye-de-kamu-ozel-sektor-ortakligi-modelleri-isil-canaz-yilmaz-avukat.html.

- CANSEVER, İ. H. (tarih yok). Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(31), 105-120.
- ÇAKIR, M.K., (tarih yok). Kamu Özel Ortaklığı.
<http://mehmetkadicakir.com/calisma.php?id=18>.
- ÇAL, S. (2008). Türkiye’de Kamu Hizmeti ve İmtiyazın Dönüşüm Öyküsü. Ankara: TOBB.
- ÇALIŞKAN, A., ve ÇINAR, F. (2018). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığının Türkiye’de Sağlık Sektörü Öncülüğünde Uygulanabilirliği Üzerine Bir Değerlendirme. *Journal of Strategic Research in Social Science*, 8(2), 99-112.
- ÇEKİRGE, H. (2006). Dünyada ve Türkiyede Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*.
- ÇINAR, N. F., TÜRKOĞLU, Ç., ve TÜTÜNSATAR, A. (2017). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. 29(4), s. 215-232.
- DEMİRBAĞ, C. (2007). *Kamu Özel Sektör İşbirliği Modeli Çerçevesinde Türkiye İçin Büyük Kamu Yatırımlarının Gerçekleştirilmesine İlişkin Model Önerisi*. Maliye Bakanlığı. Ankara: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü.
- DURAN, D. Ş. (2018). Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarının Mali Riskleri Üzerine Değerlendirmeler. *Akademik Bakış Dergisi*(65).
- EMEK, U. (2009). Karşılaştırmalı Perspektiften Kamu Özel İşbirlikleri: Avrupa Topluluğu Ve Türkiye. *Rekabet Dergisi*, 10(1), 7-53.
- EMEK, U. (2009). Türkiye’de Alt Yapı Hizmetlerinin Özel sektöre Gördürülmesi: Neden, Ne Zaman, Nasıl? (24 (284)), 9-45. İktisat İşletme ve Finans Dergisi.
- EMEK, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. *Hacettepe HFD*, 7(1), 139-168.
- EMEK, U. (2017). Sağlık Tesislerinin Yönetiminde Üçüncü Yol: Kamu-Özel İşbirliği. *V. Anadolu International Conference in Economics*. Eskişehir.

- ERBAŞ, Ö., İLHAN, B., ve YAVUZ, C. I. (2012). Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- ERDEM, G. (2017). *Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri*. Ankara-İstanbul: Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası.
- EREN, F. (2006). Kentsel Dönüşümlerde Kamu-Özel Ortaklıkları ve Özel Girişimin Dönüşümdeki Varlığı: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Konya.
- GEDİZ ORAL, B. (2015). Kamu Hizmet Arzında Değişim Temelinde Kamu Özel Sektör İşbirlikleri ve Yolsuzluk. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(4), 185-225.
- GÖKKAYA, D., İZGÜDEN, D., ve ERDEM, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- GÜLER, E. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Bursa İli Örneği). *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- GÜRKAN, M. (2013). Eğitim Kamu Hizmetinin Görülmesinde Kamu Özel Ortaklığı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Konya.
- JENSEN, J. (2016). *Sağlık Sistemlerinde Kamu-Özel Ortaklığının Rolünün Güçlendirilmesi: Çalıştay Özeti*. Küresel Sağlık ve Güvenlik için Kamu-Özel Ortaklıklar Forumu Ulusal Akademiler Basın Washington DC www.nap.edu.
- KALKINMA BAKANLIĞI. (2012). *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*. Kalkınma Bakanlığı. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- KALKINMA BAKANLIĞI. (2012). Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Mevzuat. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı.
- KALKINMA BAKANLIĞI. (2014). *Kamu Özel İşbirliği*. Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı. Ankara: Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
- KALKINMA BAKANLIĞI. (2015). Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.

- KALKINMA BAKANLIĞI. (2017). *Kamu-Özel İşbirliği Raporu-2016*. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- KALKINMA BAKANLIĞI. (2019). 11. Kalkınma Planı (2019-2023) Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu. <http://onbirinciplan.gov.tr/wp-content/uploads/2018/01/Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1nda-Etkin-Y%C3%B6netim-Ara-Raporu.pdf>.
- KARAHANOGULLARI, O. (2011). Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu – Özel Ortaklığı). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 177-215.
- KARAHANOGULLARI, Y. (2012). Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(2), 95-125.
- KARASU, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.
- KARAYOLLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2019). *2019 Faaliyet Raporu*. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı. Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- KARAYOLLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2020). *Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü*. <https://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Projeler/Projeler-Otoyol.aspx>; <https://www.kgm.gov.tr/SiteCollectionDocuments/KGMdocuments/Kurumsal/FaaliyetRaporu/2019Faaliyet.pdf>. adresinden alınmıştır
- KASAPOĞLU TURHAN, M. (2011). Çeşitli Ülkelerdeki Kamu Özel Ortaklığı Uygulamalarının Hukuki Açısından Değerlendirilmesi. 26(4).
- KESKİN, S. (2011). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu – Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği). *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Aydın.
- KIZMAZ, E. S., ve ERTÜRK, S. (2018). Kamu Özel Sektör İşbirliği Yöntemiyle Kobi’lerin Desteklenmesi Konusunda Yapılan Çalışmalara Genel Bir Bakış. *1st International Economics and Business Symposium "Sustainable Development in All Dimensions" Proceeding And Abstract Book*. içinde Gaziantep.
- KULAKSIZ, S. (2018). Kamu Hizmet Tedarik Yönteminin Belirlenmesinde Kamu Özel İşbirliği Yöntemi ve Geleneksel Tedarik Yönteminin Bir Sağlık Sektörü Projesi

- Üzerinde İncelenmesi. *Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*. Ankara.
- KURU, K. (2018). Kamu Özel İşbirliği Projeleri Ön Değerlendirme Süreci İçin Etüd Kanvası. *İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- ÖVGÜN, B., ve GÜZELSARI, S. (2009). *Kamu Özel Sektör Ortaklığı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme .Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform*. (A. Ü. Basımevi, Dü.) Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın No: 598 Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5.
- ÖZENEN, C. G. (2013). Havaalanı Yatırımlarında Özelleştirme Dünyadaki Uygulamalar ve Türkiye İçin Öneriler. *Uzmanlık Tezi*. İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Altyapı ve Hizmetler Dairesi Başkanlığı.
- ÖZKAN, S. (2018). Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı Entegre Sağlık Kampüsleri Standart Yatan Hasta Odaları Üzerine Bir İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- ÖZTÜRK, K., ve BİLLERLİOĞLU, H. (2015). Şehir Hastaneleri Yönetim ve İşletim Modeli. <http://tusside.tubitak.gov.tr/tr/yayinlarimiz/makaleler/SEHIR-HASTANELERI-YONETIM-VE-ISLETIM-MODELI>.
- ÖZYILDIZ, H. (2018). Kamu Özel Sektör İşbirliği Projelerine Bu Kadar Garanti Verilmeli Mi.
- ÖZZEYBEK TAŞ, M. (2018). Vatandaşların ve Sağlık Çalışanlarının Şehir Hastaneleri İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- PALA, K. (2018). *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri*. (T. T. Grubu, Dü.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2019). *Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2019*. Sağlık Bakanlığı.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2020). *Sağlık Bakanlığı Yatırımları Genel Müdürlüğü*. <https://yts.saglik.gov.tr/publicyatirimlar.aspx>, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>. adresinden alınmıştır
- SARIKATİPOĞLU, A., YAZICI, C., ÇAPKIN, T. A., ve YAKA, C. P. (2016). Türk Hukukunda Kamu Özel Ortaklıkları.

- SARSENOVA, K. (2010). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirmesi Üzerine Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Konya.
- SAYIŞTAY BAŞKANLIĞI. (2019). *Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*.
- SERCAN, C. (2017). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel İşbirliği Modeli. *Ekonomik ve Sosyal Düşünce Araştırma Geliştirme Vakfı*.
- SOFUOĞLU DÖNERTAŞ, A. (2018). Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Kentsel İçme Suyu ve Atıksu Projelerine Uygulanması. *Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi*. Yatırımlar Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- SONĞUR, C., ve TOP, M. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(1), 159-186.
- SÖZER, A. N. (2014). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devami Olarak Şehir Hastahaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15(özel), 2015-253.
- STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI. (2019). *Kamu Özel İşbirliği Raporu, 2018*. Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü.
- SU, B. (2017). Yeni Kamu İşletmeciliği Bağlamında Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Etkinlik ve Verimlilik Analizi: Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü Örneği. *Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*.
- ŞAHİN, M., ve UYSAL, Ö. (2012). Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme. *Maliye Dergisi*(162).
- ŞENOL, O., ve GENÇTÜRK, M. (2017). Veri Zarflama Analiziyle Kamu Hastaneleri Birliklerinde Verimlilik Analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(29), 265-286.
- TALUS, K. (2009). Enerjide Kamu - Özel Sektör Ortaklığı (Avrupa'da Kamu Hizmeti İmtiyazlarının ve İdari İşlemlerin Sonlandırılması). *TBB Dergisi*(84). (G. Cantürk, Çev.)

- TASAV. (2017). Kamu-Özel İşbirliği Projeleri: Türkiye ve Diğer Ülke Örnekleri. *TASAV ((Türk Akademisi Siyasi Sosyal Stratejik Araştırmalar Vakfı) Ekonomi Araştırmaları Merkezi*.
- TBD. (2009). Kamu Bilişim Projelerinde Kamu-Özel Sektör İşbirliği. (*Kamu Bilisim Platformu XI*). TBD Kamu-BİB.
- TEKER, S., TEKER, D., ve ÇİMEN, M. (2013). Ulaştırma Projeleri Finansmanı İçin Bir Model Önerisi: Kamu-Özel Sektör Ortaklığı İle Yap-İşlet-Devret. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 116-129.
- TTB. (2011). Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- TUNÇ, G., ve ÖZSARAÇ, E. (2015). Türkiye’deki Kamu Özel İşbirliği Modelinin İyileştirilmesine Ait Öneriler. 3. *Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı*. İzmir.
- TÜLÜCEOĞLU, S., ve ALTAN, Y. (2017). Türk Tarım Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Strategic Public Management Journal*, 3(5), 58-76.
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ. (2018). *Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri*. Çalıştay Raporu, İstanbul.
- TÜSİAD. (2018). *Merkezi Yönetim Bütçesi Takip Raporu II*. Ocak-Mart 2018 Merkezi Yönetim Bütçe Uygulama Sonuçları. Koç Üniversitesi -TÜSİAD.
- UCAR, T. (2018). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları: Hava Yolu Ulaşım Sektörü Üzerinden Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. Isparta.
- USTA, S., ve BİLGİÇ, E. (2016). Yerel Yönetimlerde Hizmet Sunumu: Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(23).
- UYSAL, Y. (2018). Avrupa Birliği’nin Seçilmiş Bazı Ülkelerinde ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Yatırımlarının Karşılaştırmalı Analizi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 1(2), 158-173.
- UYSAL, Y. (2018). Kamu-Özel İşbirliği Literatürü Üzerine Bir İçerik Analizi: 1979-2017 Dönemi. *Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*. Bursa.

- UYSAL, Y. (2017). Yerel Yönetimlerde Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Uygulamalarının iki Yönü: Avantajlar ve Dezavantajlar. *Kent Akademisi Kent Kültürü ve Yönetimi Hakemli Elektronik Dergi*, 10(2).
- UZ, A. (2007). Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram ve Hukuksal Çerçeve). *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(1-2).
- ÜNAL, A., ve ÜNAL, A. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1).
- VERGİL, H., SEZER, Ö., ve DÖKMEN, G. (2014). 1. Karadeniz ve Balkan Ekonomik ve Politik Araştırmalar Sempozyumu. Zonguldak, Türkiye : Kalkınma Bakanlığı Batı Karadeniz Kalkınma Ajansı.
- YALÇIN, F. (2014). Kamu Özel İşbirlikleri. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*. Ankara.
- YALÇIN, F. C. (2014). Kamu Özel İşbirliği Ve Özelleştirme: Kavramsal Bir Çerçeve. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 13(25), 133-162.
- YALÇINKAYA, K. (2017). Türkiye’de 1980 Sonrası Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi Araştırma Makalesi*.
- YERELİ, A. B., ve KIZILTAN, M. (2011). Kamu Özel İşbirliği Projeleri ve Kırgızistan Ekonomisi Açısından Önemi. *International Conference On Eurasian Economies*.
- YETGİN, F. (tarih yok). Kıyı Yatırımları ve Kamu Özel Sektör İşbirliği Modeli. 7. Kıyı Mühendisliği Sempozyumu.
- YILMAZ, M., KIZMAZ, E. S., ve GÖKTÜRK, İ. (2018). Girişimciliğin Desteklenmesinde Kamu Özel Sektör İşbirliği Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Değerlendirme. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 6(5).
- YUSUFOĞLU, A. (2017). Kamu Özel Ortaklığı Projelerinde Koşullu Yükümlülükler ve Mali Riskler: Avrasya Tüneli, Osmangazi Ve Yavuz Sultan Selim Köprüleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu)(Özel Sayı)*, 156-174.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

- Ad-Soyad : İbrahim Halil ŞENOĞLU
- Doğum Yeri : PALU
- Doğum Tarihi : 01.07.1983
- Medeni Durumu : Evli
- Askerlik Durumu: Muaf

İŞ TECRÜBELERİ

Munzur Üniversitesi Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanlığı (Şef)

2019 – Devam

Munzur Üniversitesi Çemişgezek MYO (Bilgisayar İşletmeni)

2012 – 2019

Milli Eğitim Bakanlığı (Ücretli Öğretmenlik)

2010 - 2012

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans : Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü 2017 - Devam

(Kamu Özel İşbirliği Kapsamında Yapılan Şehir Hastanelerinin Etkinliği)

Lisans: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü 2006 - 2010Ön

Lisans: Munzur Üniversitesi Çemişgezek MYO Yapı Denetim 2015 – 2017

Lise : İbrahim UÇKUNKAYA Lisesi 2002 - 2005

YABANCI DİL VE DÜZEYİ

İngilizce : Düşük

BİLGİSAYAR BECERİLERİ

AutoCAD: Düşük

Word, Excel, Powerpoint: iyi

KURS VE SERTİFİKALAR

Fırat Kalkınma Ajansı – Munzur Üniversitesi (GENA eğitim Danışmanlık)

(Kamu İhale Mevzuatı Eğitim Sertifika)

2018

İLETİŞİM

Adres: Çemişgezek TUNCELİ

GSM: 0536 597 42 79

MAİL: ibrahimhalilsenoglu@gmail.com