

**TC
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

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

Dr. Perihan ŞENEL TEKİN

**Sağlık Kurumları Yönetimi Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK**

ANKARA

2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Cesim DEMİR
Gülhane Askeri Tıp Akademisi



Üye: Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Gazi Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKBULUT
Ankara Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. ORER
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yoğun bir çabanın sonucunda ortaya çıkan tez çalışmamda katkısı olan herkese teşekkürü bir borç bilirim. Ancak özellikle tezimin devam edebilmesi sürecinde verdiği içten desteği ve tez boyunca yapmış olduğu değerli katkılarından dolayı değerli hocam ve tez danışmanın Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e teşekkür ederim.

Ayrıca tüm süreçte gösterdiği özveri ve destek için meslektaşım ve sevgili eşim Mustafa TEKİN'e ve tezim ile birlikte büyüyen ve her aşamada beni cesaretlendiren oğlum Efe TEKİN'e sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Perihan, Ş.T. Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Tezi, Ankara, 2010. Sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün ortaklığına dayalı kamu-özel ortaklığı (KÖÖ) yöntemi Türk sağlık sektöründe de uygulanmaya başlamıştır. Son yıllarda Türkiye sağlık sektörü büyük bir değişim göstermekte ve giderek artan şekilde KÖÖ’ni kullanmaktadır. Bu kapsamda çalışma Türkiye sağlık sektörü politikalarında yaşanan bu değişime odaklanmıştır. Çalışmada Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖÖ politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Bu analiz yardımıyla politikanın kapsamı, aktörleri, yanında ve karşısında yer alanlar ile henüz bu politika ile ilgili bir taraf olmayanların pozisyon, etki ve güçleri, kaynakları, bu politika ile ilgili çıkarları veya karşı çıkış sebepleri, bu politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri ile politikanın uygulanabilirliği sınanmaktadır. Ayrıca mevcut koşullarda meydana gelebilecek değişikliklere göre politikanın uygulanabilirliğinin nasıl etkileneceği ile ilgili senaryolar geliştirilip, analiz bu senaryolara göre tekrar edilmektedir. Araştırmanın son aşamasında bu politikanın başarıyla gerçekleştirilebilmesi için geliştirilebilecek stratejiler gerekçe, yöntem ve uygulanabilirliği açısından değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın evrenini, Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖÖ politikası içinde yer alan kamu ve özel sektör temsilciler ve bu politika ile ilgili diğer kişi ve gruplar oluşturmaktadır. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak doküman inceleme ve yarı yapılandırılmış soru formları ile yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılmaktadır. Araştırma kapsamında Mayıs-Kasım 2009 tarihleri arasında 35 kişi ile görüşme yapılmıştır. Toplanan veriler PolicyMaker 4.0 programı ile analiz edilerek sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu-Özel Ortaklığı, Sağlık, Türkiye, Politika Haritalama, PolicyMaker.

ABSTRACT

Perihan, S.T. Analysing Public-Private Partnership policy as a financing method in Turkey health sector with political mapping. Hacettepe University Institute of Health Sciences, PhD. Thesis in Health Care Administration, Ankara, 2010. Public-Private Partnerships (PPP) models, public and private collaboration to service facility in health care sector, has began to practice in the Turkish health care sector. Currently Turkish health care sector is going thorough some changes and the use of PPP is becoming more prevalent. With all these interesting developments on the political agenda this study focused on the Turkish health care sector. In this study, it is going to be investigated applicability of PPP as an alternative financial model in frame of PPP for healthcare sector, in Turkish health care sector. For that purpose, it is going to be handled that PPP as a financial model, its definition, the practices of PPP model in health, the needs for healthy partnership, the criticism of PPP model, PPP for Turkish health care sector and sub models of PPP. It is predicted to put forward as an alternative financial method PPP for Turkish health care sector and circumstances of success. In the study it is used the approach of political mapping to identify, the understanding of PPP Policy in Turkish health care infrastructure investment, the position, interest and influence of the main policy actors. The population of this study is consist of public, private sector agent who works in public private partnerships policy as a financing method in Turkey health care infrastructure and other people and groups who are related to the policy. In this study, the document analysing, face to face interview with semi structured question form are used as a tool to get data. We had 35 interviews in May-November, 2009. And then we analysed data with PolicyMaker 4.0 Program.

Key Words: Public-Private Partnerships, Health Care, Turkey, Political Mapping, PolicyMaker.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER.....	xi
TABLolar.....	xii
GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kamu-Özel Ortaklığı.....	3
2.1.1. Kamu-Özel Ortaklığının Temel Faydaları.....	11
2.1.2. Kamu-Özel Ortaklığının Özellikleri.....	17
2.1.3. Kamu-Özel Ortaklığının Zorlukları.....	20
2.1.4. Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri.....	21
2.1.5. Proje Finansmanı.....	26
2.1.6. Kamu-Özel Ortaklığının Kurulması.....	30
2.1.7. Kamu-Özel Ortaklığında Danışmanlık Hizmetleri.....	38
2.1.8. Kamu-Özel Sektör Ortaklığı ve Risk.....	39
2.1.9. Kamu-Özel Sektör Ortaklığında Risk Yönetimi.....	47
2.1.10. Kamu-Özel Ortaklığına Yönelik Eleştiriler.....	48
2.1.11. Başarılı Bir Kamu-Özel Ortaklığının Ön Koşulları.....	57
2.2. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı.....	60
2.3. Dünyada Kamu-Özel Ortaklığı Uygulamaları.....	61
2.3.1. İngiltere Örneği.....	65
2.3.2. Amerika Birleşik Devletleri Örneği.....	67
2.3.3. İspanya Örneği.....	68
2.3.4. Avustralya Örneği.....	69
2.3.5. Güney Afrika Örneği.....	71
2.3.6. Portekiz Örneği.....	72
2.3.7. Fransa Örneği.....	73
2.4. Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı.....	74
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	78
3.1. Araştırmanın Amacı.....	78
3.2. Materyal ve Yöntem.....	78
3.3. Araştırma Soruları.....	84
3.4. Evren.....	85
3.5. Sınırlılıklar.....	86
3.6. Veri Toplama Aracı.....	86
3.7. Verilerin Toplanması.....	87
3.8. Verilerin Analizi.....	88
4. BULGULAR.....	89
4. 1. Türkiye Sağlık Altyapı Yatırımlarında Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikası.....	89
4.1.1. Politikanın Tanımı.....	89
4.1.2. Politikanın Kapsamı ve Amaçları.....	91
4.1.3. Politikanın Süreci.....	94

4.1.4. KÖO Yöntemi İle Yapılması Planlanan Projeler	97
4.1.5. Projelerde Yönetim, Denetim, Geri Ödeme ve Devir	101
4.1.6. Proje Maliyeti	102
4.2. Politika İle İlgili Görüşme Bulguları	102
4.2.1. Politikanın Yasal Altyapısına İlişkin Görüşler	102
4.2.2. Politikanın İdari Altyapısına İlişkin Görüşler	106
4.3. Politikanın Sonuçlarına İlişkin Görüşler	110
4.3.1. Politikanın Finansal Etkileri	110
4.3.2. Politikanın Yönetmelik Etkileri	113
4.3.3. Politikadan Faydalananlar	116
4.3.4. Politikadan Zarar Görenler	119
4.3.5. Politikanın Coğrafi Etkileri	123
4.3.6. Politikanın Sembolik Etkileri	123
4.4. Politikanın Tarafları	124
4.4.1. Politikayı Destekleyenler	128
4.4.2. Politikayı Desteklemeyenler	140
4.4.3. Politikaya Karşı Tarafsızlar	159
4.5. Politikaya İlişkin Senaryolar	161
4.6. Politika İçin Stratejiler	170
5.TARTIŞMA	203
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	224
KAYNAKLAR	227

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
APK	Araştırma Planlama Koordinasyon
ATO	Ankara Ticaret odası
CEO	Chief Executive Officer
CHP	Cumhuriyet Halk Partisi
DB	Dünya Bankası
DHMI	Devlet Hava Meydanları İşletmeleri
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EIB	European Investment Bank
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HM	Hazine Müsteşarlığı
IMF	International Monetary Fund
KİD	Kur İşletDevret
KÖİ	Kamu Özel Sektör İşbirliği
KÖO	Kamu-Özel Ortaklığı
MB	Maliye Bakanlığı
MHP	Milliyetçi Hareket Partisi
MR	Manyetik Rezonans
NHS	National Health Services
NPM	New Public Management
OHSAD	Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
ÖAA	Özel Amaçlı Araç
Öİ	Özelleştirme İdaresi
P3	Public-Private Partnership
PFI	Private Finance Initiative
PFP	Privately-Financed Projects
PPI	Private Participation in Infrastructure
PPP	Public-Private Partnerships

PSC	Public Service Comperator
PSP	Private-Sector Participation
SAYED	Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STÖ	Sivil Toplum Örgütü
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEİAŞ	Türkiye Elektrik İletim Anaonim Şirketi
TEİS	Tüm Eczacı İşverenler Sendikası
TOKİ	Toplu Konut İdaresi
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TYFB	Tasarla Yap Finanse Et Bakımını Yap
TYFİ	Tasarla Yap Finanse Et İşlet
UKTI	UK Trade Investment
VFM	Value For Money
YDİ	Yap Devret İşlet
Yİ	Yap İşlet
YİD	Yap İşlet Devret
YİS	Yap İşlet Sahi Ol
YKD	Yap Kirala Devret
YPK	Yüksek Planlama Kurulu
YSİ	Yap Sahip Ol İşlet
YSİD	Yap Sahip Ol İşlet Devret

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Enerji Satın Alma Anlaşması için Proje Finansman Şeması.....	29
Şekil 2.2. Yol imtiyazı için Proje Finansman Şeması.....	29
Şekil 2.3. Özel Finansman Girişimi okul projesi için Proje Finansman Şeması.....	30
Şekil 2.4. Özel amaçlı bir şirket ve konsorsiyum katılımcıları arasındaki ilişki.....	36
Şekil 2.5. Kamu-Özel Ortaklığı yelpazesi.....	52
Şekil 4.1. Politika Aktörlerinin Etki, Güç ve Pozisyonlarına Göre Dağılımları.....	126
Şekil 4.2. Politika aktörlerinin koalisyon haritası.....	127
Şekil 4.3. Politikanın uygulanabilirliği.....	128
Şekil 4.4. Senaryo 1'e göre politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.....	163
Şekil 4.5. Senaryo 1'e göre politikanın uygulanabilirliği.....	163
Şekil. 4.6. Senaryo 1'e göre politika aktörlerinin koalisyon haritası.....	164
Şekil 4.7. Senaryo 2'ye göre politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.....	166
Şekil 4.8. Senaryo 2'ye göre politikanın uygulanabilirliği.....	166
Şekil. 4.9. Senaryo 2'ye göre politika aktörlerinin koalisyon haritası.....	167
Şekil 4.10. Senaryo 3'e göre politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.	169
Şekil. 4.11. Senaryo 3'e göre politika aktörlerinin koalisyon haritası.....	169
Şekil 4.12. Senaryo 3'e göre politikanın uygulanabilirliği.....	170
Şekil 4.13. Friedman matriksi.....	190

TABLOLAR

Tablo 2.1. Kamu Altyapı Tedarikinde Kamu ve Özel Sektör.....	25
Tablo 2.2. KÖO sürecinde yer alan danışmanların rollerine ilişkin bir örnek.....	39
Tablo 2.3. KÖO projelerinde yer alan müteahhit, kamu görevlisi ve finansörlerin KÖO için risk sıralaması	46
Tablo 2.4. Kamu ve özel sektör aktörlerinin değer, strateji ve temel iş alanları arasındaki ilişkiler	54
Tablo 2.5. İngiltere’de KÖO ile ilgili eleştiriler ve bunlara verilen cevaplar.....	56
Tablo 2.6. İngiltere’nin gerçekleştirdiği bazı KÖO projeleri.....	66
Tablo 3.1. Politika Haritalama yöntemi ile yapılan çalışmalar ve bu çalışmalarda kullanılan yöntemler.....	81
Tablo 4.1. Politika aktörlerinin etki, güç ve pozisyonlarına göre dağılımları.....	125
Tablo 4.2. Senaryo 1’e göre politika aktörlerinin sektör, pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.....	162
Tablo 4.3. Senaryo 2’ye göre politika aktörlerinin sektör, pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.....	165
Tablo 4.4. Senaryo 3’e göre politika aktörlerinin sektör, pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.....	168

GİRİŞ

Son 30 yılda değişen dünya düzeni ile beraber devletlerin vatandaşlarına sağladığı kamu mal ve hizmet sunumunda da ciddi değişimler yaşanmaktadır. Gerek idareler üzerindeki finansal baskılar gerekse kamu yönetim ve iş yapma anlayışının günün ihtiyaçlarına cevap verememesinden kaynaklansın, bir çok ülke kamunun hakim olduğu sektörlerde özel sektörle ortaklıklar kurma yoluna gitmektedir. Son 30 yılda İngiltere’den diğer ülkelere yayılan Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) yöntemi 90’lı yıllardan itibaren enerji ve ulaştırma sektörleri ile Türkiye’de de kullanılmaya başlanmıştır. 2005 yılında sağlık sektörü için de gündeme gelen KÖO yöntemi bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Bu kapsamda çalışmada Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Bu analiz yardımıyla politikanın kapsamı, aktörleri, yanında ve karşısında yer alanlar ile henüz bu politika ile ilgili bir taraf olmayanların pozisyon, etki ve güçleri, kaynakları, bu politika ile ilgili çıkarları veya karşı çıkış sebepleri, bu politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri ile politikanın uygulanabilirliği sınanmaktadır. Ayrıca mevcut koşullarda meydana gelebilecek değişikliklere göre politikanın uygulanabilirliğinin nasıl etkileneceği ile ilgili senaryolar geliştirilip, analiz bu senaryolara göre tekrar edilmektedir. Araştırmanın son aşamasında bu politikanın başarıyla gerçekleştirilebilmesi için geliştirilebilecek stratejiler gerekçe, yöntem ve uygulanabilirliği açısından değerlendirilmektedir.

Araştırma Giriş bölümü ile birlikte 6 bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünden sonra KÖO yöntemini genel olarak anlamaya yönelik literatür bilgilerini içeren Genel Bilgiler bölümü gelmektedir. Bu bölümde KÖO’na ilişkin genel bilgilerle beraber yedi ülkenin KÖO deneyimine yer verilmektedir. Bu bölüm ayrıca Türkiye ve sağlık sektörü özelinde KÖO’nın tarihine ilişkin bilgiler de içermektedir.

Araştırmanın Gereç ve Yöntem bölümünde araştırmanın amacı, kullanılan araç ve yöntem, araştırma soruları, evren, sınırlılıklar ve veri toplama yöntemine yönelik ayrıntılı bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın temel bulguları, analiz sonuçları, üretilen senaryo ve stratejiler araştırma soruları kapsamında Bulgular başlığı altında detaylandırılmaktadır.

Araştırmanın Tartışma bölümünde ise Türkiye sağlık sektörü altyapı yatırımlarında alternatif finansman yöntemi olarak KOÖ yönteminin kullanılması politikası araştırma soruları kapsamında elde edilen bulgular ve ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır. Son olarak araştırmadan elde edilen sonuçlar Sonuç ve Öneriler bölümünde özetlenerek sunulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Devletlerin temel görevlerinden olan kamu hizmet alanı son otuz yılda tüm dünyada hızlı bir değişim yaşamaktadır. Özellikle kamu hizmetlerine olan talebin hızla artmasına karşın kamu finansman kaynaklarının yetersizliği ile finansman sıkıntısı çeken hükümetler bu konuda yeni politiklar üretmeye başlamıştır (Goldman ve Mokuvoş, 1991, s.25-28; Broadbent ve Laughlin, 2003; Broadbent ve Laughlin, Şubat 2005; Hemming, 2006, s.1).

Seksenli yıllarda İngiltere'den tüm dünyaya yayılan kamu hizmet sunumuna yönelik değişiklikler kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına almıştır (UN, s.1993, 13; Morledge ve diğerleri, 2006, s.196-197; Yescombe, 2007; Holden, 2009, s.313-332; Wikipedia, t.y.). Bu değişimle birlikte devletler iktisadi alanda sürdürmekte oldukları işletmecilik faaliyetlerini özel sektöre devretmeye başlamışlardır. 'Birinci Özelleştirme Dalgası' olarak nitelendirilebilecek bu uygulama ile devlet üretici/işletmeci kuruluşlarını satış vb. yollarla tümüyle özel sektöre devrederek özel hukuk kurallarına bağlı olarak rekabetçi ortamda çalışmalarını sağlamıştır (Goldman ve Mokuvoş, 1991, s.25-28). Bu uygulamalarla ekonomide etkinlik ve verimliliğin artırıldığını gören ülkeler, İngiltere başta olmak üzere, günümüze kadar klasik devletten başkasının yapamayacağı düşünülen ve çoğu imtiyaz teşkil eden alanlarda da özel sektörün etkinliğinden yararlanma yolları aramaya başlamışlardır (Tekin, 2004b; Morledge ve diğerleri, 2006, s.196-197; United Nations Research Institute for Social Development [UNRISD], 2006, s.259-269; Hemming, 2006, s.4-10; Livesey, 2008, s.1-4; Holden, 2009, s.313-314).

2.1. Kamu-Özel Ortaklığı

Kamu-Özel Ortaklığı (KÖÖ), kamu hizmetlerinin özel sektör katkısı ile gerçekleştirilebildiği geniş bir finansman alanını kapsamaktadır. Bu anlamda, hastaneden otoyola, altyapıdan enerjiye, savunmadan hava alanına, okuldan ceza evine ve sair alanlarda uygulanması mümkün olan her türlü kamusal mal ve hizmeti kapsamına almaktadır (Klijn ve Teisman, 2003, s.137-145; Bettignies ve Ross, 2004; Brown, 2005; Davis, 2005; UNRISD, 2006 s.259-269; National Treasury PPP Unit, 2007, s.5; Bhat, 2009, s.4). Kısaca KÖÖ, kamu hizmetlerinin devletçe klasik yollardan temini ile tüm hizmet temininin özel sektör aracılığı ile yapılmasının

arasındaki yelpazede yer alan, devlet ve özel sektörün birlikte katılımını içeren, her iki tarafında güçlü yanları ile katkı sağladığı (UN, 1993, s.18), tüm mal ve hizmet temini modellerini içeren bir üst kavramdır (Holden, 2009, s.320).

Son on yılda kamu hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlikler, devletleri kamu hizmetlerini sağlamada özel sektörden daha çok yararlanmaya itmiştir. Devlet bakım, onarım, yeniden inşa gibi işler için ücretli işçi çalıştırırken bazen de daha büyük çaptaki yapı projelerini ihale eder. Köprü, hastane, okul, hapisane gibi yapıları içeren projeler özel sektöre sözleşme ile devredilir (Bettignies ve Ross, 2004; Baltzersen, Mart 2006; National Treasury PPP Unit, 2007, s.14). Ülkemizde de var olan sağlık altyapı yatırım ihtiyacını karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından KÖO programı başlatılmıştır (Tekin ve Çelik, 2010).

İngiltere öncülüğünde yaygınlaşan KÖO modeli başta Avrupa Birliği (AB) ülkeleri olmak üzere, gelişmiş bütün ülkelerde en önemli proje finansman yöntemi olarak uygulanmaktadır (Commission of The European Communities, 2004; Paradisi, Ekim 2007). KÖO modeli ile özel sektörün yatırımcı olarak yer aldığı kamu projelerinin AB ülkelerinde; 2006 sonu itibarıyla; 63.7 milyar euro ile İngiltere, 6.5 milyar euro ile İtalya, 2.5 milyar euro ile İspanya ve 2.0 milyar euro ile Fransa'da olduğu görülmektedir. 2006'da imzalanan 137 KÖO sözleşmesine ilaveten yaklaşık 55 milyar euro tutarındaki 189 yeni KÖO sözleşmesinin henüz ihale aşamasında olduğu bilinmektedir (International PPP Platform Türkiye, t.y.).

İngiltere'de resmi kurumların genel yaklaşımına göre, KÖO kamu ve özel sektöre karşılıklı fayda sağlayacakları uzun süreli bir ortaklık imkânı sağlar. ABD'nin KÖO için oluşturduğu ulusal kurul ise KÖO'nı yukarıdaki tanıma benzer şekilde yapmaktadır. Buna göre KÖO, kamu sektörü ve kar amacı olan bir özel sektörün kaynaklarını ve risklerini bir kamu mal ya da hizmetini sağlama veya kamu altyapısını geliştirme amacı için paylaşmasını sağlayan sözleşmeye dayalı bir düzenlemedir. Buna göre KÖO'nın amacı hizmet veya altyapının daha etkili şekilde sunulması için özel sektörün ekonomisinden yararlanmaktır. Bu durum bir işletim veya yönetim sözleşmesinin dış kaynaklardan sağlanmasından (outsourcing), tam özelleştirmeye kadar her şeyi kapsamına alan bir yaklaşımdır (National Treasury PPP Unit, 2007, s.5).

Birleşmiş Milletler KÖO'nı özelleştirme değil, özel sektör ile uzun süreli imtiyaz sözleşmeleri, bölgesel tabanlı organizasyonlar ile hükümet yetkilileri

arasındaki informal diyalogları içeren bir yapı olarak geniş bir şekilde tanımlamıştır (United Nations Development Programme-UNDP, t.y.; Akintoye ve diğerleri, 2003a, s. 4-5).

Yararları açıkça görülmesine rağmen KÖO'nı tanımlamak her zaman kolay olmamaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.16). KÖO'nın açık (basit, tek) bir tanımı yoktur. KÖO'nın birçok şekli ve çok sayıda tanımı yapılabilmektedir. Örneğin Linder (1999), KÖO'nı her biri ortaklığın ne olduğu ve amaçlarını kendine göre açıklayan 6 farklı kullanımı ile tanımlamıştır:

- Yönetim reformu olarak KÖO: Yönetim fonksiyonunda değişim yaratacak yenilikçi bir araçtır. Öncelikle iş birimlerinden yönetime bilgi akışı ile ilgili ilişkilerde bir çeşit rehberliktir.
- Problem dönüşümü olarak KÖO: Kamu hizmeti sunumunda ortaya çıkan, özellikle piyasada rahatsızlık oluşturan ticari problemleri ortadan kaldırmada faydalı bir yöntemdir.
- Ahlaki yenilenme olarak KÖO: Piyasa katılımcıları olarak kamu yöneticilerini içine alan ve ortaklığın katılımcıları etkilediği bir yapıdır.
- Risk paylaşımı olarak KÖO: Kamu ve özel sektör ortaklarının imzaladıkları sözleşmeler gereği mali sıkıntılardan belirli ölçüde etkilenmeleridir.
- Kamu hizmetlerinin yeniden yapılanması olarak KÖO: Ortaklık vasıtasıyla taleplerin karşılanması için yönetsel prosedürlerin yeniden düzenlenmesidir.
- Gücün paylaşımı olarak KÖO: Ortaklıkta kontrol ve güç yatay şekilde dağılmaktadır. Geleneksel tedarik yöntemi ile karşılaştırıldığında işbirliği ve güven, bilgi, sorumluluk ve riskin karşılıklı paylaşılması ile fayda sağlama, uzlaşma ve farklılıklar üzerinde görüşme ve anlaşmaya varma gibi konularda KÖO farklı bir yaklaşım sunmaktadır.

KÖO tanımlamalarına ilişkin bir diğer yaklaşımda ise KÖO, kamu ve özel sektör arasındaki karşılıklı iş birliğine dayalı eşitlik ve hesap verilebilirlik konusunda bir davranış yaratarak pazar başarısızlıklarının temel sebepleriyle ilgilenen kurumsal

bir yaklaşım olarak görülmektedir (Pongsiri, 2002, s.487-493; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.17).

Nijkamp ve diğerleri (2002) KÖO'nun tanımlamada risk paylaşımı ve kararlılığın önemine vurgu yapmışlardır. Bu yaklaşıma göre KÖO, maliyet ve kazançların dağıtımı daha önceden belirlenerek risk dağılımının yapıldığı, kendine özgü amaçlarını gerçekleştirmeye dayalı ortak bir hedef için birlikte çalışan kamu ve özel aktörlerin işbirliğinin kurumsal bir halidir.

Tanımlamaların ortak noktası, KÖO'nun kamu ve özel sektör aktörleri arasındaki risk, fayda ve maliyetleri çift taraflı paylaştıkları ürün/mal üretimini gerçekleştirmek için yaptıkları işbirliği olmasıdır. Tüm bunlar karşılıklı ilave değer yaratma fikrine dayanmaktadır (Klijn ve Teisman, 2003, s.137-145; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006). KÖO'nun hem kamu hem de özel sektör için karmaşık sorunları çözerek ilave değer yaratması beklenmektedir. Kısacası KÖO'ndan beklenen şey, KÖO olmadan gerçekleşemeyecek ilave sinerjiyi yaratmasıdır (Klijn ve Teisman, 2003, s.143).

“Kamu-Özel Ortaklığı” terimi ilk kez 1950’li yıllarda Amerika’da eğitim programlarının ve benzer kamu hizmetlerinin finansmanı için kamu ve özel sektörün ortak şekilde finansman sağlaması için kullanılmıştır. Ancak daha yaygın kullanımı 1960’lı yıllarda kentlerin yenilenmesinde kamu ve özel sektörün ortak finansman sağlaması için tercih edilen bir terim aranması ile olmuştur. Amerika’dan dünyaya yayılan bu terim özel sektörün teknoloji ve araştırma çalışmalarının kamu tarafından desteklenmesi kadar gönüllü kuruluşların sağladığı sosyal hizmetlerin de kamu tarafından finanse edilmesini ifade etmede kullanılmıştır. Bu anlamda KÖO terimi uluslar arası alanda AIDS ve sıtma gibi hastalıklarla mücadelede, tarımsal faaliyetler için yeni yöntemler geliştirmede veya ekonomik kalkınma için kamu, özel sektör ve yardım kurumlarının ortaklık kurması şeklinde kullanılmaktadır. Ancak bu kullanım yöntemi çoğunlukla politika veya program tabanlı KÖO olarak tanımlanmaktadır (Smith, 2000; Buse ve Waxman, 2001; Kent ve Waxman, 2001; Yescombe, 2007, s.2-3).

KÖO yeni bir terim olsa da kamu tesislerinin özel sektör sermayesi ile yapılması eski bir yöntemdir. 19. yüzyılın ortalarında Londra’nın birçok köprüsü, 19. yüzyılın sonlarında New York’daki Brooklyn Köprüsü özel sektör sermayesi ile inşa

edilmiştir. Yine Fransa’da kanalların inşaatı için özel sektör sermayesinin kullanımı 17. yüzyıla dayanmaktadır (Yescombe, 2007).

Public-Private Partnerships (PPP) terimi dünyada kabul edilmiş bir kavram olmasına rağmen farklı ülkelerde alternatif KÖO isimleri de kullanılmaktadır. Bunlar: Güney Kore PPI Programı ve dünyada birçok kalkınma finansmanı alanında kullanılan ve Dünya Bankası (DB) tarafından türetilen “Private Participation in Infrastructure (PPI)” terimi (Dünya Bankası, Ağustos 2006) kalkınma bankacılığı sektöründe kullanılan Private-Sector Participation (PSP) terimi; Kuzey Amerika’da kullanılan P3 (Public-Private Partnership) kısaltması, Avustralya’da kullanılan Privately-Financed Projects (PFP) terimi; satınalma gücü paritesinin İngilizce kısaltması olan PPP (Purchasing Power Parity) ile karıştırılmaması için kullanılan P-P Partnership terimi; ilk ortaya çıkışı Britanya olan ancak son zamanlarda Malezya ve Japonya’da da kullanılan Private Finance Initiative-PFI (Özel Finansman Girişimi) terimleridir (Lam, 2004; Flinders, 2005, s.220; Renda ve Schrefler, 2006, s.1; Yescombe, 2007, s.4). Türkiye’de ise Public-Private Partnership (PPP) karşılığı olarak Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)/Kamu Özel Sektör İşbirliği (KÖİ) gibi kavramlar kullanılmaktadır (Tekin, 2004a; Tekin 2004b; Tekin, 2007; Tekin ve Çelik, 2010; Tengilimoğlu ve diğerleri, 2010; International PPP Platform Türkiye, t.y.).

KÖO düzenlemeleri geleneksel projelerden üç konuda ayrılır. Bunlar: özel sektörün proje süresince her konuda sorumluluğunun olması, çıktıların kamu tarafından tanımlanması ve riskin özel sektöre devredilmesidir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.72-73; Ramstedt, Mayıs 2008). Kamu hizmet sunumunda özel finansman kullanımına ilişkin çok sayıda farklı yaklaşım vardır. Ancak bunlar içinde en uzun geçmişe sahip olan yöntem imtiyaz (concessions) yöntemidir. İmtiyazların daha gelişmiş türü ise “Franchise”, Fransızca’da kullanılan haliyle “affermage” dir. Zaten varolan, inşa edilmiş bir tesisi kullanma hakkı olan franchise’ın başlangıç aşaması imtiyazdan farklı olsa da bir çeşit imtiyaz olarak kabul edilmektedir. Franchise’da bir altyapı yenileme ya da yeniden yapma söz konusu değildir, sadece işletim aşamasıyla ilgili bir KÖO’dur. Avrupa Birliği terminolojisinde franchise bir “hizmet imtiyazı” iken, imtiyaz yeni bir altyapının inşasını da içeren bir “iş imtiyazı”dır (Yescombe, 2007).

Kamu hizmet sunumunda özel finansman kullanımına ilişkin bir diğer yaklaşım hizmet satınalma anlaşmalarıdır. Hizmet satınalma anlaşmaları, KÖO için

modern sözleşme ve finansman çerçevesini sağlamıştır. 1980’lerde Amerika’da geliştirilen enerji satın alma anlaşmaları (Power Purchase Agreements), bugünkü modern KÖO sözleşmelerinin şablonunu oluşturmuştur. İlk geliştirilen enerji satın alma anlaşmaları özel sektör tarafları arasında gerçekleştirilen Yap-Sahip Ol-İşlet (YSİ) sözleşmeleridir. Bu yöntemde enerji santrallerinin sahibi yatırımcıları olmuştur. Aynı şekilde benzer bir yapı, kamu sektör projeleri için de uygulanmıştır. İlk kez Türkiye’de geliştirilen bu model “Yap-İşlet-Devret” (YİD)’dir (Kadyrov, 2003; Yescombe, 2007). Bu modelin YSİ’den farkı sözleşme sonuna kadar işletilen enerji santralinin kamuya devredilmesidir. YİD ile Yap-Devret-İşlet (YDİ) arasında da önemli bir fark vardır. Burada tesis inşa edildikten sonra kamuya devredilir. Tasarla-Yap-Finanse et-İşlet (TYFİ) modelinde ise kamu resmi olarak tesise sahip olur, özel sektör ise sözleşmede yer alan hakları kapsamında tesisin işletmesini sağlar (Yescombe, 2007).

1992’de İngiltere Hükümeti, kamu altyapı tedarikinde özel finansman kullanımına imkân sağlamak için “Özel Finansman Girişimini”ni (Private Finance Initiative-PFI) geliştirmiştir. 1994’de yeni yol yapım ve işletim projeleri ile ilk dalgası başlayan bu süreç aslında 1980’lerdeki imtiyazların yeniden keşfedilmesidir. İngiltere’de otoyolların kapsamı sınırlı olduğu için imtiyazların temel prensibi olan “kullanıcı ödemesi” yerine Özel Finansman Girişimini’nde kamu otoritesinin ödeme yapması yaklaşımı benimsenmiştir. Başlangıçta kamunun yaptığı ödemeler sürücülerin kullanımına bağlı, gölge ücret adı ile sürücü/kilometre başına sabit bir ücret şeklinde ödenmekte iken Özel Finansman Girişimini’nin geliştirildiği daha ileriki aşamalarda, hastane ve okul gibi kamu yapılarının tedarikinde kullanım riskinin özel sektöre devredilemediği projelerde Özel Finansman Girişimi sözleşmeleri kullanılmaya başlamıştır. Bu projelerde sözleşme yapıları hizmet sözleşmelerine dayanmaktadır. Yani bakım, onarım, temizlik ve yemek hizmetleri tedariki için Özel Finansman Girişimi sözleşme süresince tesisin kullanılabilir olmasına göre kamu sektörü tarafından özel sektöre ödeme yapılmasını kapsamaktadır (Yescombe, 2007).

Hükümetlerin ilgisi yanında DB, Birleşmiş Milletler, Avrupa Yatırım Bankası ve çeşitli ülkelerin denetim planlama ofisleri kamu hizmetlerinin sağlanmasında KÖO düzenlemelerini teşvik etmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.72-73). KÖO modellerinin merkezi hükümet ve yerel yönetimlerin görev alanlarındaki her

alandan uygulanması mümkün olmaktadır. Ancak, dünyada yaygın olan KÖO alanlarının bir kısmı aşağıda verilmiştir (Hall, 1998, s.25; Nijkamp ve diğerleri, 2002, 1865; Akintoye ve diğerleri, 2003, s.3; International PPP Platform Türkiye, t.y.):

Enerji: Ülkeler için stratejik önem taşımakta olan enerji sektöründe sürekli artan talepler ve değişen çevresel koşullar nedeniyle devamlı yüksek maliyetli, yenilikçi çözümler geliştirmesi gerekmektedir. KÖO sayesinde yeni santrallerin kurulmasında, enerji hatlarının onarılmasında ve tüketiciye dağıtılmasında KÖO'larından yararlanılmaktadır.

Ulaştırma: Dünya giderek küçülmekte ve mesafeler kısalmaktadır. Bu kapsamda AB üye ülkeleri arasında ulaşımı daha iyi sağlamak için yaklaşık 400 milyar euro değerindeki Avrupa Devletleri Arası Ulaşım Ağı projesinde KÖO yöntemini kullanmıştır. Ülkemizde de özellikle havalanları ile ilgili projelerde KÖO'ları başarıyla uygulanmaktadır. İster otoyolların isterse havaalanlarının yapımı, onarımı veya işletilmesi için KÖO yönteminin kullanılması kamu sektörüne bu tür hizmetlerin verilmesinde geniş çapta faydalar sağlamaktadır. Yollar gibi büyük ölçekli altyapı ağlarının yapım ve işletiminde imtiyazların kullanımı özellikle güney Amerika ve güneydoğu Asya'da giderek artan şekilde kullanılmaktadır (Hall, 1998, s.25; Akintoye ve diğerleri, 2003, s.3; Avrupa Komisyonu, 2004).

Eğitim: Başta İngiltere ve Almanya olmak üzere birçok AB ülkesi eğitim sektöründe KÖO'larına başvurmaktadır. Kısıtlı bütçeleri nedeniyle özellikle yerel yönetimler için KÖO'ları önem arz etmektedir. KÖO sayesinde yerel yönetimler daha rahat okul inşaa edebilmekte veya onarabilmekte ve böylece verilen eğitim hizmeti aksamamaktadır.

Sağlık: Dünya nüfusunun giderek artması sağlık hizmetleri ihtiyacını da artırmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla KÖO sayesinde kamu kesimi, vatandaşların talebini daha iyi karşılamak için yeni sağlık tesislerin kurulmasında veya yenilenmesinde özel sektörle ortak hareket etmektedir. İngiltere'de en çok KÖO yatırımı bu sektörde gerçekleşmektedir. Ülkemizde de var olan sağlık altyapı yatırım ihtiyacını karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından KÖO programı başlatılmıştır (Tekin ve Çelik, 2010).

Savunma: Milli güvenlik ve global terör altında artan dış tehditler nedeniyle devletler savunma sektöründe devamlı yatırıma kaynak ayırmak zorundadır. Ancak

KÖO sayesinde yeni çözümlerin üretilmesinde devlet kontrolü altında özel sektörün bilgi birikimine başvurulabilmekte, daha etkin ve düşük maliyetli çözümler üretilmektedir (Parker ve Hartley, 2003).

Yerel Yönetimler: Yerel yönetimlerin yapması gereken hizmetlerin çok büyük bir kısmı KÖO projelerine konu olabilecek niteliktedir. Yerel yönetimler, hukuken ve siyaseten sunmakla yükümlü oldukları kamu hizmetlerini finanse etmek, yatırım yapmak ve yönetmek gibi faaliyetler ile meşgul olmak yerine bu hizmetleri profesyonellere yaptırarak daha kaliteli hizmeti daha az maliyetle ve çoğu zaman da maliyetsiz olarak elde edebilmektedir (UNRISD, 2006 s.259-269).

İnşaat Sektörü: Bu alanda şehir kalkınması ve altyapı çalışmalarında KÖO yaygın şekilde kullanılmaktadır. Altyapı ülke vatandaşlarının yaşam kalitesi kadar ulusal üretim ve özel sektörün ekonomik çıktılarının dağıtımı için de hayati öneme sahiptir. Bu amaçla kalıcı veya ekonomik değeri yüksek altyapılar, yollar, taşıma sistemleri, haberleşme, su ve kanalizasyon, elektrik, gaz ve limanlardan oluşur. Okullar, üniversiteler, araştırma tesisleri, askeri lojmanlar, atık su arıtma üniteleri, hastaneler, kütüphaneler, kamu binaları ve parklar geçici ve sosyal öneme sahip altyapılar kapsamında yer alır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.3; Patramanis, 2006; Yescombe, 2007).

İdareler projeleri gerçekleştirmede giderek artan şekilde özel sektöre bağlı hale gelmektedir. Kamunun yatırım yapma gücünün azaldığı durumlarda özel sektör tedarikine ihtiyaç duyulur. Bu durum, piyasa ile idare arasındaki ilişkiyi değiştirmektedir. Kamu ve özel kurumlar arasındaki sınırlar belirsizleşirken kamu yönetimi de değişime uğrar. Çıktı ve performans günümüzde kamu sektörünün temel değerlendirme ölçütleridir. Bu bağlamda kamu ve özel sektörün güçlerini birleştirmeleri KÖO'na dikkatleri çekmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.1)

KÖO'ları idarenin desentralizasyonu, kamu tedarik sorumluluğunu yayma (dağıtma), kamu hizmet çıktılarının performansla dayalı olarak ölçülmesi, kamu hizmetlerinin özel sektöre ihale edilmesi ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi gibi “Yeni Kamu Yönetimi” (New Public Management-NPM) olarak bilinen kamu sektör reformu kapsamında görülmektedir. Yeni Kamu Yönetimi, KÖO'ları için teorik bir temel sağlamış, ancak çok yaygın kullanımı kamu sektörünün yatırımlar için kaynak ayıramaması ile olmuştur (Yescombe, 2007, s.16).

KÖO modelleri kaynak sağlamada büyük güçlükleri olan gelişmekte olan ülkelere altyapı yatırımlarını süratle gerçekleştirmelerinde büyük kolaylık sağlamaktadır. Bu şekilde ülke içerisindeki atıl sermaye üretime yönlendirilmekte veya devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin doğrudan altyapı projelerine yönlendirilmesi mümkün olmaktadır (Goldman ve Mokuvo, 1991, s.25; UN, 1993, s. 13,18; Akintoye ve diğerleri, 2003a, s. 3-5, 31; Tekin, 2004b; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.2, 7, 9-11, 12,16; Hemming, 2006, s.7, 55; Morledge ve diğerleri, 2006, s.196, 200; Budina ve diğerleri, 2007, s. 5,7).

2.1.1.Kamu-Özel Ortaklığının Temel Faydaları

KÖO yönteminin kullanılması hem kamu hem de özel sektör için birçok fayda getirmektedir. Bu bölümde bu faydalar ele alınmaktadır.

Kamunun finansman ihtiyacını özel sektör dinamizmi ile birleştirerek gidermesi, bütçede maddi imkânsızlıklar bulunması nedeniyle hizmet bekleyen alanlarda vatandaşın beklediği hizmeti ivedilikle alması, projelerin yatırımcılar ile müzakere edilmesi sonucu, kamunun makul olmayan projelere para yatırmasının önüne geçilmesi, yönetime kamunun da müdahil olabilmesi ve/veya değişen ihtiyaçlara göre hizmetin şeklinin değiştirilebilmesi gibi sebeplerle dünya üzerinde son yıllarda artan yoğunlukta KÖO uygulamaları yapılmaktadır (McKee ve diğerleri, 2006, s.890-896).

KÖO kamuya, yapılacak yatırımlar için harcamaları proje süresine yayma fırsatı vermektedir. Böylece kamu sınırlı vergi gelirleri veya yetersiz borçlanma ile gerçekleştiremediği yatırımları için daha esnek bir finansman alternatifi elde edebilmiştir (McKee ve diğerleri, 2006, s.890-896). Bu nedenle KÖO'larını tanımlarken İngiltere'de "Özel Finansman Girişimi", Amerika'daki kurumlarda ise "yenilikçi finansman" (innovative finance) ismi kullanılmaktadır (Yescombe, 2007).

KÖO yöntemini savunan birçok politikacı bu modellerin kamuya yeni değerler katma (additionality) özelliğine vurgu yapmaktadır. KÖO politikasını gündeme getiren ya da uygulayan birçok hükümet, "KÖO'ları bize kamu hizmetlerine daha hızlı yatırım yapma olanağı sunuyor" şeklinde açıklamalar yapmaktadır (Yescombe, 2007, s. 17).

Bunun dışında kamu otoritelerinin KÖO yöntemini kullanmasına neden olan diğer faktörler ölçek ekonomisi, özel sektöre risk devri, etkililik, yenilik, özel sektörün yetenekleri, bakım onarım maliyetlerinin özel sektöre devri, kamu sektöründe reformu hızlandırması ve esneklik olarak sıralanabilmektedir (McKee ve diğerleri, 2006, s.890-896; Yescombe, 2007, s.17; Barlow, 2008, s.1392-1401; Ramstedt, Mayıs 2008).

Aslında kamu finansmanı özel sektör finansmanına göre daha az maliyetli görünse de projelendirme, yapım ve işletim aşamasında özel sektörün getirdiği sinerji, hizmetin daha kaliteli ve etkin verilebilmesini sağlamaktadır. Kamu tarafından yürütülen projelerde hemen her zaman yapım süresi ve maliyet aşımalarına şahit olunmaktadır (McKee ve diğerleri, 2006, s.890-896). Buna karşın KÖO uygulamalarında genel olarak hizmetin devreye girmesinden sonra özel sektöre ödeme yapıldığından yapım işleri son derece süratli ve etkin tamamlanmaktadır. Hizmet karşılığı ödemeler ise ancak hizmetin belirlenen kalite ve miktarda alındığında yapıldığından, hizmet düzeyinin düşmesi önlenabilmektedir.

İngiltere’de hazine tarafından hazırlanan bir rapora göre (International Financial Services London-IFSL, 2003), İngiltere’de yol ve cezaevi gibi nispeten olgunlaşmış sektörlerdeki tasarruflar daha büyük olmuştur. Toplam tasarrufların ise ortalama %17 olduğu tahmin edilmektedir. 2001 yılında Ulusal Denetim Bürosu tarafından yapılan ve sözleşmeleri 2000 öncesinde kabul edilmiş 121 KÖO projesini kapsayan bir araştırmada, yetkililerin % 81’inin ödenen paranın karşılığının yeterli olduğunu düşündüğü, % 15’inin az olduğunu ve yalnızca % 4’ünün ise yetersiz bulduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular ışığında paranın algılanan karşılığında sözleşmenin kabul edildiği zamana göre hafif bir düşüş gösterse de bu durum kamu yetkililerinin yüksek beklentileri bağlamında değerlendirilmiştir (IFSL, 2003).

KÖO’nın yeniliği ve verimliliği teşvik eden yönlerinin su, atık su, enerji dağıtımı, telekomünikasyon ve ulaştırma gibi temel altyapı sistemlerini kalite ve miktar bakımından güçlendirebileceğine yönelik bakış açısına göre, KÖO ayrıca hastane, okul, iskân, savunma, cezaevi gibi diğer kamu hizmeti alanlarına da yaygın biçimde uygulanabilmektedir (IFSL, 2003).

Alan yazından elde edilen bilgiler ışığında KÖO'ndan elde edilebilecek potansiyel faydalar şu şekilde sıralanabilmektedir (Akintoye ve diğerleri, 2003a, s. 4-5; IFSL, 2003; Bettignies ve Ross, 2004; Eaton ve Akbıyıklı, 2005, s.51-52; Budina ve diğerleri, 2007, s.10; Barlow, 2008, s.1392-1401):

- *Ödenen paraya karşılık kaliteli hizmetlerin sunulması:* KÖO, kamu sektörü varlıklarının oluşturulması ve yönetimi konusunda uzun vadeli bir yaklaşımı teşvik eder. Bir hizmetin sağlanmasında ödenen paranın karşılığını vermek, kısa vadeli sermaye harcamasına odaklanmak yerine uzun bir dönem için tüm risk ve maliyetlerin hesaba katılmasını gerektirir (Duffy, 1998; Ellis, 2008a; Ellis, 2008b). Böylece kaliteli hizmetler uzun vadede en düşük ekonomik maliyetle yıllar boyunca devam ettirilebilir (Bös ve De Fraja, 2002).
- *Kamu sektörünün finansmanı için yeni seçenekler:* Birçok ülkede yeni altyapı projelerine olan talep, kalite ve miktar bakımından yükselmektedir. Ayrıca var olan altyapının yenilenmesi, bakımı ve işletilmesi için artan bir finansman baskısı bulunmaktadır.
- KÖO, kamu finansmanı üzerindeki kısa vadeli baskıyı azaltmaktır. KÖO kamu sektörünün mali yükümlülükleri ile hizmet sunumu arasında bağlantı sağlar. Ancak, KÖO “bedava” altyapı anlamına gelmediği gibi, kamu finansmanını amacından saptırmayı ya da varlıkların doğru biçimde yönetilmesi sorumluluğundan kurtulmayı beraberinde getirmez. KÖO'nun en uygun olduğu durumlar, hizmetin gereklerinin başlangıçta net olarak tanımlanabildiği ve sözleşme süresi boyunca çok fazla değişme olasılığının bulunmadığı projelerdir.
- *KÖO her ortağın kendi uzmanlığına en uygun olan faaliyetlere odaklanmasına olanak sağlar:* Kamu sektörü için en önemli uzmanlık, uzun vadeli politika öncelikleri ile tutarlı olarak hizmet tedarik etmek, özel sektör için ise bu hizmetleri en uygun maliyetle sunmaktır.
- *KÖO sürecinin doğası, kamunun tedarik yöntemindeki herhangi bir gelişimsel eksikliğe çözüm getirilmesine tedarik verimliliği, geliştirilmiş verimlilik ve risk yönetimi konularında yardımcı olur:*

Tedarik verimliliği, geleneksel tedarik sözleşmelerinde çoğu zaman aşılın parasal bütçelere ve zaman planlarına uymadır. KÖO sözleşmesi, söz konusu varlık teslim edilinceye ve işletilir duruma gelinceye kadar kamu sektörünün herhangi bir ödeme yapması gerekmediği anlamına gelir. Herhangi bir maliyet veya zaman aşımı, özel sektör tarafından üstlenilmelidir.

Geliştirilmiş sorumluluk, ortaya çıkan ve uzun vadede devam eden sorumlulukları doğru biçimde değerlendirme ve yalnızca nakit hesabına dayanarak kısa vadeli politikalara bağlı karar alma olasılığını önlemedir.

Risk yönetimi ise, risk belirleme, her tür riski hesaba katarak ve tedarik sözleşmesinde fiyatlandırarak projeleri yürütmeye olanak sağlar. Kamu yetkilileri, bu riskleri almak üzere eğitim görmez, buna göre değerlendirilmez ve ödüllendirilmez.

- *Yüksek nitelikli kamu hizmetinin etkin ve ucuz temini ile modelin kamu finansmanı açısından yeni bir imkan oluşturmaları:* Devlet bu modelde kamu hizmetinin belirlenen miktar ve nitelikte sunulmaya başlanmasından sonra ödeme yapmaktadır.
- KÖO modeli ile yapılan uygulamalarda, özel sektör sayesinde hizmet teminindeki riskler daha duyarlı şekilde analiz edilmektedir (Brude-Blanc ve Strange, 2007, s.1-34).
- KÖO modeli ile sunulan kamu hizmetlerinin kalite ve miktar açısından hızlı bir şekilde iyileştirilmesi mümkün olabilmektedir.
- *KÖO modelleri ayrıca kaynak temininde daha büyük güçlükleri olan gelişmekte olan ülkelere altyapı yatırımlarını süratle gerçekleştirmelerinde büyük kolaylık sağlamaktadır:* Bu şekilde ülke içerisindeki atıl sermaye üretime yönlendirilmekte veya devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin doğrudan altyapı projelerine yönlendirilmesi sağlanmaktadır.
- *Bütünleşik bir çözüm üretmede yönetimlerin kapasitesini iyileştirmek:* Geleneksel tedarik sürecinde geniş kapsamlı projeler genellikle ard arda devam etmesi gereken işler bütçe sınırlaması nedeniyle parça

parça yapılır ve bütünlük bozulur. Sonuç olarak bu durumda kamu sektörü ihtiyacı olan bütünleşik çözümler üretme fırsatını kaçarır. KÖO tedariki ile tedarik ölçeği daha geniş bir kapsamda sağlanır ve odak bütünleşik bir çözüm geliştirme yönünde değişebilir.

- *Fırsat yaratma ve yenilikçi bir yaklaşım sunma:* KÖO tedarik süreci teklif verenlere kapasiteleri ölçüsünde yenilikçi çözümler üretme ve projenin gerekliliklerini yerine getirme konusunda rekabet şansı verir. Örneğin planlamacı öyle bir tesis planlar ki çeşitli toplumsal amaçları aynı anda gerçekleştirme fırsatı ortaya çıkar.
- *Proje uygulamalarında maliyeti azaltma:* KÖO tedarik yaklaşımı çoğu zaman maliyetleri düşürür veya hem projenin tasarım-yapım hem de işletim aşamalarında aynı maliyete daha kaliteli çözümler sunar. KÖO’nda maliyetlerden tasarruf konusu halen tartışılmakta olmasına rağmen birçok KÖO katılımcısı maliyet azaltımının projede daha hızlı tedarik, risklerin özel sektöre devri gibi ilave kazançlar sağladığı görüşündedir.
- *KÖO tedarikinde maliyetlerin azalması:* Maliyet azaltımı sinerji, ölçek ekonomisi ve projenin ömür maliyetine bağlıdır. İhale yönteminin maliyet azaltma başarısının önemli bir diğer sebebi ise rekabettir. İhale (teklif) süreci piyasada rekabet yaratır. İhale yönteminin maliyetleri azaltmadaki başarısının bir diğer sebebi de motivasyonla ilgilidir (European Commission, 2003). Özel sektör genellikle daha yüksek motivasyon sayesinde, daha büyük bir yapım gücüne sahip, daha yeni ürün, daha çabuk ve daha esnek üretim ve daha düşük maliyetli olarak bilinir (Bettignies ve Ross, 2004).
- *Standartların korunması:* KÖO’larında imtiyaz süresi boyunca, varlıklar ve hizmetler için önceden belirlenen standartlar korunmaktadır. Aksi taktirde kamu, yalnızca istenen standarda uygun biçimde sunulduğu zaman hizmet bedelinin tamamını ödeyecektir. Bu yaklaşım, varlıkları, hizmet kalitesini ve sürekliliğini korumanın kamu sektörünün devamlı olarak fon sağlamasına bağlı olduğu geleneksel kamu tedarikinden çok farklıdır.

- *Esneklik:* KÖO'lar altyapı türlerinin çoğuna başarıyla uygulanabilmelerini sağlayan yapısal esnekliğe sahiptir ve KÖO'nun temelini oluşturan ilkeler birçok duruma uyarlanabilir.
- *Belirli risklerin projenin özel sektör ortağına devredilmesi:* Kamu tedarikinde KÖO kullanımının amaçlarından birisi de risklerin kamudan özel sektöre devredilmesidir. Bu nedenle uygun bir risk transfer stratejisine ihtiyaç vardır. Özel sektörün en iyi yönetebileceği riskler özel sektöre; kamunun en iyi yönetebileceği riskler kamuya devredilir. KÖO planlarında genel kural, tasarım, yapım ve işletim risklerinin özel sektöre devredilmesi şeklindedir.
- *Projeye, potansiyel olarak kapasitesi yüksek, daha fazla ilgilenen teklifçileri çekmek:* Projenin önemi ve ölçeği potansiyel teklifçi sayısını artırmaktadır. Bununla birlikte rekabet artmakta, bazen de teklifçilerin üstün özelliklere sahip olması yönetimlerin karar vermelerini zorlaştırmaktadır.
- *Bilgi, deneyim ve teknolojiye ulaşım:* Bir KÖO projesi kamuya yeni bilgi, deneyim ve teknoloji kazandırır. KÖO tedarik süreci dikkatli bir proje analizi, yenilik fırsatlarını irdelemeyi gerektirir. Bu durum kamunun uzmanlığını geliştirir.
- KÖO projeleri beraberinde yeniliği (inovasyonu) getirir: Yenilik çalışma koşullarının sağlık ve güvenlik açısından iyileştirilmesi, müşteri seçimi, sosyal ve çevresel sürdürülebilirlik ve yaşam kalitesi açısından da önemli bir konudur.
- *Üretilen hizmeti esas alan tanımlama:* Performans, ölçülebilen belirli bir sonuç için ödeme yapılması bakımından hizmetleri tanımlama gereği, sunum kalitesi ve zamanlaması ile birleştirilmiştir. Bu, önceden belirlenen girdi finansmanına dayanan geleneksel kamu tedariki yaklaşımından oldukça farklıdır.
- *Sözleşmelerin uzun vadeli olması:* KÖO projelerinin zaman profili, başlangıçtaki yatırım maliyetlerini geri kazanmaya, hizmet sunumuna ilişkin alternatif yaklaşımlar geliştirmeye ve proje süresinin tamamı için maliyet hesabına odaklanmaya olanak sağlar.

2.1.2. Kamu-Özel Ortaklığının Özellikleri

Bettignies ve Ross (2004)'a göre KÖO'nun üç temel özelliği vardır. İlki KÖO'nun tamamının fazla sayıda iş içeren bir sözleşme kapsamında oluşmasıdır. Yani sözleşme ilişkisi KÖO'nun temelidir. İkinci ana yapı, sorumluluğun toplanması veya iki veya daha fazla sayıda işin tek bir tarafa yüklenmesiyle gerçekleşir. Bu durum bir köprü inşası, işletmesi ve bakımında aynı ortağın yer alması şeklindedir. Örneğin, ortaklardan biri hem köprünün tasarımını hem de finansmanını üstlenebilir. Son olarak üçüncü yapı, finansman işinin özel sektöre bırakılmasıdır.

Farklı modelleri ile birçok sektörde uygulama alanı bulan KÖO'nun özellikleri alan yazından derlenen bilgiler ışığında şu şekilde sıralanabilmektedir. Bunlar (Peters 1998, s.11-33; IFSL, 2003; Akintoye ve diğerleri, 2003a, s. 4-5; Klijn ve Teisman, 2003, s.137-138; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.17, 29; Farquharson, 2006; Hemming, 2006, s.4; Tekin, 2007; Yescombe, 2007):

- KÖO ile belirli bir hizmet üretimi veya bunun sonuçları özel sektörden satın alınır.
- Kamu sektörü istenen mal/hizmeti proje süresi boyunca gerekli standarda uygun biçimde sunacak bir süreç oluşturur.
- KÖO ile kullanıcı, hizmet sağlayıcı ve finansman sağlayıcıların çıkarları ortak bir paydada birleştirilir.
- KÖO ile kamu ve özel sektör arasında karşılığa değil, ortaklığa dayalı bir ilişki kurulur.
- Kaliteli mal/hizmetin istikrarlı biçimde sunulmasını sağlamak amacıyla personel için uygun eğitim, isteklendirme ve ödül sağlanır.
- KÖO genel olarak yüksek kaynak gerektiren büyük altyapı projeleri için uygulanmakta ise de günümüzde daha küçük boyutlu uygulamaları da yaygınlaşmaktadır.
- KÖO modelinin en belirleyici özelliği finansmanın özel sektör tarafından temin edilmesidir. Projenin sermaye maliyetinin finansmanı ortakların öz sermayeleri ve proje finansman borçlanması ile karşılanmaktadır.

- KÖO modeli tek başına bir dışarıdan hizmet alma uygulaması (outsourcing), bir finansman modeli, gayrimenkul geliştirme projesi veya imtiyaz sözleşmesi değildir.
- KÖO uygulamaları genelde tasarım, finansman, yapım ve bakımı bütünleştiren uygulamalardır. Tasarım ve/veya işletimin müteahhide bırakılmasının bilinen en yaygın açıklaması tasarım, yapım, finansman ve işletimin tek bir firma içinde (veya konsorsiyum) birleştirilmesine bağlı olarak bütünleşmesinden kaynaklanır. Bu fonksiyonları birleştirmedeki amaç, konsorsiyumun hizmet sağlama ile bağlantısı olan tüm maliyetleri minimize etmesidir (Bettignies ve Ross, 2004).
- Kamu yatırımlarının KÖO ile gerçekleştirilmesi projelere artı değer katmaktadır. Bu artı değer kimi zaman yenilik iken kimi zaman maliyetlerde azalma şeklinde görülebilmektedir.
- KÖO projelerinde risk devlet ve özel sektöre paylaşılır.
- KÖO çoğu zaman birden çok özel sektör temsilcisinin yer aldığı bir proje şirketi ile gerçekleştirilir. Proje şirketinin sahibi özel sektör yatırımcıdır.
- KÖO modelinin çekirdeğini devletle yapılan hizmet veya imtiyaz sözleşmesi oluşturur. Tesisin sabit fiyat ve planda istenen özelliklere uygun şekilde yapılabilmesi için bir tasarım-inşaat sözleşmesi; güvenlik, temizlik, yemek gibi sosyal hizmet ihtiyacının karşılanabilmesi için ise sosyal tesisler bakım sözleşmesi yapılmaktadır. Bina bakım onarımı için tasarım ve inşaat yüklenicisi veya bakım-onarım yüklenicisi ile tesis bakım onarım sözleşmesi yapılmaktadır. İlgili Kamu Kurumu ile Proje Anlaşması yapılmaktadır.
- KÖO’nda sunulan mal/hizmetin makul ücretlerle, kesintisiz olarak belirli bir nitelik ve nicelik düzeyinde sunulmasının güvence altına alınması büyük önem taşır.
- KÖO sözleşmeleri genelde uzun vadeli (20-49 yıl) sözleşmelerdir.

- KÖO genel olarak kamu hizmeti olan ve imtiyaz teşkil eden altyapı projelerinde uygulama alanı bulur.
- KÖO’nda projelerin çıktısı olan mal ve hizmetin nitelik ve niceliği devlet tarafından belirlenir.
- Bu modelde devletin ana görevi organizasyonu sağlamak ve denetlemektir, böylece devlet proje ömrü boyunca etkin rol alır.
- KÖO en az biri kamu olan iki ve daha fazla aktörden oluşur. Katılımcıların her biri patrondur ve kendi adına işlem yapabilmektedir.
- Ortaklık devam eden bir etkileşimle aktörler arasındaki sürekli ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır. Ortaklığın sürekliliği, güvenilir, karşılıklı diyalog ve uzlaşya dayalı bir sözleşmeye bağlıdır.
- Ortaklık içinde yer alan aktörler ortaklığın maddi ve maddi olmayan kaynaklarına yatırım yapmada istekli olmalıdır.
- KÖO’nda işleri, sorumlulukları, amaç ve finansal yapıyı tanımlamak için ayrı bir kurumsal yapı kurulmalıdır.
- Her aktör ortaklıkta hem maddi hem de maddi olmayan kaynaklarını katabilmelidir.
- KÖO’nda bütün aktörler yaptıkları faaliyetlerin sonuçlarının sorumluluğunu üstlenirler.
- KÖO süresi boyunca kamu veya hizmetten yararlananlar özel sektöre ödeme yapmak zorundadır.
- İşletim maliyetinden (önemli kısmı tesis yönetimine yapılan ödemelerdir) sonraki nakit akışı öncelikle borç ödemesi ve daha sonra yatırımcılara yapılan dağıtım ödemesi şeklindedir.
- KÖO uygulamalarında sözleşme sonunda tesis kamuya bırakılır.

KÖO’nı anlamaya çalışırken genel özelliklerinin tanımlanması yanında KÖO’nın temel ilkeleri de ele alınmalıdır. Bu temel ilkeler (Rosenau,1999, s.10-30) 4 kategoride incelenebilmektedir:

- Aktörler (taraflar, paydaşlar)
- Ağ

- Proje
- İlişki

Son zamanlarda bir KÖO projesi planlama ve kurma kamu, özel ve sivil toplum kesimleri için zor bir süreçtir. Bu üç sektörün kendine özgü ekonomik ve sosyal özellikleri vardır. Kamu sektörü kamu menfaatleri, sosyal sorumluluk ve çevresel farkındalığa yönelmişken, özel sektör dinamik ve yaratıcı olarak düşünülür. Sivil toplum kesimi “üçüncü sektör” ise sorumluluk ve acıma hisleriyle hareket eder. Ancak bu üç sektörün faaliyet ve amaçları kamunun değişen rolleri ve özel sektörle aralarındaki çizginin giderek bulanıklaşması bu sektörleri belirli noktalarda kesiştirmektedir. Bu birbirinden ayrı amaçları ve yapıları olan taraflar ortak amaçlar oluştuğunda bir ağ kurarak işbirliği içinde çalışırlar. KÖO’ları bu ağın önemli bir örneğidir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.200).

2.1.3. Kamu-Özel Ortaklığının Zorlukları

KÖO yöntemi faydaları yanında zorluklarla dolu, özellikle sabır ve uzmanlık isteyen uzun bir süreçten oluşmaktadır. Bu bölümde KÖO’larının bu zorlukları ve bu zorluklara karşı uygulanabilecek stratejiler ele alınmıştır. KÖO’larında ticari ilişkiler çok sık karmaşık ve belirsiz koşullarda gerçekleşmektedir. Bununla beraber yöntemin doğası gereği KÖO sözleşmeleri karmaşıktır. Böylesi karmaşık ve zor sözleşme tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerekmektedir. Karmaşıklığın bu düzeyi öncelikle her potansiyel durum için plan yapmanın imkânsız olacağını göstermektedir. Öyle ki ortaya çıkabilecek her durum öngörülebilse bile yasal olarak tedarikçi ve müşteri arasında yapılan sözleşmeye olası plan ve sorunları yazmak muhtemelen zor olacaktır. Bu nedenle bu tür sözleşmelere “eksik sözleşme” denilir (Hart, 2003). Ancak eksik sözleşmenin bir takım ekonomik ve yönetsel sonuçları vardır. Bu eksikliğin doğasından dolayı, sözleşmelerin sürekli gözden geçirilmesi, devam ettiği sürece yeniden görüşülmesi gerekmektedir. Ancak bu nedenle uzun dönemli sözleşmelerin yapılamaması ve verimsizlik gibi sonuçlarla ortaklıkta kaçınılmaz sorunlar ortaya çıkmaktadır (Bettignies ve Ross, 2004).

KÖO’nın taşıdığı diğer zorluklar arasında özellikle yeni sektörler için yapılacak KÖO uygulamalarında kamu kesiminin yeterli uzmanlığa sahip olmaması

sayılabilir. Bunun dışında diğer zorluklar şöyle sıralanabilmektedir (Grimsey ve Graham, 1997, s. 215-231; Rosenau, 1999, 43; Rosenau, 2000, s.46; Osborne, 2000, s.348; Hodge, 2002; Akintoye ve diğerleri, 2003a, s.422; Yescombe, 2007, s.350):

- KÖO'larında finansman sağlama özel sektör borçlanması olarak gerçekleşmekte ve bu durum kaynak maliyetini artırabilmektedir. Ancak bu olumsuzluğun özel sektörün yüksek etkinliği nedeniyle avantaja dönüştürülebildiğine ilişkin görüşler bulunmaktadır.
- Daha önce devletçe yapılan işlerin özel sektöre devri, devlette bu hizmeti veren kapasitenin kaybolmasına neden olmaktadır.
- Bu modele yabancı sermayenin ilgisi, yabancılaşma ve kapitülasyonları çağrıştırabildiğinden kamuoyu tepkisi oluşabilmektedir.
- KÖO sözleşmelerinin genellikle uzun vadeli olmaları nedeniyle genel bütçe esnekliğini azaltmaktadır.
- Uzun vadeli projeler ayrıca yatırım planlamasını daha karmaşık bir hale getirmektedir.
- KÖO uygulamalarına ilişkin ödemeler, devlet bütçesi içinde gider olarak yansıtılmadığından KÖO projelerinin boyutu bilançolarda görülemeyebilmektedir.
- Özellikle sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esaslı hatalar, uzun vadeli bu modelde ciddi sorunlara yol açabilmektedir.

2.1.4. Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri

Literatürde KÖO kavramı altında yer alan uygulamalar ortaya çıkış şekillerine göre ele alınmaktadır. Buna göre KÖO'ı politika ya da proje tabanlı ortaklıklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Yescombe, 2007, s.350). Politika tabanlı ortaklık ortak girişim aracılığıyla özel yatırım ve işletim için genel kuralların oluşturulduğu, tanımlanabilir bir sonu olmayan bir yapı iken, proje tabanlı ortaklık özel bir taraf veya duruma odaklı, sonlanma tarihi belli, daha formal bir ortaklıktır (Stephenson, 1991, s.115; Yescombe, 2007, s.350). Her iki ortaklık türünde de yatırım risklerinin ve kaynakların kamu ve özel sektör arasında paylaşımı projeye

özel bir yaklaşım gerektirmektedir (Stephenson, 1991, s. 111; Brude-Blanc ve Strange, 2007, s.1-34;).

Proje tabanlı KÖO yöntemi altında yer alan yöntemler Bult-Spiering ve Dewulf (2006)'e göre iki önemli başlık altında incelenebilmektedir. Bunlar: imtiyaz ve ortak girişimdir. İmtiyaz yöntemi özel finans inisiyatifi, tasarla-yap-finance et-bakımını yap (TYFB), tasarla-yap-finance et-işlet (TYFİ), yap-işlet-devret (YİD) gibi çeşitli isimlerle bilinmektedirler. Hatta birçok kaynakta TYFB, TYFİ ve YİD eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Bu üç düzenlemede de tasarım, yapım, finansman, bakım ve işletim tek bir müteahhit tarafından birbirine entegre hizmetler şeklinde sunulmaktadır. Müşteri başlangıç planlamasını ve fonksiyonel tasarımı sağlarken tüm riski müteahhit üstlenir.

İmtiyaz KÖO'ları genellikle tek bir nesneyi -özellikle altyapıyı- geliştirmek için kullanılmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.50-51). Miller (2000)'e göre altyapı geliştirmenin dört farklı türü vardır. Bunlar: Sabit tesisler (evler, binalar, fabrikalar ve diğer barınma imkânı sağlayan yapılar); insanların, mal ve bilginin taşınması; kamu hizmetlerinin sağlanması (su, enerji, atık dönüşümü, atık azaltılması, atık kontrolü) ve çevreye ait yenilemedir. İmtiyaz yöntemi yukarıda sayılan bu altyapı hizmetlerinin sağlanmasında kullanılabilecek uygun bir KÖO yöntemidir.

İmtiyazlarda, kamu bir hizmet satın alır. Bu hizmet alım türünde amaç, belirli bir zamanda belirli bir kapasite ve kalitede belirli bir ürüne ulaşabilmektir. Yönetim, işin sahibi olarak kamu sektörünün elindedir. Riskler ise özel sektöre devredilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.51). İmtiyaz türü KÖO ile kamu sektörü kamunun ihtiyaçlarını tanımlar ve sözleşme süresince işin sahibi olarak kabul edilir. Kamu sektörü aynı zamanda sözleşmede belirlenen kalitenin sağlanmasını da garantiye alır. Özel sektör ise gerekli altyapının yapım, onarım ve bakımından oluşan kamu hizmetinin sağlanmasından sorumlu taraftır (Estache ve Serebrisky, 2004; Morledge ve diğerleri, 2006, s.203-209, 211).

Ortak girişim şeklindeki KÖO ise, çoğunlukla kentsel kalkınma projelerinde kullanılan bir yöntemdir. Ortak yetkiler ve sorumluluklar bu KÖO'nın özellikleridir. Yönetim hem kamu hem de özel sektör eliyle yürütülür. Hem kamu hem de özel sektör kaynak sağlar, riskler, kazanç ya da kayıplar paylaşılır. Bu tip ortaklıklar çoğunlukla "gerçek KÖO" olarak kabul edilir (Bing ve diğerleri, 2005a, s.125-148;

Bennett ve Iossa, 2006a; Bennett ve Iossa, 2006b; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.56). Bu yöntemde kamu ve özel sektör aktörleri hem kaynaklarını bir araya getirip, karşılıklı fayda sağlayabilir hem de ortak bir işletim şirketinin aktif paydaşı olabilirler (Bing ve diğerleri, 2005a, s.125-148; Hemming, 2006, s.6).

“İktisap etme” olarak da adlandırılan YİD modelinde yüklenici kendi mülkiyetinde bulunan bir arsa üzerinde, kamu kesimi tarafından kullanılacak bir taşınmazın planlamasını, inşaatını, finansmanını ve işletilmesini üstlenmektedir. Ortaklık genelde 20 ile 30 yıl arası sürmektedir. Sözleşme bitiminde arsanın ve binanın mülkiyeti sözleşmeyi veren kamu idaresine geçmektedir. Yüklenici düzenli ödemelerle tazmin edilmektedir. Bu bedel sözleşme kurulduğunda belirlenir ve planlama, inşaat, işletme, finansman ve arsa dahil mülkiyetin geçirilmesi unsurlarını içermektedir.

Sahiplenme modeli esas itibariyle İktisap etme modeline benzemektedir. İki model arasındaki fark, bu modelde arsanın sözleşmeyi veren kamu idaresine ait olmasından ibarettir. Bu arsa üzerinde özel yüklenici tarafından bir yapı inşa edilmekte veya mevcut bir yapı yenilenmektedir. Bu nedenle sözleşmeyi veren kamu idaresi yapının inşası ile mülkiyeti kazanmakta veya yenilenen yapının mevcut sahibi olmaktadır. Özel yükleniciye işletme süresince sözleşmede kararlaştırılan yükümlülüklerini yerine getirmesinde gerekli hukuki zemini oluşturmak amacıyla mülkiyetin kullanım hakkı ve zilyetliği geçirilmektedir.

Kiralama modeli olarak da anılan YİS modelinde özel yüklenici bir taşınmazın planlamasını, inşaatını, finansmanını ve işletmesini üstlenmektedir. Ancak iktisap etme modelinden farklı olarak sözleşme süresinin sona ermesiyle yapı mülkiyetinin geçirilmesi yükümlülüğü var olmamaktadır. Daha ziyade özel yüklenicinin taşınmazı geri verme veya önceden hesaplanmış artık değere karşılık mülkiyeti kazanması arasında seçimlik hakkı mevcuttur. Satın alma seçeneğinin yanında ayrıca kira sözleşmesinin uzatılması veya nakde tahvil anlaşması seçenekleri de mümkündür. Kullanım ücreti olarak sözleşmeyi veren, yükleniciye belirli vadelerde sözleşmenin kurulumunda belirlenmiş taksitler ödemektedir. Bu taksitlerin unsurları ise planlamanın, inşaatın ve finansmanın (kısmi) amortisman masraflarından ve işletme masraflarından oluşmaktadır. Sözleşmeyi veren kamu idaresinin sözleşme bitiminde hangi ücret karşılığında mülkiyeti satın alabileceği de sözleşme kurulurken belirlenmektedir.

İmtiyaz modelinde yüklenici doğrudan vatandaşa belirli bir edimi, iktisadi riskini kendisi taşıyarak ifa etme yükümlülüğü altına girmektedir. Yüklenici bunun karşılığında yaptığı masraflarını ivaz veya ücret karşılığında kullanıcılardan finanse etmektedir. İvaz veya ücret tahsil etme yetkisi, tarife izni ile verilmektedir. Bir imtiyaza hem eser yapma hem de hizmet verme edimleri konu olabilmektedir. İmtiyaz modeli iki şekilde uygulanabilmektedir. Bunlar: Hizmet imtiyazı ve eser imtiyazıdır. Hizmet imtiyazında verilecek hizmette ağırlıklı olarak tesis yönetimi, işletmesi ve finansmanı söz konusudur. Eser İmtiyazında ise, sözleşmedeki edim sadece ağırlıklı olarak inşaattan (yapının inşaatı/onarımı) ibaret değildir. Sözleşme bitiminde mülkiyetin geçirilmesine ilişkin farklı düzenleme imkânları bulunmaktadır. İcabi halinde işveren, destek finansmanı şeklinde yüklenicinin masraflarına katılabilir veya işletme esnasında sübvansiyon olarak temin edebilir.

Tablo 2.1’de KÖO imtiyaz modelleri yapım, işletim sahiplik gibi çeşitli açılardan karşılaştırılarak ele alınmıştır. Tablo 2.1’den de anlaşılacağı gibi KÖO’nda tesis hiçbir zaman tam olarak özel sektörün olmamaktadır (YSİ hariç). Özel sektör yapılan sözleşme kapsamında ve süresince tesisin tasarım, yapım ve işletim bakım ve onarım haklarına sahiptir. Sözleşme süresi sonlandığında tesis anlaşma gereği kamu sektörüne devredilmektedir (Akintoye ve diğerleri, 2003a, s.9).

Tablo 2.1. Kamu Altyapı Tedarikinde Kamu ve Özel Sektör (Yescombe, 2007, s. 12)

	Kamu Projesi				Özel Sektör Projesi
				Kamu-Özel Ortaklığı	→
Sözleşme Tipi	Kamu Sektörü Tedariki	Franchise (Affirmage)	Tasararla-Yap-Finance Et-İşlet*	Yap-Devret-İşlet**	Yap-İşlet-Devret***
Yapım	Kamu Sektörü ¹	Kamu Sektörü ²	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör
İşletim	Kamu Sektörü ³	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör
Sahiplik ⁴	Kamu Sektörü ⁵	Kamu Sektörü	Kamu Sektörü	İnşaat süresince Özel Sektör daha sonra Kamu Sektörü	Özel Sektör
Ödemeyi kim yapıyor?	Kamu Sektörü	Kullanıcılar	Kamu Sektörü veya kullanıcılar	Kamu Sektörü veya kullanıcılar	Özel Sektör alıcı, Kamu Sektörü ⁶ veya kullanıcılar
Ödeme kime yapılıyor?	Yok	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör

* Tasarla-Inşaa et-Yönet-Finance et veya Tasarla-Yap-Finance et-Bakımını yap olarak da bilinir.

** Yap-Devret-Kirala, Yap-Kirala-İşlet-Devret veya Yap-Kirala-Devret olarak da bilinir.

*** Yap-Sahip ol-İşlet-Devret olarak da bilinir.

¹ Kamu sektörü tesisin tasarımı yapar ve özel sektöre inşaat kısmını ihale eder.

² Kamu sektörü tesisin tasarımı yapar ve özel sektöre inşaat kısmını ihale eder.

³ Kamu sektörü özel sektör ile bakım onarım sözleşmeleri ile dışarıdan hizmet satın alma anlaşmaları yapabilir.

⁴ Her durumda kamu ve özel sektör arasındaki bir joint venture şeklinde özel sektör de tesisin sahiplerinden birisi olur.

⁵ Sahiplik bazen "Kamu-Kamu İşbirlikleri"nde olduğu gibi kamunun sahip olduğu bağımsız bir proje şirketi ile gerçekleştirilir.

⁶ Çok az KÖO uygulamasında tesis sözleşme süresi sona erdiğinde kamu sektörüne dönmeyiz ve bu durum gözlemlenebilir.

2.1.5. Proje Finansmanı

Proje tabanlı KÖO yöntemi uygulamalarında temel konulardan birisi projelerin finansmanıdır. Bu kapsamda proje finansmanı konusunu incelemeye başlamadan önce proje kavramını tanımlamak yararlı olacaktır. Packendorff (1995) projeyi genel olarak şu şekilde tanımlamaktadır: tedarik zamanı önceden belirlenmiş, bir veya daha çok amacı gerçekleştirmek için bir dizi karmaşık ve iç bağımlılık gerektiren faaliyetin, sınırlı zaman diliminde, planlayarak gerçekleştirildiği bir iş olarak tanımlamıştır.

Turner ve Müller (2003) projeyi benzer şekilde; insan, kalite ve miktar olarak tanımlanan amaçları gerçekleştirmek amacıyla, tek bir faaliyet alanındaki işin üstlenildiği, belirli tanımlamaları (şartnamesi) olan, zaman ve maliyet kısıtlaması ile araç gereç ve finansal kaynakların yeni bir yöntemle organize edilme çabası, olarak tanımlamaktadır.

Proje tabanlı KÖO’nda özel sektör tarafı bir ortaklığa katılmadan önce kendi amaçları ile projenin hedeflerini karşılaştırarak projenin karlılığını ve yöntemini değerlendirir. Aynı şey kamu tarafı için de geçerlidir. Kamu tarafı da kendi sosyal amaçlarının gerçekleştirilebilirliği açısından projeyi değerlendirir ve ortaklık bu bakış açısı üzerine kurulur. Bu değerlendirmelerden sonra projede yer alacak aktörlerin seçimi başlar. Her ne kadar özel sektör kamu tarafının istediği kaynaklara sahip olsa da çoğunlukla seçimi kamu tarafı yapar. Birçok yapım projesi özel tedarik kuralları gerektirmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.27).

Proje ortaklığında en önemli sorun proje finansmanının kim tarafından sağlanacağı konusudur. Bu noktada çözüm proje finansmanıdır. Proje finansmanı büyük projeler için uzun dönemli finansal borçlanma sağlayan bir yöntemdir. Son yıllarda KÖO’larının gelişimini sağlayan bu yöntem “projenin finansmanı” ile aynı anlama gelmemektedir. Herhangi bir projenin çok farklı alternatif finansman yoluyla finanse edilmesi mümkündür. Finansal mühendisliğin bir çeşidi olan “Proje Finansmanı” proje tarafından yaratılan nakit akışının borçlanmaya dayanmasıdır. Bu yöntemde projenin yapım, işletim, gelir riskleri ve bu risklerin taraflar arasında ne şekilde dağıtılacağı detaylı şekilde analiz edilir. Bu nedenle KÖO projeleri için çok uygun bir yöntemdir (Yescombe, 2007, s. 113).

YİD modeli şeklinde geliştirilen imtiyazlar için modern proje finansman tekniklerinin kullanımı 1987'deki Fransa-Britanya arasındaki Channel Tünel ve Dartford Köprüsü projelerinin başarıyla finanse edilmesiyle başlamıştır. Bu projeler tipik projeler olmasalarda bu projelerden elde edilen deneyimler daha sonraki imtiyazların finansmanında -ki en yaygın olarak otoyol projelerinde- kullanılmıştır (Yescombe, 2007).

Proje finansmanının en önemli iki kaynağı ticari bankalar ve tahvillerdir. Proje finansmanının gelişim süreci KÖO'ların geçirdiği süreç ile benzer özellik göstermektedir. Bugün proje finansmanını ayakta tutan üç önemli sektör vardır. Bunlar: doğal kaynaklar, inşaat ve enerji sektörü. Proje finansmanının kullanıldığı ve başarılı olduğu bazı projeler aşağıda verilmektedir (Yescombe, 2002, s.13-17; Yescombe, 2007, s. 113):

- Doğal kaynaklara ilişkin projeler; ilk modern Proje finansmanı 1930'larda Texas petrol alanlarında, 1970'lerde Avrupa'da ilk kez Kuzey Deniz petrol alanlarında uygulanmıştır.
- Bağımsız enerji projeleri; 1980'lerde YİS/YİD modelleri ile uygulanan elektrik sektöründe uygulanmıştır. Bununla bağlantılı olarak enerji temini için gaz kullanımı ve doğal gaz boru hattı ve tesisi yapımı projelerinde proje finansmanı kullanılmaktadır.
- Kamu altyapı finansmanı; ilk olarak Channel Tunnel ile başlayıp 1990'ların başlarında İngiltere KÖO programı ile yaygınlaşmıştır.
- Mobil telefon ağlarının finansmanı için, 1990'ların ortalarında başlayıp 2000'lerin başına kadar devam eden bu ağların yapım projelerinde proje finansmanı kullanılmıştır.

Proje finansman yapısı sektörden sektöre, sözleşmeden sözleşmeye farklılık göstermektedir. Her bir sözleşme için tek bir özelliğe sahip standart bir proje finansmanından söz etmek mümkün değildir. Fakat bazı tipik özelliklere sahiptir. Bunlar (Yescombe, 2002, s.7-9):

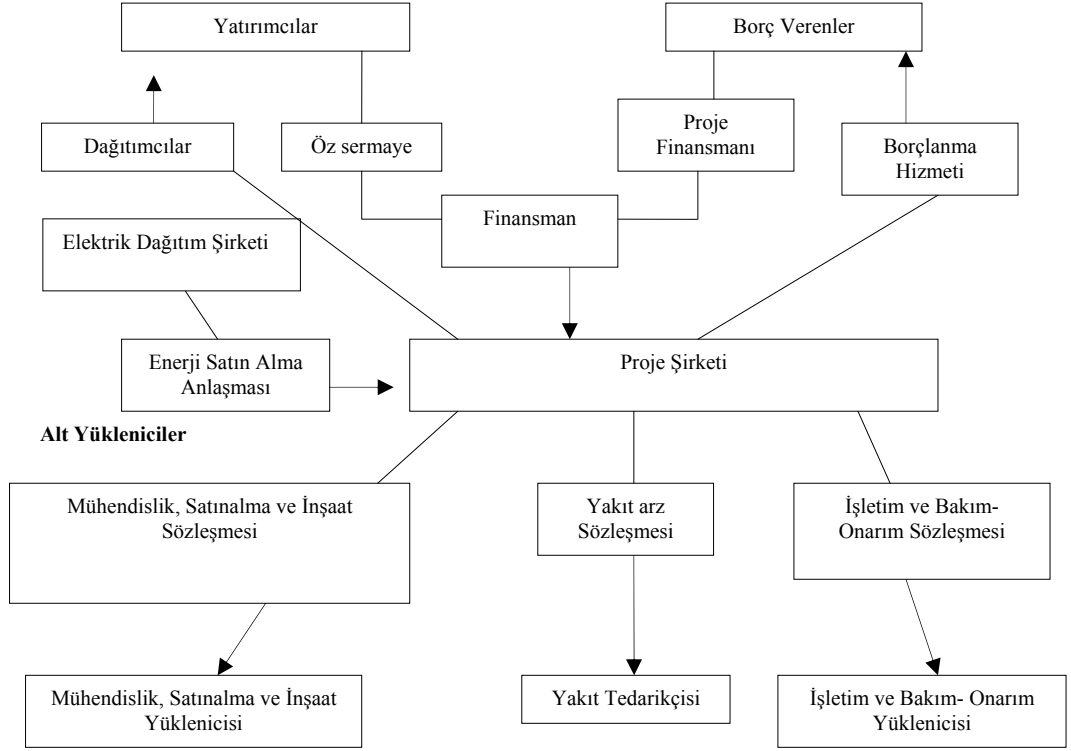
- Özel Amaçlı Araç (ÖAA) aracılığıyla gerçekleştirilen projeler için sağlanır.
- Franchise ile satın almalar hariç yeni bir iş kurmaktan çok yeni bir proje için kullanılır.

- Proje Finansmanı yeniden finanse edilebilir.
- Öz sermayeye oranı oldukça yüksektir. Proje sermaye maliyetinin kabaca %70-95'i proje finansmanı ile sağlanabilir.
- Proje borçlanma finansmanı için proje şirketinde yer alan yatırımcıların garantisi ya hiç yoktur, ya da sınırlı garanti sağlanır.
- Borç verenler geri ödeme ve faizlerin ödenmesi konusunda varlığın değerinden veya geçmiş finansman yapısının analizinden çok projenin gelecekteki nakit akışına güvenerek borç verirler.
- Bu nedenle borç verenler için proje sözleşmesi temel güvencedir.
- Bu nedenle borç verenler proje sözleşmesinin performans hatalarından dolayı zarar görmediğinden emin olmak için proje şirketinin faaliyetlerini sürekli ve yakından takip ederler.
- Proje lisans veya sözleşmenin uzunluğu gibi etkenlere dayanan uzun bir ömre sahiptir.

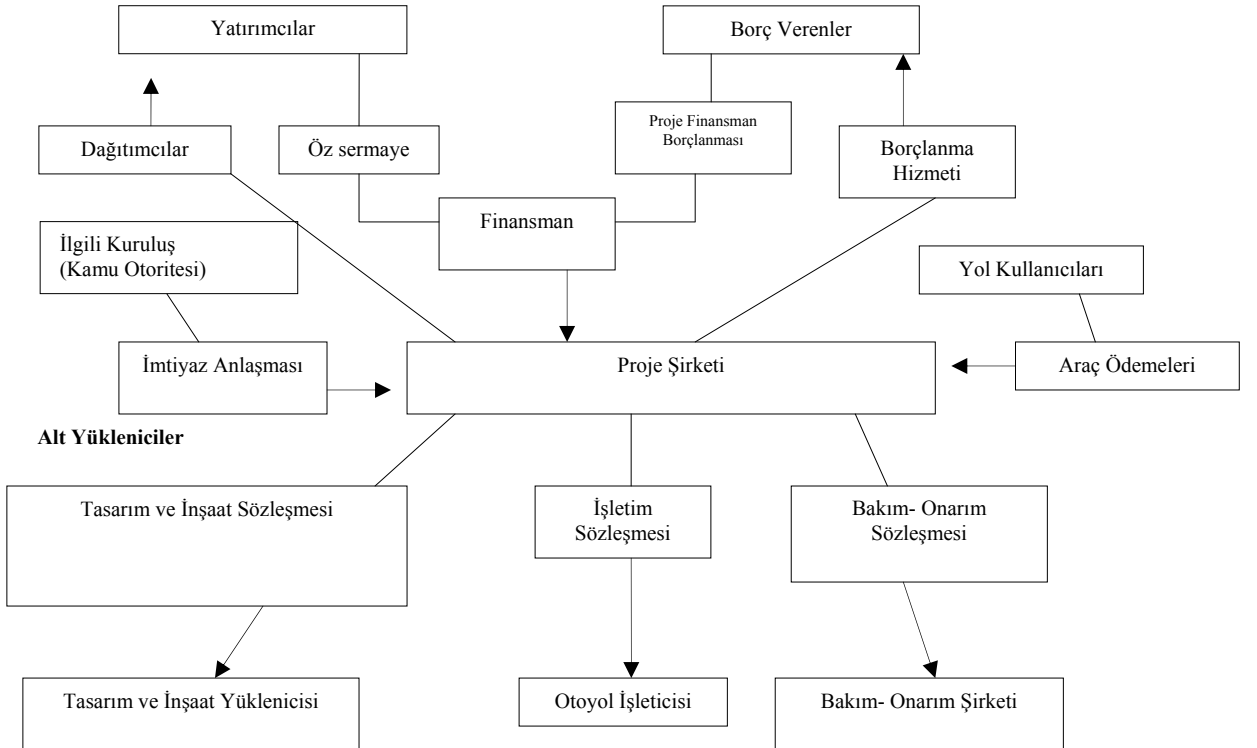
Tüm dünyada özellikle altyapı ve doğal kaynaklar sektöründe giderek daha fazla kullanılan proje finansmanı 2000 yılında 131,696 milyon dolar iken her geçen yıl artarak 2005 yılında toplam 165,617 milyon doları bulmuştur. Bu artış eğilimine göre proje finansman pazarının giderek büyüdüğü söylenebilmektedir (Yescombe, 2007).

KÖO'nda olduğu gibi proje finansmanı da zor ve karmaşıktır. Özellikle yavaş ilerler ve maliyeti yüksektir. Tüm bu olumsuzluklarına rağmen hem kamu hem de özel sektör böyle projelerden önemli faydalar elde ettiği için proje finansmanını giderek daha fazla kullanmaktadır (Yescombe, 2007, s.120). Proje finansmanının özel sektöre katkıları: yüksek borçlanma imkânı, risk dağılımı ve riskin sınırlı oluşu, yetenekleri birleştirme, uzun dönemli finansman, borçlanma kapasitesi, bilanço dışı finansman olarak sayılabilirken; kamu sektörü için faydaları: daha düşük maliyet, artan rekabet, borç verenlerin rolü, şeffaflık olarak sıralanabilmektedir (Yescombe, 2002, s.13-17).

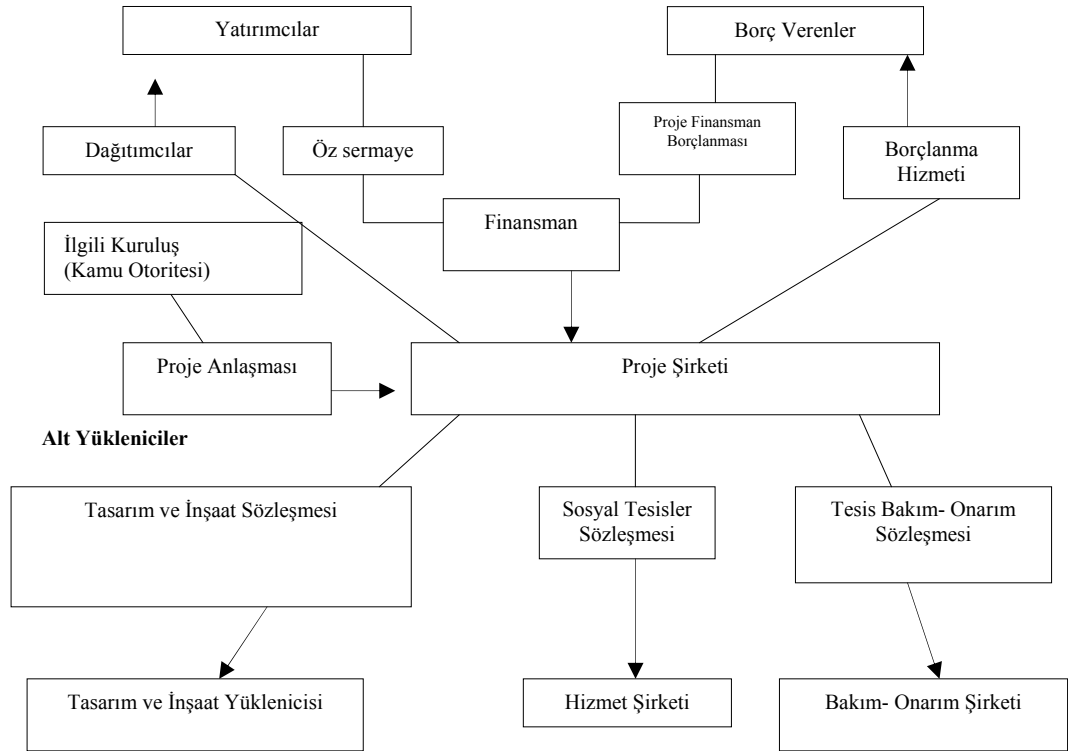
Şekil 2.1, 2.2 ve 2.3'de üç farklı KÖO projesi için proje finansman akış şemaları verilmiştir. Bu üç farklı KÖO yaklaşımının temelinde ortak noktalarının proje finansmanı olduğu görülmektedir (Yescombe, 2007, s.10).



Şekil 2.1. Enerji Satın Alma Anlaşması için Proje Finansman Şeması (Yescombe, 2007, s.7).



Şekil 2.2. Yol imtiyazı için Proje Finansman Şeması (Yescombe, 2007, s.9).



Şekil 2.3. Özel Finansman Girişimi okul projesi için Proje Finansman Şeması (Yescombe, 2007, s.10).

2.1.6. Kamu-Özel Ortaklığının Kurulması

İmtiyaz anlaşmaları, yaşam döngüsü ve tedarik zinciri yaklaşımına dayanmaktadır. Sözleşme tasarımının detaylandırılmasından işletim ve bakıma kadar projenin birçok aşamasını kapsar. Bu kapsamda bir KÖÖ'nün yaşam döngüsü 3 aşamada gerçekleşmektedir. Bunlar (Akintoye ve diğerleri, 2003a, s.33-36; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.21, 53; National Treasury PPP Unit, 2007): Gelişme, yapım ve işletim/bakımdır. Geliştirme aşaması; başlama, tanımlama, ön yeterlik, danışma, ihale, görüşme, finansal anlaşma gibi alt basamakları içermektedir. Yapım, işletim ve bakımdan sonra kamu sektörüne devir ile süreç tamamlanmış olur.

Ortaklığı oluşturma, KÖÖ sürecinin başlamasıdır ve süreç içindeki en önemli faaliyettir. Projeyi geliştirme, tasarım, inşaat, bakım, onarım, işletim için doğru ortağı (özel sektör ortağını) seçme süreci “tedarik” olarak bilinir. KÖÖ, tıpkı diğer ortaklıklar gibi iş yaptıkları ülkenin tedarik sisteminin kurallarını ve özel bir takım kıstasları bilmek zorundadır.

KÖÖ'nün kurulmasında ve rekabete dayalı ihale sürecinde kullanılan beş temel yöntem vardır (Zhang, 2004a, s.670-679):

1. Rekabete dayalı ihalenin açılması
2. İhaleye davet
3. Kayıt listelerinin oluşturulması
4. Projeye özel ön koşullar/kısa liste hazırlanması
5. Pazarlık usulü ihale

Belirsizliği fazla projeler yüksek uzmanlık ve deneyim gerektirir. Bu nedenle rekabet usulü ihaleler yapım hizmetlerinde tedarikçi seçimi için sıkça kullanılan yöntemdir (Bing ve diğerleri, 2005a, s.125-148). Ayrıca Avrupa Birliği tüzüğüne göre ilave vergi değeri dışında değeri 5.923 €'u aşan bütün projeler için rekabetçi ihale prosedürlerini uygulanmak zorundadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53). Bu yöntemde hazırlanan formda hem seçim süreci hem de seçim ölçütleri açık şekilde tanımlanmalıdır. Rekabete dayalı ihalelerde muhtemel tedarikçi seçimi, hizmetlerin arzı için fiyat hesaplaması yapıldıktan ve uzman ihale dokümanları ile gelen tekliflerin uygunluğu gözden geçirildikten sonra yapılır. İhale dokümanları sunulacak yapım hizmetlerinin detaylı şekilde tanımlanmasını gerektirir. Rekabete dayalı ihaleler herkese veya yalnızca daha önceden hazırlanmış ilgili kişilerden oluşan ihale listesindekilere açık olabilir. Açık rekabet durumunda, ihaleye davet edilen özel sektör kurumları daha önce belirlenen ölçütler ışığında yeteneklerine göre seçilir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.49).

Rekabetçi ihale sürecinde aşamalar, ihalenin gerçekleştirildiği aşamayla sınırlandırılmaz. Bir ihale farklı aşamalardan meydana gelir. Bunlar (Savas, 2000; Zhang, 2004a; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.54):

1. Pazar danışmanı ve bilgi isteme,
2. Önyeterlilik ve önyeterlilik isteme,
3. İhaleye davet ve teklif isteme,
4. İhale değerlendirmesi ve son elemeye kalan adayların listelenmesi,
5. Son elemeye kalan adaylarla müzakere,
6. Teklifler arasında seçim, imtiyaz kararı ve finansal kapanış.

Altyapı projelerinde imtiyaz anlaşmalarında ihale maliyetleri yüksek olduğu için önyeterlilik süreci uzman bir konsorsiyum oluşturacakların son elemeye kalanlarını (5-8) seçmeyi amaçlar. Ki bunlardan en çok 3'ü veya 5'i değerlendirme

ve müzakerelerden sonra teklif için davet edilir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.54).

Zhang (2004b) rekabetçi ihale değerlendirme için birkaç yöntem ortaya koymuştur. Bunlar:

- Net şimdiki değer yöntemi
- Çoklu özellik analizi (multi-attribute analysis)
- Kepner-Tregoe karar verme analiz tekniği
- İkili zarf yöntemi
- Net şimdiki değer artı skollama yöntemi
- İkili metot artı net şimdiki değer yöntemi
- Basit skollama yöntemi

İhale tekliflerinin başlangıç değerlendirmesi yapıldıktan sonra ihaleden sorumlu kişiler daha iyi bir sonuç elde etmek için uzlaşma görüşmeleri yapabilirler. Teklif verenlerden en iyi ve son teklifi yapmaları ve tekliflerini bu yönde revize etmeleri istenebilir.

Görüşme aşamalarının sonunda kesin finansal düzenleme olan finansal kapanış aşamasına ulaşılır. Konsorsiyum ve müteahhidin seçiminden sonra finans danışmanları projeyi yasal, vergi yasaları ve teknik uygunluk açısından değerlendirirler. Finansör kuruluşun değerlendirme ve istekleri kamu sektörü ve konsorsiyum arasındaki ticari anlaşmayı etkileyecektir. Finansal süreçten sonra, konsorsiyum inşaatı başlatmak için tasarımlarını detaylandırmaya başlayabilir.

Bu süreçte kamu için de özel sektör için de finans danışmanının rolü çok önemlidir. Bazı büyük uluslar arası bankalar borç verirken finansal danışmanlık hizmetini de sunabilirler. Ancak çoğunlukla her iki taraf da çeşitli düzeylerde finans danışmanlığı almalıdır. Proje finansmanında yatırımcılar özellikle KÖO'ları projelerinde yeteri kadar deneyimli değillerse KÖO sözleşme aşamasında çok ciddi sorunlarla karşılaşabilirler. Bu nedenle bu aşamada projenin finanse edilmesini sağlayabilmek finans danışmanının başarısına kalmıştır (Yescombe, 2007,s.126).

Özel konsorsiyumun seçimi, en iyi değer yöntemine dayanmalıdır. En iyi ve en son teklifi veren imtiyaz sahibi çoklu değerlendirme kriterlerine dayalı olarak seçilir. Seçim yalnızca ekonomik açıdan en karlı çözüme dayalı yapılsa da fiyat ilişkili kriterler ile de açıklanır. En düşük teklif fiyatı genellikle en önemli veya

müteahhit seçiminde tek bir kriter bile olabilir (Zhang, 2004a; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.56).

KÖO doğası gereği kamu sektöründe bir takım değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Bürokratik yapıyla özdeşleşen kamu sektörü kendi hizmet sağlayan konumdayken KÖO ile hizmeti başkasından temin eden konumuna geçmektedir. Bu durum kamu sektöründe yeni işlerin (görevlerin) ve bu işler için yeni rollerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu işlerin önemlilerinden bazıları hizmet sağlayıcısının performansını izlemek, sağlık, güvenlik ve yasal konulardaki sorumlulukları gerçekleştirmektir (Pam ve diğerleri, 2004; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.47;).

İngiltere’de KÖO’ndan önce hastane birlikleri tarafından yapılan resmi bir hizmet izlemesi bulunmamaktadır ve birlik yöneticileri bütçe dâhilinde hizmetlerin sunulmasından sorumludur. Bu koşullarda kullanıcılardan gelen bir sorun ya da şikâyet olduğunda ilgili yönetici tarafından doğrudan müdahaleyle sorun çözülebilirken, KÖO ile bu tür durumlarda problemin çözümü daha uzun bir zincir gerektirmektedir. KÖO’nda sorunla ilgili yönetici ile irtibata geçilmesini sorumlu hizmet sağlayıcıdan isteme zorunluluğu ortaya çıkmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.26, 36).

Sözleşmeye dayalı düzenlemelerde ödemeler performansa göre yapılmaktadır. Performans değerlendirme için sözleşme metninde bir seri gösterge belirlenir ve bunlar işletme esnasında izlenerek yerine getirilen hizmetler için belirlenen ödemeler şeklinde gerçekleştirilir. Göstergeler önem durumlarına göre derecelendirilmektedir. Bu göstergeler işletme aşamasında ÖAA tarafından sunulan bilgi ve belgelere dayalı olarak ölçülmektedir. Ancak bunu gerçekleştirmek pratikte çok da kolay olmamaktadır. Çünkü bazı hizmetlerde ölçümün nasıl yapılacağı bilinmemektedir. İdarenin sözleşmede çıktı özelliklerini belirlemesi uygulamada düşünüldüğü kadar kolay olmamaktadır. Örneğin temizlik için yapılan bir izlemde izlem yapan kişi hasta odasına girdiğinde yerlerin silindiğini, ancak camların silinmediğini gördüğünde ne yapmalıdır? Temizlik performansı için izlem çizelgesinde onay vermeli mi, yoksa iş yapılmamıştır mı, demelidir? İşte pratikte bu tür durumlar sorun yaratmaktadır (Pam ve diğerleri, 2004; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.72, 87, 96, Hemming, 2006, s.10; United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2006, s. 269-270).

Tipik KÖO tedarikçileri üç yasal yapıdan oluşur (Zhang, 2004b, s.235-237): ÖAA olarak anılan en üst şirket, sermaye ve altyapı tedarikini sağlayan sermaye şirketleri ve hizmet/işletim şirketleridir. Bir KÖO’nda kamu ve özel ortakların ilişkilerini anlamada tarafların özelliklerini ortaya koymak önemli bir konudur. Kamu ve özel sektör aktörleri farklı amaç, menfaat ve kurumsal yapılara sahiptir. Başarılı bir ortaklık kurmada taraflar arası ilişkiler açısından bu farklılıkları anlamak önemlidir. Hem kamu hem de özel sektör farklı şekillerde de olsa kar etmeyi amaçlar. Kamu aktörleri sosyal gelir ve refahta bir artışı amaçlarken, özel sektör aktörleri ekonomik anlamda bir gelir elde etmeyi amaç edinirler. Genel olarak kamu aktörleri için aşağıda sıralanan unsurlar daha önemli olmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s. 103,134):

- Mevzuat, düzenleme ve makamlar
- Politik fikir ve etkiler
- Demokratik karar alma süreci
- Riskin minimizasyonu
- Sosyal bir amacın gerçekleştirilmesi

Klasik mikro ekonomik yaklaşıma göre özel sektörün amacı kısa vadede maliyetleri kısararak karı maksimize etmektir. Bu bağlamda özel sektörün elde etmek istediği amaçlar firmanın devamlılığı ve yatırımın en yüksek oranda geri dönüşüdür. Bu amaçları gerçekleştirmede özel sektörün önemli gördüğü unsurlar ise şu şekilde sıralanabilmektedir:

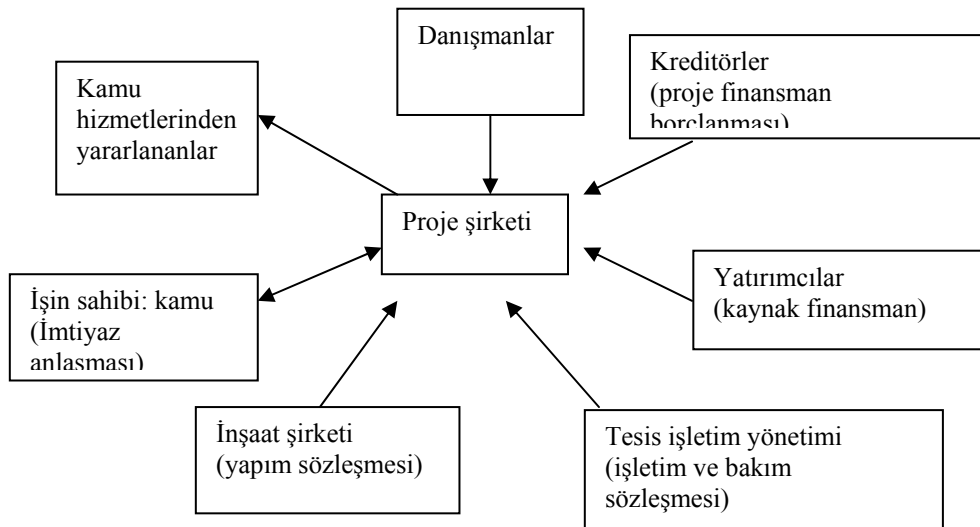
- Yatırılan kaynakların geri dönüşümünde başarı sağlamak,
- İş risklerini üstlenmek,
- Rekabeti geliştirmek ve pazar hakkında öngörülerde bulunmak,
- Şirket amaçlarını gerçekleştirmek

KÖO’larında kamu ve özel sektör içinde de farklı aktörler yer almaktadır. Kamu sektörü içinde politikacılar, bürokratlar ve diğer çalışanlar varken, özel sektörde yaptıkları işe göre farklı aktörler yer alır. Bunlar: tasarımcılar, müteahhitler, finansörler ve yatırımcılardır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.25).

KÖO’larında kamu ve özel sektör arasında bir ağ kurulur. Bu ağ yapısı sadece inşaat projelerinde değil diğer proje alanlarında da bulunur. Kamu sektörüne yönelik literatürde ağ perspektifi geleneksel proje modeline bir alternatif olarak

görülmektedir. Ağda karşılıklı gelir ve çıkarlar için birbirine bağımlı şekilde çaba gösteren birçok aktör bulunur. Ağdaki aktörler hiyerarşik bir düzende olmayan, uzun süreli ilişkilere sahiptir. Böylece ağ bir sistem veya yapı olarak kurum içi ve organizasyonel bağlılık içeren bir yapı halini alır. Bu ilişkiler özel problemleri çözmek için faaliyet göstermektedir. Her türlü problem ağda aynı ilişkileri gerektirmez. Her bir problem için ağın farklı bir kısmı faaliyet gösterir. Bu nedenle ağ dinamik bir yapıdır. İhtiyaca göre ağa farklı kişiler katılır veya ayrılır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.96-103; Morledge, 2006, s. 211, 214-230)

Özel bir KÖO projesinde imtiyaz sahibi, özellikle multidisipliner bir şirketler birliği olarak şekillendirilir. Bu konsorsiyum her biri tasarım, yapım, bakım, onarım, finansman ve yönetim konularında faaliyet gösteren kurumların bir araya gelmesinden oluşur (Yescombe, 2002; Asenova ve diğerleri, 2003). Bu konsorsiyum imtiyaz KÖO’nda özel sektör tarafını oluşturur. Bu konsorsiyum temelde projede yürütücü (iş gerçekleştiren taraf) role sahiptir. Özel konsorsiyum rekabete dayalı ihale yöntemi ile seçilir. Konsorsiyuma katılan özel sektör katılımcıları genellikle özel amaçlı bir şirket altında toplanmaktadır. Bu şirket aracılığıyla ortaklar riskleri sınırlandırabilir ve kendilerinin iyi yanlarını projeye katabilirler. Şekil 2.4’de özel amaçlı bir şirket ve katılımcıları arasındaki ilişki genel hatlarıyla verilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.52).



Şekil 2.4. Özel amaçlı bir şirket ve konsorsiyum katılımcıları arasındaki ilişki (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.52)

İmtiyaz KÖO ile yapılan projeler genellikle yerel, bölgesel ve ulusal değerdedir. Bunun sebebi hükümetin farklı düzeylerinin (yerel, bölgesel ve ulusal) kendi otoriteleri, yargıları ve sorumlulukları olan kamu temsilcileridir. Bu farklılıklar özel sektörde olduğu gibi özel amaçlı bir şirket içinde bütünleştirilemez. Bu durum kamunun farklı düzeyleri arasındaki hiyerarşik ilişkiden dolayı dikey bir organizasyonel karmaşıklığa sebep olabilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53).

Projenin ilk aşamalarında sık sık özel konsorsiyumdan danışmanlık alınır fakat imtiyaz sahibinin seçimi geliştirme aşamasından sonra gerçekleştirilir. Bugün birçok ülkede çalışmalar özel sektörün sürecin daha ilk aşamalarına nasıl katılabileceğini araştırmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53; Hemming, 2006, s.10; United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2006, s. 269).

KÖO kurulmasında özel sektör ortağının seçilmesinden sonra bir diğer aşama sözleşme yapılmasıdır. Farklı KÖO projeleri farklı anlaşmaları gerektirir. Bu anlaşmaların her biri projeye veya işe özel olmak zorundadır. Çünkü her proje kendine özeldir. KÖO projelerinin başarısı için uygun anlaşmaları ve ödeme mekanizmalarını içeren, net olarak tanımlanmış bir sözleşme yapısı esastır (IFSL, 2003). Kamu sektör otoritesi ÖAA olarak bilinen bir özel sektör konsorsiyumu ile sözleşme imzalar. Bu konsorsiyum özel olarak ilgili proje için oluşmuş bir yapıdır. Konsorsiyum, bir inşaat şirketi, hizmet sağlayıcılar ve bir bankadan oluşan çok sayıda özel sektör yatırımcısının katılımı ile oluşmaktadır (Hemming, 2006, s.10; United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), 2006, s. 270).

İlgili kamu kuruluşu özel sektörden beklediği hizmet ve standartlarını bir çıktı özellikleri dokümanı olarak oluşturur. Özel sektör bu standartları dokümanda belirtildiği şekilde sağlamadığı sürece ödeme alamaz. KÖO sözleşmeleri 30-60 yıllık sürelerle yayılan uzun dönemli projelerdir. Bu süre boyunca özel sektör sözleşmede belirlenen hizmetleri yerine getirmekle yükümlüdür. Eğer imzalanan şartlar özel sektör tarafından yerine getirilmezse anlaşma kamu sektörü tarafından feshedilebilir.

Kamu menfaatlerinin korunması ihale dokümanlarının ne kadar iyi hazırlandığı ile yakından ilgilidir. Yıllarca sürececek bir projede kamunun korunması için her bir adım titizlikle gözden geçirilmelidir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.52).

Ana sözleşme kamu kurumu ve ÖAA arasında imzalanır. Alt sözleşmeler ÖAA ile sermaye şirketi ve hizmet/işletim şirketi arasında yapılır. Daha farklı ihtiyaçlar olduğunda ise alt yükleniciler ile çapraz sözleşmeler yapılabilir. Alt yükleniciler çoğunlukla üst şirket olan ÖAA ile aynı ortaklardan oluşur (wikipedia, t.y.).

KÖO kapsamında yapılan başlıca sözleşmeler aşağıda yer almaktadır. Bunlar (IFSL, 2003):

- *İmtiyaz anlaşması:* Yeni işletme tarafından kamu sektörü kullanıcılarına hizmet sağlanmasını düzenler ve hizmet düzeyi anlaşmaları ile ödeme mekanizmalarını içerir.
- *Yapım anlaşması:* Genellikle belirli bir süre için geçerli olan, üstlenicinin tüm yapım risklerini üzerine aldığı, sabit fiyatlı, anahtar teslimi bir sözleşme olacaktır.
- *Tesis yönetimi sözleşmeleri:* işletme ve bakım hizmetleri için yapılacak ve bunlar genellikle yeni işletme tarafından alt sözleşme ile çoğu durumda ana hissedarların yan şirketlerinden sağlanacaktır. Özel sektör, bu destek hizmetlerini sağlayarak riskin çoğunu üstlenmektedir.
- *Özsermaye, kredi ve sigorta anlaşmaları:* özsermaye ve banka kredileri ya da kurumsal tahvillerle alınan borç yoluyla sağlanan finansmanla ilgilidir; sigorta edilebilir risklerle ilgili teminat ise sigorta pazarı tarafından üstlenilmektedir.
- *Doğrudan anlaşma:* Kamu sektörü ile borç verenler arasındaki ilişkileri düzenler; zira kredi anlaşması, hizmet sunumundan gelen nakit akışı ile finanse edilmektedir.

2008-2009 küresel finans krizinden önce büyük KÖO projeleri şirket hisse senedi ile fonlanırken krizden sonra öncelikli borç fonlama daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Küçük projeler -görece sayıları daha fazla- doğrudan öncelikli borç

şeklinde doğrudan bankalar tarafından fonlanmaktadır. Öncelikli borç, genellikle hisse satışından daha pahalı bir fonlamadır. Krizden sonra İngiltere KÖO projeleri European Investment Bank (EIB) tarafından bu yolla fonlanmaktadır (wikipedia, t.y.; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.50; European Investment Bank [EIB], July 2004; IFSL, 2003).

KÖO sözleşmelerinin yeniden finansmanı oldukça yaygındır. İnşaat tamamlandıktan sonra projenin riskleri daha da azalır, bu fırsatla daha ucuz borçlanma gerçekleştirilebilir. Yeniden finansmanlar gelecekte tahviller yoluyla yapılabilir. İnşaat aşamasında banka borçlanması yapılır, daha sonraki uzun yıllara yayılan işletim aşamasında yine tahvillerden yararlanılabilmektedir (wikipedia, t.y.; (Yescombe, 2007,s.124.). KÖO projesini finanse eden bankalara geri ödeme, sözleşme süresince kamudan alacağı para ile özel sektör tarafından yapılır. Bu açıdan bakıldığında kamu sektörünün iflası mümkün olmayacağı için bu tür borç vermenin riski düşüktür. Geri ödemeler sözleşmede belirlenen çıktıların özelliklerine göre belirlenmektedir.

2.1.7. Kamu-Özel Ortaklığında Danışmanlık Hizmetleri

KÖO projelerinin başarıyla tamamlanması başlangıçtan itibaren zaman ve çaba harcamayı gerekli kılar. Her aşamada yasal ve mali danışmanlar, bankalar ve diğer teknik danışmanların deneyimlerinden yararlanmak önemlidir. Bu danışmanların rolüne ilişkin bir örnek Tablo 2.2’de verilmektedir.

Finans danışmanından sağlanabilecek hizmetler (Yescombe, 2007,s.126):

- Proje için finans modeli hazırlamada danışmanlık.
- Finans kaynakları ve muhtemel finansman dönemleri ile ilgili danışmanlık.
- Proje için optimum finansal yapının oluşturulması konusunda danışmanlık.
- Proje sözleşmelerinin finansman uygulamaları ile ilgili danışmanlık.
- İhale hazırlığında danışmanlık.
- İlgili kamu kuruluşu ile müzakerelerde danışmanlık.
- Finans piyasalarına projenin sunulması için hazırlık;
- Hisse senedi veya ticari bankadan borç alma ile ilgili danışmanlık;

- Finansal dokümanların müzakeresinde danışmanlık.

Tablo 2.2. KÖO sürecinde yer alan danışmanların rollerine ilişkin bir örnek (IFSL, 2003).

KÖO aşamaları	Mali danışmanlar	Yasal danışmanlar
1. İş geliştirme İş gereksinimini tanımlama Seçenekleri belirleme	Zaman tablosu hakkında bilgi	Seçeneklerin değerlendirilmesi Hedefleri netleştirme Verileri gözden geçirme Zaman tablosu hakkında bilgi
2. İşin ayrıntılarını belirleme Tedarik stratejisi Tedarik ekibi Üretilen hizmetin tanımlanması Risk analizi	Proje belgelerinin taslağını hazırlama Tedarik kuralları İlgili mevzuat Yetkileri bakımından kamu sektörünün konumunu belirlemek	İhale stratejisi Ödenen paranın karşılığının gösterge niteliğinde analizi Muhasebe işlemleri hakkında ön görüş Maliyetin karşılanabilirliğini tespit etme Risklerin tanımlanması, maliyetlerinin belirlenmesi ve dağıtılması (Brude-Blanc ve Strange, 2007, 1-34).
3. Seçim süreci: İhale ve Müzakereler Başvuru için çağrı Ön şartlar Teklif verenler arasından son elemeye kalan adayların seçimi	Proje sözleşmesini hazırlama	Değerlendirme ölçütlerini belirleme İhale belgelerinin hazırlanmasına yardım etme Son eleme ölçütleri hakkında bilgi Teklifleri değerlendirme
4. Müzakereler İstenen hizmetler, sözleşme şartları ve değerlendirme ölçütleri hakkında rekabete dayanan görüşmeler Teklif verenler arasından tercih edilen adayın seçimi	Sözleşme konularının müzakeresi İstihdam ve emeklilik konularının ele alınması	Mali bakımdan teklif değerlendirme Finansman seçeneklerinin analizi Son elemeye kalan adaylarla müzakere Risk ayarlamalı Ödenen Paranın Karşılığı analizi Muhasebe işlemlerinin belirlenmesi
5. İhalenin verilmesi En önemli risk devri Ödenen Paranın Karşılığı Maliyetin karşılanabilirliği hususlarının son kez kontrol edilmesi	Sözleşmelerin ayrıntıları ile ilgili müzakereler hakkında bilgi	Ödenen paranın karşılığının son kez karşılaştırılması İşin kapsamlı tanımının hazırlanmasına katkıda bulunma Mali karara varılmasına yardımcı olma
6. Hizmetin başlaması		Sözleşme takibine ve performans değerlendirmesine yardımcı olma

2.1.8. Kamu-Özel Sektör Ortaklığı ve Risk

Risk gelecekte ortaya çıkma ihtimali belli olmayan durumdur. Riskler potansiyel problemlerdir. Gecikme ya da maliyet artışı gibi durumlara yol açabilecek olayların çıkma ihtimalidir. Fransızca “risque” kelimesinden Türkçeye geçen riskin sözlük anlamı zarara uğrama tehlikesi, rizikodur (Türk Dil Kurumu, t.y.). Bir projede risklerin olması amaçlara ulaşmayı güçleştirebilir. Bu nedenle proje amaçlarının gerçekleştirilebilmesi için risklerin en iyi şekilde yönetilmesi gerekir (Hardcastle ve Boothroyd, 2003, 36).

Kamu-özel ortaklığı kamunun fonksiyonlarının bir kısmı veya tamamının sorumluluğunu özel sektöre devretmesini içeren bir sözleşme ilişkisi olarak tanımlanabilir. Amaç kamu hizmetlerinin maliyeti uygun ve en kaliteli şekilde sunumunu sağlayacak çözümler üretmektir. Böyle bir sözleşme ilişkisi beraberinde kaynak ve risk paylaşımını da getirmektedir (Akintoye ve diğerleri, 2003a; Pollock ve Price, 2004; Nisar, 2007, s.1-19; Ramstedt, Mayıs 2008). Roller, sorumluluklar ve riskler kamu ve özel sektör açısından farklı KÖO projeleri için farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Fakat kamu her zaman sağlanan hizmetin beklentinin altında bir kalitede olmaması için hizmetin tanımlanması, kalitesi, performans standartlarına uygunluğunu denetleme sorumluluğuna sahiptir (Sorge, 2004).

Yapım projeleri yüksek risk profiline sahiptir. Riske sebep olan unsurlar dış faktörler ve proje geliştirme faaliyetleridir. Projenin başarısı bölgesel, yerel ve ulusal pazardaki gelişmeler ve diğer projelerdeki aktörlerin faaliyetleri tarafından etkilenir (Bing ve diğerleri, 2005b; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.30). KÖO’ndaki bazı riskler diğer tedarik yöntemleri ile benzerlik gösterirken bazı riskler sadece KÖO’larına özel olarak ortaya çıkabilir. Riskleri projenin farklı aşamalarında (başlangıç (fikir aşaması), ön çalışma, tasarım, inşaat, tesisin hizmete girmesi, işletme veya fesih (sonlandırma) aşamasında) farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir (Akintoye ve diğerleri, 1998; Thobani, 1999; Straus, Eylül 2007).

Finansal yazında farklı türde risk sınıflamaları vardır. Hardcastle ve Boothroyd (2003)’ın aktardığına göre, Sharpe (1964) riski sistematik ve spesifik (özel) riskler, King (1999) benzer şekilde sistematik ve sistematik olmayan (non-sistematik) riskler, Wilmott ve diğerleri (1995) ise spesifik ve non-spesifik riskler olarak sınıflamışlardır. Piyasa fonksiyonu ve özelliği dışında riskler farklı bakış açılarına göre kredi, karşı taraf ve işletim riski ile yasal risk olarak adlandırılan dört genel kategoride sınıflandırılmışlardır (Hardcastle ve Boothroyd, 2003; Lemos ve diğerleri, 2001, s.68-80). Bu sınıflandırmaların dışında imtiyaz KÖO’larındaki riskleri üç düzeyde ele alınmıştır (Lemos ve diğerleri, 2001, s.68-80; Bing ve diğerleri, 2005b, 25-27). Bunlar: Makro, orta ve mikro düzey risklerdir.

- Makro düzeyde riskler: siyaset ve hükümetin politikalarına ilişkin riskler, makro ekonomik riskler, yasal riskler, sosyal riskler ve doğal riskler bu gruba girmektedir.

- Orta düzeyde riskler: proje seçimi, proje finansmanı, tasarım, yapım, işletim ve artık riskleri bu grupta yer almaktadır.
- Mikro düzeyde riskler: ilişkiler ve üçüncü taraf ile ilgili riskleri içermektedir.

Zhang (2004 a) ise, imtiyaz şeklindeki KÖO’larında ortaya çıkan riskleri iki kategoriye ayırmıştır. Bunlar: başlangıç riskleri ve global risklerdir. Başlangıç riskleri: fiziksel, tasarım, yapım, işletim ve bakım, teknoloji, finans ve gelir elde etme iken; global riskler: politik, yasal, ticari ve çevresel faktörlerden oluşmaktadır. Birçok durumda başlangıç riskleri özel sektör tarafına aitken, global riskler en iyi şekilde kontrol edebilecek KÖO tarafına devredilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.52).

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında KÖO’larında karşılaşılan riskler aşağıda sıralanmıştır. Bunlar (Jacobs, 1998; Akintoye ve diğerleri, 1998; Lemos ve diğerleri, 2001, s.68-80; Hardcastle ve Boothroyd, 2003, 36-38; Akintoye ve diğerleri, 2003a, s.36-56, 79, 86, 95, 105-126, 127-151, 153-181, 183-220, 223-351; Sorge, 2004; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.30, 53-55; Hemming, 2006, s.11, 20, 30,69, 73; Budina ve diğerleri, 2007, s.19-29; Yescombe, 2007, s.17; Brude-Blanc ve Strange, 2007):

- *Yer edinimi:* tesisin yanlış yere kurulması veya doğru yere uygun olmayan bir fiyatın ödenmesi.
- *Fizibilite:* proje fizibilite aşamasında proje için gerekli temel elemanları belirlemede başarısızlık şeklinde ortaya çıkabilmektedir.
- *Prosedürlerle ilgili riskler:* kamu politikasındaki değişimden dolayı veya izin veya lisansların temin edilemeyişinden kaynaklanır. İzinler veya yetkilendirmeler planların uygun bulunmaması nedeniyle ertelenebilir veya beklenmedik gecikmeler ortaya çıkabilir.
- *Kullanılabilirlik:* bu risk müşteriler tarafından tesisin kullanılması ile ilgilidir. Yol projelerinde yolun kapalı oluşu gibi diğer sektörlerde de kendine özgü tesisin kullanımını etkileyecek bu tür sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Aşırı çalışan bir tesisin bakımı

sırasında ulaşımının engellenmesi sonucu doğan problemler de bu kapsamda değerlendirilebilir.

- *İşletim Riski:* Tesisin yapımından işletimine kadar geçen sürede ortaya çıkan riskler bu grup altında sıralanabilir. Tutarsız standartlar, insan hatası, sistemlerde bakım, gecikme, arıza, yetersiz kontrol ve değişken ölçüm gibi geniş aralıkta etkenler bu riske neden olabilir. Örneğin enerji teminindeki bir aksaklık tesisin hizmete geçişini aksatabilir. Benzer bir durum KÖO hastane projelerinin birinde yaşanmıştır. Tesis tamamlanmış hizmete girmiş hasta kabul edilmeye başlandıktan sonra servislerde hasta odalarında sıcak su tesisatının unutulduğu fark edilmiş. Bu durum acilen düzeltilmesine rağmen hizmetin aksamasına neden olmuştur.
- *Tasarım riski:* proje tasarımı veya süreçten kaynaklanan problemler nedeniyle ortaya çıkmaktadır.
- *İnşaat:* bu temel bir risktir. İnşaat riski kusurlu inşaat veya zaman ve maliyet aşımlarından kaynaklanmaktadır. KÖO'ndaki inşaat işleri genellikle sabit fiyat sözleşmeleri ile başka birisine devredilir (taşeron bir şirkete). Bu durum maliyet ve zaman aşımını doğurabilecek uzun bir süreçtir. Ayrıca kalite standartları, sağlık, güvenlik konuları bu aşamada çok önemlidir. Bu konularda ortaya çıkabilecek bir olumsuzluk özel sektörün gelecekte yeni ihale kazanmalarını ve ünlerini etkileyebilmektedir.
- *Piyasa Riski:* Sharpe (1964) tarafından sistematik risk, Wilmott ve diğerleri (1995) tarafından non-spesific risk olarak sınıflandırılan pazar riskinde, tüm piyasanın yaygın olarak etkilendiği ekonomik koşullar ele alınmaktadır. Örneğin çevresel koşullardan kaynaklanan varlık değerlerindeki bir değişim, tüketici harcamaları, endüstriyel çıktı düzeyi, faiz oranları, döviz kurları, enerji fiyatları, büyük ölçekli doğal afetler gibi değişiklikler piyasa riski içinde yer alır. Piyasa riskleri bir dereceye kadar bütün öz kaynakları etkiler ve bu riskten tamamen kaçınılamaz.

- *Finansman Riski:* Büyük ölçekli KÖO projelerinin finansal yanı özellikle finansörler tarafından dikkatli şekilde en ince ayrıntısına kadar irdelenir. Bunun amacı proje ile ilgili oluşabilecek riskleri ve bu risklerin potansiyel sonuçlarının gözden kaçmadığından emin olmaktır. Finansörler çoğunlukla riskten hoşlanmazlar ve projenin toplam faydasının oluşabilecek risklerle dengeli olmasını isterler. Bununla beraber proje finansmanı öngörülenin altında olduğunda ya da yeterli kredi sağlanamadığında organizasyonlar projeyi sürdürmede sıkıntı yaşayabilmektedir.
- *Borçlanma Riski:* KÖO borçlanma maliyeti tamamen kamu borçlanmasına göre yaklaşık %2-3 oranında daha fazladır. Bu maliyet farkının nedeni borç veren kurumların kamuya borç verirken riski daha düşük algılamalarından kaynaklanmaktadır. Kamuya borç vermeye göre bir KÖO'na borç vermek daha risklidir
- *Maliyet:* KÖO'nın temeli maliyettir. Özel sektör 30 yıl gibi uzun süreler için kamu ile sözleşme yapar. Kamu sektörü imtiyaz süresince üzerinde anlaşılan fiyatı öder. Özel sektör için sıkıntı belirlenen fiyatlar ölçüsünde istenen kalitede çıktıyı elde edebilmektedir. Özel sektör belirlenen zaman ve maliyette binayı teslim etmek, bakım-onarım ve bina için gerekli teknik desteği de sağlamak zorundadır. Maliyetler genellikle endeksli olmasına rağmen 25–30 yılı aşan bakım-onarım maliyetinin öngörülmesinde projeyi olumsuz etkileyebilecek belirsizlikler iyi değerlendirilmediğinde maliyet riskleri ortaya çıkabilmektedir.
- *Talep Riski:* Sağlanan hizmete olan taleple ilgilidir. İşletim riski bir tesisin verimsiz işletilmesi ve bunun sonucunda amaçlanan hedefe ulaşamamasından kaynaklanır. Talepteki değişim ise tesisin düşük kapasite ile çalışmasına sebep olabilir. İlk uygulanan KÖO planlarında, bu risk önemli bir konu olmuş ve kamu sektörü bu riski üstlenmek zorunda kalmıştır.

- *Konsorsiyumun yapısı:* ortaklar birbiri ile uyumlu olmayabilir. Yerel ortaklıklarda farklı prosedür/sistemler kullanılabilir ve bu durum problem yaratabilir.
- Gelir riski tesisin performansındaki düşüş ve bunun sonucu gelirde azalma olarak ortaya çıkar.
- *Uzun süreli kullanım riski:* kaynakların kullanım kapasitelerini azaltabilir. Tesis devredildiğinde ekonomik ömrü de bitmiş olabilir. Kalan değer riski olarak da bilinen bu riske göre imtiyaz süresi sonunda tesisin yüksek standartta hizmet sunması zordur.
- *Yasal Riskler:* Mevcut işi olumsuz etkileyecek yeni yasa, vergi ya da düzenlemeler ortaya çıktığında yasal risk oluşur. Yasal risk aynı zamanda yolsuzluk ve güvenlik yasalarının ihlali ile de ilgilidir. Bazı yasal risklerin sonucu bu durumdan etkilene tarafların yükümlülüklerini yerine getirememesinden dolayı özellikle bazı işler için önemli problemler doğurur.
- *Karşı Taraf Riski:* Bu risk yatırım portföyünden çok ticari süreçle ilgilidir. Ticari taraflardan biri beklenmedik sistematik bir etken veya yasal ya da politik risklerin sonucu olarak yükümlülüğünü yerine getirmediği durumlarda bu risk oluşur
- *Kredi Riski:* Kredi riski kredi ödemesi ile ilgili konuda borçlunun yükümlülüğünün yerine getirmemesinden kaynaklanan risktir. Borçlu sözleşmeden kaynaklanan yükümlülüğünü yerine getirmede başarısız olduğunda kredinin anapara ve faizini zamanında ödeyemez. Bazı durumlarda sistematik riskler kredi riskine sebep olabilmektedir.
- *İhale sürecinden kaynaklanan riskler:* İhale karmaşık, uzun süren ve maliyetli bir süreci ifade eder.
- *Siyasi riskler:* uluslar arası projelerde hükümet (idare) desteğinin olmaması.
- Yolsuzluk gibi ahlaki değerlerin ihlal edildiği durumlar.
- Proje yönetim yeteneği mevcut işleri gerçekleştirebilmek için yeterli olmayabilir.

- Mevcut altyapı.
- *Hammadde*: tedarik, ulaşılabilirlik vs.
- Yabancı döviz kurları
- *Mücbir sebepler*: doğal afetler, kontrol edilemeyen durumlar önemli bir risk faktörüdür.
- *Piyasa rekabeti*: projenin potansiyel kazançları kaybedilebilir.
- *Fiyat tarifesi*: öngörülenin altında olabilir.
- Döviz kurları
- Enflasyon
- Teknolojinin demode olma riski.

Akintoye ve diğerlerinin 1998’de yaptıkları bir araştırmada KÖO projelerinde yer alan müteahhit, kamu görevlisi ve finansörlerden KÖO’nda karşılaşılabilecekleri riskleri önem sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Buna göre tarafların risklere verdikleri önem sırası değişiklik göstermiştir. Müteahhitler tasarım, yapım maliyeti ve maliyet aşım risklerini ilk sıralarda değerlendirirken; finansörler ödeme riski, kapasite riski ve maliyet aşımı riskini üst sıralarda değerlendirmiştir. Aynı araştırmada kamu yetkilileri ise sırasıyla onay ve teslimat riski, performans riski ve gecikme riskini ilk üç sırada dile getirmişlerdir (Bkz. Tablo 2.3)

Tablo 2.3. KÖO projelerinde yer alan müteahhit, kamu görevlisi ve finansörlerin KÖO için risk sıralaması (Akintoye ve diğerleri, (1998)'nden alınmıştır.)

Riskler	Müteahhit	Kamu görevlileri	Finansörler	Toplam
Tasarım riski	1	5	10	1
Yapım maliyet riski	2	6	6	2
Performans riski	4	2	8	3
Gecikme riski	7	3	7	4
Maliyet aşımı riski	3	9	3	5
Onay ve teslimat riski	17	1	5	6
Kapasite (Volume) risk	8	10	2	7
İşletim/bakım-onarım maliyet riski	9	4	13	8
Ödeme riski	10	14	1	9
İhale maliyet riski	6	17	9	10
Sözleşmeden kaynaklanan riskler	5	11	15	11
Yasal risk	11	19	12	12
Piyasa riski	14	16	11	13
Artan değer riski	16	12	14	14
Planlama riski	13	18	19	15
Çevresel riskler	15	8	23	16
Güvenlik riski	21	7	20	17
Finansal risk	12	22	18	18
Kredi riski	25	24	4	19
Olası hükümet (yönetim) değişikliği	20	20	16	20
Proje ömrü riski	19	13	26	21
Avrupa yasalarındaki değişim	24	15	22	22
Development (geliştirme) riski	18	21	24	23
Banka riski	23	26	17	24
Borç riski	22	25	21	25
Arazi satın alma riski	26	23	25	26

2.1.9. Kamu-Özel Sektör Ortaklığında Risk Yönetimi

KÖO projelerinde inşaat endüstrisi risk analizi ve yönetimi konusunda oldukça tecrübeli ve diğer sektörler göre lider konumdadır. Bu sektör yapım ihalelerinde standart formlar geliştirmiş ve yeni standartlar geliştirmeye devam etmektedir. Farklı standart sözleşme şekilleri kamu ve özel sektöre ihale sürecinde yol göstermekte ve kolaylık sağlamaktadır. Ancak hiçbir standart form inşaat proje maliyetlerinin veya uygun fiyatlandırmayı tam olarak gerçekleştirememektedir.

KÖO kapsamında inşaat, finans ve diğer sektörler bir arada bulunduğu için risk yönetimi ve değerlendirmesi konusunda bu sektörlerin ortak çalışması güçlenmelerini sağlamaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.41). Sigortacılık ve finans sektörleri işlerinin doğası gereği risk değerlendirme tekniklerini kullanmaktadır. Sigorta ve finans kaynakları herhangi bir projeyi desteklemeden önce projeleri, ihalecileri ve müşterileri risk durumlarına göre değerlendirmektedir. Böylece inşaat sektörü finans sektöründeki risk değerlendirme araçlarını bütünüyle anlayarak performansını optimize edebilmekte ve hatta iyileştirebilmektedir.

Riskin dağılımı risk yönetiminin temel konusudur. Pek çok görüşün üzerinde uzlaştığı nokta, risklerin, bunları en iyi yönetebilecek tarafa devredilmesidir. Örneğin; planlama izninin taslağı, ayrımcılıkla ilgili düzenleme risklerini kamu elinde tutabilir. Ayrıntılı planlama izni, tasarım, yapım, görevlendirme, işletme performansı, proje finansmanı, teknoloji eskimesi gibi riskleri özel sektöre devredebilir. Enflasyon riski ve mücbir sebepler gibi riskleri paydaşlar aralarında paylaşabilmektedirler (IFSL, 2003).

Thobani (1999)'nin İngiltere dışında yaptığı gözlemlere göre özel sektör ortağı çoğunlukla döviz ve faiz oranları risklerini üstlenmek zorunda kalmaktadır. Hall (1998) ise kalıntı riskinin büyük ölçüde kamu tarafından muhafaza edildiğini bildirmektedir. Talep ve diğer riskler sözleşmeden sözleşmeye ve farklı hizmet türleri arasında oldukça çeşitlilik göstermektedir.

Daha önceki yaklaşımlar riski olumsuz bir durum olarak değerlendirmekte, birçok KÖO katılımcısı riski maliyetleri artıran “dezavantaj veya olumsuz bir durum”, olarak varsaymaktadır. Az sayıda KÖO katılımcısı ise riski “olumlu bir durum” olarak algılamaktadır. Riskler hem istenmeyen tehlikeler hem de kazanç fırsatları sunabilir. Kısacası riski pozitif ya da negatif etkiye sahip durum olarak

düşünmek daha gerçekçi bir yaklaşım olacaktır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.42).

2.1.10. Kamu-Özel Ortaklığına Yönelik Eleştiriler

KÖO'nun doğası gereği politik tartışmalara ve eleştirilere açık bir konudur. KÖO'na yönelik en yaygın eleştiriler; özel sektörün kamu kaynakları üzerinden kar sağlaması, kamu hizmetlerinde yaşanabilecek aksaklıklar, çalışma koşullarının kötüleşmesi başlıkları altında sıralanabilmektedir (Yescombe, 2007, s. 17).

Kamu tedarikinde KÖO yöntemlerinin uygulanması gerektiğini savunan yönetici, politikacı ve karar vericiler kamunun kötü yönetilmesine karşılık özel sektörün verimli ve kaliteli hizmet sunabileceği konusuna odaklanırlar. Oysa ki özellikle İngiltere'de KÖO ile yapılan Ulusal Sağlık Hizmetleri hastane projelerinde hizmet kalitesinin düştüğü ve bundan dolayı hastaların tedavilerinin olumsuz etkilendiğini gösteren birçok çalışma ve değerlendirme bulunmaktadır (Price ve diğerleri, 1999; Pollock ve diğerleri, 2002; Price ve Pollock, 2002; UNISON, 2002; UNISON, 2003; Lister, 2003; BBC, Aralık, 2005; Hellowell ve Pollock, 2006; Aldred, 2006; Gaffney ve Pollock, t.y; Hellowell ve Pollock, 2007a; Hellowell ve Pollock, 2007b; Hellowell ve Pollock, Kasım 2007; Lister, 2008; UNISON, 2008). Yine eğitim sektöründe KÖO'nın başarısız olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Price ve diğerleri, 1999; Wang, Kasım 1999; Pollock ve diğerleri, 2002; Price ve Pollock, 2002; UNISON, 2003; UNISON, 2003; Miraftab, 2004; Mehra, 2005; Aldred, 2006; UNISON, 2008; wikipedia, t.y).

KÖO kurma uzun süren görüşmeleri ve maliyeti her iki taraf için de pahalı hukuk ve danışmanlık hizmetleri satın almayı gerektirmektedir. İngiltere'deki ilk 15 hastane KÖO için danışmanlık hizmetleri maliyeti olarak 45 milyon pound harcanmıştır. Bu miktar her bir proje için toplam sermayenin ortalama % 4'ünü bulmaktadır. Bu konuda bir başka bilgi eğitim sektöründen gelmektedir. Brent Local Education Authority 850 bin pound harcayarak 5 yıl görüşme yaptığı KÖO planından vazgeçmek zorunda kalmıştır. Yeni bir KÖO planı hazırlanması ise 2 yıl ve 550 bin pounda malolmuştur (UNISON, 2003).

KÖO ile ilgili bir diğer eleştiri konusu özel sektörün düşük risk almasına rağmen yüksek kar beklentisi olmasıdır. UNISON (2003), Londra Metrosu projesinde özel sektör ortaklarının kar beklentilerinin % 20 olduğunu belirtmiştir.

Hellowell (2008)'e göre İngiltere'de hükümetlerin KÖO ile ilgili olarak bütçeyi aşmayacağı, projelerin zamanında gerçekleşeceği ve ödenen paranın karşılığının en iyi şekilde alınacağı vaatleri mevcut uygulamalarda gerçekleşmemiştir. Bunun yanında KÖO'nun yarattığı borç kamu finansmanı üzerinde önemli bir yük olmuştur. Örneğin İskoçya'da 2007 Ekim ayına kadar gerçekleşen KÖO projelerinin toplam sözleşme maliyeti 5,2 milyar pound iken bu projelerin kamu üzerindeki yükü 22,3 milyar pound olmuştur (Hellowell ve Pollock, 2007a; Hellowell ve Pollock, 2007b). Yine İrlanda Sayıştay'ı tarafından Haziran 2002'de yapılan bir çalışmaya göre, 6 okuldan 5'inin yapım maliyeti; 6 okulun tamamının ise işletim maliyeti kamu sektör karşılaştırmasından daha yüksek bulunmuştur. Bu projelerde finansman maliyeti toplam maliyetin dörtte biri kadardır. Aynı çalışmaya göre özel sektörün finansman sağlama maliyeti kamu finansmanına göre %2,5-4 daha yüksek bulunmuştur (UNISON, 2003).

İskoçya Sayıştay'ı tarafından yapılan bir çalışmaya göre ise, inşaat ve işletim maliyetleri KÖO seçeneğinde daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte bina tasarımı ve projelerin gecikmesi KÖO ile ilgili bir başka eleştiri konusudur (UNISON, 2003). 2005 yılında yapılan bir çalışmaya göre (Hencke, Haziran 2005) İngiltere'de KÖO ile yapılan bir akıl hastanesi projesinde bina tasarımının hasta ve çalışan güvenliği açısından uygun olmadığına vurgu yapılmaktadır. Bu çalışmada 47 milyon pounda mal olan hastanede hastalıklarından dolayı odalarında sigara içmelerine izin verilen hastalar olmasına rağmen yangına karşı herhangi bir önlem bulunmadığı belirtilmektedir. Projenin dokümantasyon, tasarım, yapım, işletim ve yönetimi konusunda ciddi sorunları bulunmaktadır (Hencke, Haziran 2005).

Olumlu bir örnek olarak sunulan İngiltere'deki iki polis istasyonu projesinde ise 1960 ve 70'lere göre polislerin daha modern koşullarda çalışabildiği binalar yapıldığı vurgulanmaktadır. Ancak bu projenin kamu tarafından aynı şekilde gerçekleştirilebileceği gerçeği hiç gündeme getirilmemektedir (BBC, Mayıs 2008).

KÖO'larına karşı eleştirilerin önemli bir kısmı ise iş gücü kaybına neden olmasıdır. Özellikle birliklerin KÖO planları dışına çıkmalarına izin verilmediği için klinik kapatma veya artan kamu açıklarını kapatmak için işçi çıkarılması yaygın bir uygulama haline gelmiştir (Monbiot, Eylül 2007; BBC, Haziran 2007). Ayrıca yapılan araştırmalar özellikle Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde KÖO anlaşmalarının

sürdürülebilmesi için bazı hizmetlerde küçülmeye gidildiğini göstermektedir (Hellowell ve Pollock, 2007a; Hellowell ve Pollock, 2007b).

İngiltere’de 2003 yılında Denetim Komisyonu tarafından 17’si KÖO ile, 12’si geleneksel tedarik yöntemi ile yapılan 29 okul projesinin değerlendirildiği bir rapora göre (UNISON, 2003):

- KÖO ile yapılan okulların geleneksel yöntemle yapılan okullara göre kaliteli olmadığı,
- En yenilikçi çözümlerin geleneksel tedarik yöntemi ile gerçekleştirilen projelerden elde edildiği,
- Temizlik maliyetlerinin KÖO projelerinde daha yüksek olduğu,
- KÖO ile yapılan okulların daha kısa sürede tamamlanamadığı, bildirilmiştir.

Yukarıda bazılarına yer verilen birçok çalışma ve rapor İngiltere’de özellikle KÖO ile yapılan hastane ve okul projelerinin ödenen paranın karşılığını alma açısından başarısız olduğunu göstermektedir. Örneğin İngiltere’de 2001 yılında KÖO’larının denetimini yapan Institute for Public Policy Research Commission’un raporuna göre, KÖO ile yapılan okul ve hastane projeleri ödenen paranın karşılığını alma açısından başarısızdır (Sheeran, Haziran 2007). Yine 2002’de KÖO ile 17 milyon pound harcanan Balmoral Lisesi 2007 yılında yeterli sayıda öğrenci kayıt yaptırmadığı için kapanmak zorunda kalmıştır. Ancak sözleşme 20 yıllık olduğu için vergi verenler bu projenin bedelini kullanılamamasına rağmen ödemek zorunda bırakılmıştır (Sheeran, Haziran 2007).

KÖO’na ilişkin kafa karışıklığı sosyal ve politik alanda yapılan tartışmalarda da dikkat çekici şekilde görülmektedir. KÖO sık sık özelleştirme ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Ancak KÖO ile özelleştirme arasında ciddi farklılıklar vardır (Yescombe, 2007, s.16). Örneğin;

- İlgili kamu kurumu KÖO’larında sağlanan hizmet ile ilgili doğrudan politik sorumluluk alırken, özelleştirilen hizmetlerde bu yoktur.
- KÖO’larında tesisin fiziksel sahibi kamu kurumu iken, özelleştirmede tesisin sahibi özel sektör olmaktadır.
- KÖO’larında hizmetin maliyeti ve kapsamı kamu ve özel sektör arasında yapılan özel bir sözleşme ile sabitlenirken, özelleştirmede

Özelleştirmeden farklı olmasına rağmen kötü giden bir KÖO'nun sonu özelleştirme olabilmektedir. KÖO uygulamalarında özel sektör ideal modeldeki gibi gereken yoğun işbirliğini sağlamamaktadır. Bu nedenle bazı durumlarda, KÖO'nun performansındaki başarısızlık, ortaklığı özeleştirme sınırına getirebilmektedir (Rosenau, 1999, s.10-30; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

KÖO ile ilgili ana sorunlardan birisi de sözleşmeye dayalı olarak bazı hakların özel tedarikçiye verilmesinden kaynaklanan kontrol kaybıdır. Korkulan şey şudur; mükemmel sözleşme yazılamaz, yazılsa bile, performans mükemmel şekilde gözlemlenemez. İki olumsuz uygulamadan ilki, eksikliklerdir. Şartlar değiştiğinde özel firmanın davranışları da değişebileceği için bu durum yeniden görüşme yapmayı gerektirir ve bu da maliyetli bir iştir. İkincisi ise eksik izlemedir. Eksik izleme özel sektör ortağının sözleşme dışındaki bazı elemanlar veya kalite konusunda sahtekârlık yapmasına sebep olmaktadır. Bu sadece özel sektörden sağlanacak hapisane, okul, hastane gibi hizmetlerin kalitesi sorununu değil aynı zamanda kamunun ihtiyacını karşılamada da bir güven eksikliğini beraberinde getirebilmektedir (Bettignies ve Ross, 2004).

KÖO'nı destekleyenler, KÖO'nın kamu hizmetlerinin etkili sunumu için gerçek bir kurumsal yenilik sunacağını iddia ederler. Karşı çıkanlar ise, kamu sektör çalışanlarının maaşlarının düşeceği yönündeki ideolojik bir bakış açısını tartışırlar. Bir diğer tartışılan nokta ise vatandaşların devletten bekledikleri kamu hizmetlerinin kalitesinin tehdit altında olmasıdır (Bettignies ve Ross, 2004).

KÖO'nın finansal değer yaratma durumuyla ilgili bir diğer eleştiri ise risk dağıtımı konusundadır (Straus, Eylül 2007). Ortak girişim KÖO'larında riskler kamu ve özel sektör arasında bölünürken imtiyaz şeklindeki KÖO'larında riskler özel sektöre transfer edilir. Her iki durumda da projelerdeki riskleri tanımlamak ve miktarını tespit etmek zor ve karmaşıktır (Bing ve diğerleri, 2005a, s.144-145; Straus, Eylül 2007). Gerçekte risk transferi de kuşkuludur (Price ve diğerleri, 1999; Pollock ve Price, 2004, s. 38-40; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

KÖO'ları para ve yenilik getirme konularında artı değer sağladığı varsayılır. Ve bu varsayım imtiyaz KÖO'larında daha da geçerlidir. Birçok ülkede bu iki

kavram KÖO'nun başlaması için temel motivasyon kaynağı (Barlow, 2008, s.1401) olarak görülmesine rağmen, KÖO süresince para ve yenilik sağlamada gerçek bir artış olduğu ispat edilememektedir. Özellikle KÖO'nun yenilik, tasarım ve planlamaya katkısı soru işaretidir. İngiltere'de KÖO projelerinin beklenen yenilik sağlama katkısını veremediği gözlenmektedir (Barlow ve diğerleri, Aralık 2007). Özellikle imtiyaz KÖO'larında para ve yenilik sağlama konularına odaklanılmasına rağmen hala seçim kistası olarak *düşük maliyet* kullanılmaktadır. Muhtemel seçim performans ve maliyetin dengede olduğu *en iyi değere* bağlıdır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

Bir çok literatür iki farklı sektör arasındaki işbirliğinin karmaşıklığın artması, karar alma otonomisinde kayıp ve bilgi asimetrisi gibi olumsuz sonuçlar doğurduğunu rapor etmektedir (Pongsiri, 2002, s.487-495). Kamu ve özel sektör arasındaki iletişim her zaman açık olmamakta her iki tarafta başka dillerde konuşmakta ve farklı deneyim ve beklentilere sahip olmaktadır (Stainback, 2000, s.23-24). Taraflar arasındaki farklılıklardan dolayı birtakım gerginlikler ortaya çıkabilmektedir. Tablo 2.4.'de taraflar arasında gerginlik yaratan bu konular yanında kamu ve özel sektör aktörlerinin değer, strateji ve temel iş alanları arasındaki ilişkiler de (Klijn ve Teisman, 2003, s.143) ele alınmıştır.

Tablo 2.4. Kamu ve özel sektör aktörlerinin değer, strateji ve temel iş alanları arasındaki ilişkiler (Klijn ve Teisman, 2003, s.143).

	Kamu sektörü aktörleri	Özel sektör aktörleri	Gerilim
Temel iş	Amaçlar: kamu amaçları (sektörlere göre değişiklik göstermektedir.) Süreklilik: politik koşullar	Amaçlar: kar elde etmek Süreklilik: finansal koşullar	Farklı problem tanımlamaları: yıllık hesaplamalarda Pazar riskine karşılık beklentilerde politik riskler
Değerler	Gardıyan sendromu (koruma içgüdüsü) Sadakat Tanımlanmış bir kamu davasına adanmışlık Politik/sosyal süreç ve yaklaşımların kontrol edilebilirliği Riskten sakınma ve beklentilerin önüne geçmeye vurgu yapma	Ticari sendrom (kar içgüdüsü) Rekabet Müşteri tercihlerine adanmışlık Sonuçlar temelinde paydaşların kontrol edilmesi Pazar fırsatları, risk ve inovasyona vurgu	Özel sektör tarafının bilgi sağlama konusundaki direncine karşılık hükümetin süreçte isteksizliği Özel sektörün kendi çabaları ile gösterdikleri dirence karşılık hükümetin sonuçta isteksizliği
Stratejiler	İş organizasyonu Garanti sürekliliği için arayış Uygulama maliyetlerinin güvenceleştirilmesi ve beklentileri minimize etmek	Pazar organizasyonu Kamudaki değişkenliklerin bir sonucu olarak, politik riskleri ve organizasyon maliyetlerini minimize etmek	Yüzleşme, anlaşmaların karşılıklı olarak kilitlenmesine bağlıdır. Böylece işbirliğinin türü test edilir ve deneme yapılır.
KÖÖ'nün Sonuçları	Kamu sektörünün baskınlığı, Prosedürler üzerinde uzlaşmaya bağlı anlaşmalar ve riskin sınırlandırılmasına vurgu	Sözleşmenin yapıldığı zamana kadar sınırlı yatırım, Pazar paylaşımı ve karda kesinliğe vurgu	İlave değer yaratmanın gerçekleştirilememesi

KÖO'larında kamu sektörü özel sektörle işbirliği için otoritesini kullanmak ve kendi otonomisinin bir kısmını takas etmek zorundadır. Bu durum kamu menfaatleri ve kamu sorumluluğu için potansiyel bir tehlikedir (Peters, 1998, s.11-33). KÖO aleyhtarları kamu menfaatlerini tehlikeye atılmasından endişe duymaktadırlar. Buna gerekçe olarak da özel sektörün kar arama amacının kamu değerleriyle çelişmesi gösterilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006). Kamu menfaatlerinin neler olduğu ve nasıl tanımlanabileceği sorusunun açık bir cevabı yoktur. Cevap sektörün özelliklerine ve kullanıcı perspektifine göre değişmektedir. Örneğin, yapım projelerine başlarken, sonuçta oluşacak ölçülebilir bir kamu menfaati ortaya koymak oldukça zordur. Kamu menfaatlerini koruma kararları oluşabilecek tüm değişikliklerle baş edebilmeli ve bu şartlara göre oluşturulmalıdır. Açıklık, yasallık ve şeffaflık gibi süreç kıstaslarını formüle etmek yeterli değildir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

Tam olarak belli olmayan amaçlar ve sorumluluklar özellikle politik sorumluluğu azaltır (Rosenau, 1999, s. 10-30; Stainback, 2000, s.23). Ayrıca, eşitlik, katılım, demokrasi ve ulaşım ile ilgili problemler KÖO'nın kamu menfaati performansı ile ilgili mücadele konularıdır. Sonuç olarak, KÖO'nın düzenlemeleri azalttığı görülmemekte, hatta bazı durumlarda artırdığı bile söylenebilmektedir (Rosenau, 1999, s.10-30).

Güven, saygı ve esneklik gibi davranışsal durum ortaklıklarda önemli rol oynamaktadır. Güven aynı zamanda işlem maliyetlerini de etkilemektedir. Kamu ve özel sektör arasındaki etkileşimde bu davranışsal durumların etkisi dikkat çekicidir. Fakat uygulamalar, kamu-özel ilişkisinin gücü davranışsal durum temelinde ülkeden ülkeye farklılık olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bazı ülkelerde veya bazı sektörlerde (örneğin inşaat sektörü) ilişkiler üzerinde fazla durulmaz, önemli olan sözleşmedeki şartlardır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006)

KÖO'nın bazı yönleri İngiltere'de medya, bazı akademisyenler ve KÖO yaklaşımına karşı olan sendikalar gibi bazı kişi ve gruplar tarafından eleştirilmektedir. Bu eleştirilerden bazıları ve bunlara verilebilecek cevaplar Tablo 2.5'de yer almaktadır (IFSL, 2003).

Tablo 2.5. İngiltere’de KÖO ile ilgili eleştiriler ve bunlara verilen cevaplar (IFSL, 2003).

KÖO ile ilgili eleştiriler	Cevaplar
Kamu finansmanı daima özel finansmandan daha ucuzdur.	Tipik olarak özel finansman kamu finansmanından %1-3 oranında yüksek olsa da, bu aralık daralmaktadır. Ayrıca, finansman maliyetleri ortalama olarak projelerin toplam maliyetinin yalnızca üçte biri kadardır. KÖO, yalnızca varlıkların ömrü ve hizmet sunumu süresinin tamamı boyunca sağlanan tasarruflar finansman maliyetlerindeki herhangi bir ilave marjı aştığı takdirde ödenen paranın karşılığını verebilmektedir.
KÖO süreci sorumluluğu engeller	Ulusal Denetim Bürosu’nun raporları dahil olmak üzere, çeşitli denetim mekanizmaları bulunmaktadır. Ayrıca, hastane işiyle ilgili örnek olaylar yayınlanmaktadır. Bunlar, özel sektörün geleneksel denetim ve sorumluluk süreçlerine göre genellikle daha şeffaf, ölçülebilir ve etkilidir.
KÖO hizmet hüküm ve şartları tehlikeye giren kamu sektörü personelinin zararındadır.	Personele ilişkin endişeler; bilgileri açıklama, personele danışma ve karşılaştırılabilir düzeyde emekli maaşı verme gereğine ilişkin rehberlik yoluyla ele alınmaktadır. Ayrıca, personelin hüküm ve şartları, Taahhütlerin Devri (Çalışanların Korunması) Yönetmeliği ile korunmaktadır. Kişisel deneyimlere dayanan ifadeler, imzalanan anlaşmalarla transfer edilen çalışanların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.
KÖO kamu sektörünün açık bırakılmış borçlarını gizlemesine yol açar, bu nedenle söz konusu borçlar üzerinde kontrolü yoktur.	Kamu sektörünün aldığı borçlar daha az açık bırakılmış olacaktır. Zira KÖO sözleşmelerine göre yapılan ödemeler nispeten tahmin edilebilir olup, gerçek finansman ve işletme maliyetlerinin tümü açıklanmaktadır. Ayrıca, gelecekteki KÖO taahhütleri ile ilgili tahminler Hazine tarafından yılda iki kez yayınlanmaktadır.
KÖO harcama önceliklerini saptırır, çünkü projeler toplam faydalarından çok KÖO’ye uygun olmalarına ve karlı bir gelir akışı sağlamalarına bakılarak geliştirilmektedir.	Tedarik yoluna karar vermeden önce, politika öncelikleri tespit edilmelidir. Uygulamada, olası projeleri öncelik sırasına koymak için çeşitli ölçütler belirlenmiştir. Şüphesiz, bu önceliklere göre değerlendirilebilmeleri için, projeler KÖO’ye uygun olmalıdır.
Kamu sektörü, gelecek 30 yıl için kendisini bugünkü çözümlere bağlıyor.	Bu, geleneksel kamu sektörü tedariki için olduğundan daha az doğru değildir. Ne olursa olsun, çoğu KÖO sözleşmesinde değişen kamu ihtiyaçlarını karşılayabilecek esneklik sağlanmaktadır. Ayrıca, imtiyaz sözleşmelerinde çoğu zaman sektöröl ölçüt ve Pazar testi gibi hükümler bulunmaktadır; bunlar, kamu sektörünün ilgili hizmetlerin sunumu için geliştirilen yeni yöntemlerden faydalanabilmesini sağlar.
Hizmet sağlayıcının değişiklik yapma isteği zayıf ve hizmeti geliştirmeye değil, maliyeti düşürmeye yönelik olabileceğinden, yirmi yıllık hizmet sözleşmeleri her zaman için optimal olmavabilir.	Sözleşme süresi boyunca performansın devamını teşvik etmenin başlıca mekanizması, uygun ödeme performans mekanizmaları belirlenmektedir. Ayrıca, bu amaçla sözleşmelerde genellikle performans standartları ile ilgili sektöröl ölçüt, Pazar testi ve son olarak, sözleşmenin sona erdirilmesi gibi birtakım hükümler bulunmaktadır.
KÖO projelerinin tasarımı ve çevreye olan etkileri kötüdür.	Üretilen hizmetin tamamlanmasında bu gereklerin uygun biçimde ele alınması yoluyla, KÖO yenilikçi tasarımı kavramlarını desteklemeye ve çevresel etkileri iyileştirmeye yardımcı olabilir. Tasarım ve toplam ömür maliyetinin hesabı ile ilgili sorunlar, Hazine Özel Görev Gücü’nün sağladığı rehberliğin konusunu oluşturmıştır.

Bazı görüşlere göre, KÖO uygulamaları ulaşıma sektörü gibi alanlarda başarıyla uygulanmıştır ve bu başarı KÖO'nun tüm sektörlerde başarıyla uygulanabileceğinin kanıtıdır (Yescombe, 2007, s.21). Bir diğer görüşe göre ise, sektörler arasında farklılık olduğu gibi sektör içindeki farklı projelerde bir birinden farklıdır. Bu nedenle KÖO her sektör hatta her proje için uygulanabilir, demek yanlış olacaktır (Grout 1997, s.53-66; Smith, 1999, s.2-3; Grout 2002; Riess, 2005) .

Etkinlikleri tartışılabilir olmasına rağmen, birçok çalışma göstermektedir ki, ortaklıklar önemli bir ekonomik kalkınma stratejisidir ve olmaya da devam edecektir (Linder, 1999, s. 35-51; Rosenau, 1999, s.30; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.35; Morledge ve diğerleri, 2006, s.214).

2.1.11. Başarılı Bir Kamu-Özel Ortaklığının Ön Koşulları

Buraya kadar KÖO'na yönelik pek çok konudan bahsedildikten sonra bu bölümde KÖO'nun başarıyla uygulanabilmesi için gerekli koşullar ele alınmaktadır. Bu kapsamda Avrupa Komisyonu üyesi Neil Kinnock (1998)'un AB'de KÖO'nun başarısı için bahsettiği beş koşul vardır. Bunlar:

1. Kamu-özel işbirliği her bir projenin yaşam döngüsü içinde mümkün olduğu kadar erken başlamalıdır.
2. Kamu sektörü projenin mümkün olan en erken aşamada amaçlarını belirlemelidir.
3. Bir projenin gelişmesi için en iyi çerçeve tek bir amacı gerçekleştirmek üzere oluşturulan proje için bağımsız geçici bir şirkettir.
4. KÖO'nda hem en öncelikli projeler hem de daha küçük altyapı projeleri göz önünde tutulmalıdır.
5. KÖO'nda her bir aktör iyi kontrol edebileceği ve en çok ilgilenebileceği riskleri üstlenmelidir (Straus, 2007).

IFSL (2003)'e göre ise KÖO projesinin başarısındaki en önemli etmenler şöyle sıralanmaktadır:

- Etkili tedarik süreci: kamu idareleri, özel sektörün güvenle taahhüt altına girebileceği, düzenli ve şeffaf bir süreci uygulamaya

koymalıdır. KÖO süreci, herhangi bir ticari sözleşme gibi, bir dizi aşamadan geçerek işler. Bu, özellikle KÖO için işin geliştirilmesi, teklif verenlerin seçimi, son elemeye kalan aday listesinin hazırlanması, müzakere, mali karar ve hizmetin başlaması aşamalarını içerir. Bu süreç, teknik, mali ve yasal alanlarda uzmanların katkısını gerektirir. Ayrıca, bazı kuruluşlar gerekli her tür deneyime sahip olmayabilir. Çoğu zaman, kamu idaresinin ekibini desteklemek ve tedarik sürecine yardımcı olmak üzere dışarıdan danışmanlar getirilir. KÖO tipi projeler, uzun vadede daha iyi bir hizmet sağlanması için, çoğu zaman başlangıçtan itibaren daha fazla zaman ve çaba harcamayı gerektirir.

- Esnek risk yönetimi ve devri: Bu, risklerin tanımlanması ve değerinin tespit edilmesi ile başlar; bir projenin başarıyla yapılandırılabilmesi için, daha sonra bu risklerin kamu sektörü ve özel sektör arasında uygun biçimde paylaşılması gerekir. Ödenen paranın karşılığının korunması için, riskler bunları en iyi şekilde yönetebilecek tarafa dağıtılmalıdır (Ellis, 2008a; Ellis, 2008b).
- Üretilen hizmetlerin net olarak tanımlanması: üretimi istenecek belirli hizmetlerin başlangıç aşamasında net olarak tanımlanması çok önemlidir.
- Maliyetin karşılanabilirliği: tüm KÖO projeleri, kamu sektörü tarafından maliyeti karşılanabilir olmalıdır. Bunu test etmenin yolu, tedariki gerçekleştiren kamu sektörü idaresinin sözleşmenin toplam süresi boyunca devam eden sorumluluğun maliyetini karşılayıp karşılayamadığına bakmaktır. Eğer proje maliyetinin karşılanamadığına karar verirse, bu projenin kapsamının daraltılması gerekebilir.
- Özel sektör için uygun kar oranı: KÖO projelerinin dağıtımında her ne kadar tekel olsalar da, hükümetler riskin sorumluluğunu üstlenme karşılığında özel sektör tarafından istenecek karı belirlerken doğru bir yaklaşım göstermelidir (Straus, Eylül 2007). Bu projeden beklenen kar çok düşük olduğu takdirde, teklif verenler uzmanlık ve

kaynaklarını başka ülke ve yetki alanlarındaki daha cazip projelere yönlendirecektir.

- Standardizasyon: KÖO projelerini yapılandırma biçiminin standardizasyonuna ilişkin bazı öğeler, maliyetleri düşürmeye ve daha verimli bir tedarik süreci sağlamaya yardımcı olabilir. Ancak bazı KÖO projelerinin farklı özellikleri veya kendine özgü yönleri standardizasyonun gerçekleştirilmesini zorlaştırabilir.
- Sözleşme yapısı ve ödeme mekanizmaları: Uygun anlaşmaları ve ödeme mekanizmalarını içeren, net olarak tanımlanmış bir sözleşme yapısı esastır.
- Siyasi Taahhüt ve istikrar: Politika düzeyinde siyasi taahhüt özel sektör için önemlidir, zira KÖO'nun devam edecek bir iş fırsatı sunduğu düşünülmeyişi takdirde şirketler ihalelerde teklif vermek için gereken kaynağı oluşturmak istemeyecektir.
- Yasal ve Düzenleyici Altyapıyı Kurmak (Yetki Yasaları): Çoğu zaman KÖO projelerinin evsahibi ülkenin yasal sistemine kesin olarak yerleştirilmiş yetki yasaları ile desteklenmesi gerekir. Bunların en önemli öğeleri şunları içerir: KÖO'lara kolaylıkla uygulanabilen bir imtiyaz yasasının bulunması; KÖO'ların aleyhine olabilecek vergi anomalilerinin ortadan kaldırılması ve kamu harcaması sermaye denetimlerinin KÖO'ları kapsayacak biçimde düzenlenmesi.
- Uzmanlık: Hem kamu sektörü hem de özel sektör, KÖO sürecini yönetmek için gerekli uzmanlığa sahip olmalıdır. Örneğin, kamu sektörü tedarikçisine her bir proje sözleşmesini müzakere edebilmeli ve ilgili mali, yasal ve teknik uzmanlığa erişebilmelidir.
- Proje Önceliklerinin Belirlenmesi: Hükümet, KÖO sürecinde öncelikli olması gereken sektör ve projeleri belirlemelidir. Tedarikin başlamasından önce projenin ticari bakımdan yerine getirilebilirliğinin gözden geçirilmesi, özel sektör için bir güvence kaynağı olabilir. Bu, başarısız tedarik olaylarını azaltmaya ve aksi takdirde ödenmesi gereken ilgili ihale maliyetlerini ortadan kaldırmaya yardımcı olur.

- Anlaşma Akışı ve Standardizasyon: Kabul edilen risk dağıtım modellerine dayanan, düzenli ve tahmin edilebilir bir anlaşma akışı, başarılı bir KÖO programı geliştirmeye destek olur (Straus, Eylül 2007). Sözleşme yapısı hakkında bir rehber hazırlamak maliyetleri düşürmede etkili olabilmektedir.

KÖO projelerinin istikrarlı biçimde yerine getirilmesini sağlayabilecek bir politika çerçevesi oluşturmanın diğer öğeleri, sözleşmeleri standart hale getirmek, ölçek ekonomisi yapabilmek için projeleri bir araya getirmek ve sözleşmeleri hazırlama ve yönetme konusunda kamu sektörünün becerilerini geliştirmek (IFSL, 2003; Yescombe, 2007) olarak sıralanabilmektedir.

2.2. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı

Tüm dünyada hükümetler sağlık sektöründe büyük yatırımlar yapma gereği ile karşı karşıyadır. Mevcut birçok hastane ve diğer sağlık tesisleri modern sağlık bakım hizmeti vermek için uygun değildir. Artan finansal ihtiyaçlarla başa çıkabilmek tüm dünya yönetimlerini sağlık sektörü için imtiyaz uygulamaları ile ilgilenmek zorunda bırakmıştır. İmtiyazlar İngiltere yönetim politikasında, Ulusal Sağlık Hizmetleri için sermaye programında merkez rol oynayan bir seçenek olmuştur (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

KÖO çerçevesinde özel bir firmanın bir kamu hastanesi inşaa etmesi, sahip olması ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hastanesinin özel yönetimi, bir özel firmanın yeni bir kamu hastanesi kurması ve sonra tekrar hükümete kiralaması gibi uygulamalara da yer verilmektedir. Avustralya’da özel firmalar tarafından işletilen kamu hastanelerinde sermaye maliyetlerinin kamu sektöründeki hastaneler ile kıyaslandığında %20 daha düştüğü ve hükümet tarafından işletilen hastanelere göre klinik hizmetlerini daha ucuza sunduğu görülmüştür (Dutz, 2003; Nikolic ve Maikisch, 2006; Yescombe, 2007; Rissbacher ve diğerleri, t.y.).

Brezilya’da hükümet tarafından kurulan ve finanse edilen 12 yeni hastane özel firmalarla yapılan sözleşmelerle özel firmalara devredilmiştir. Hükümet bu uygulama ile hastanelerin verimliliğini ve kalitesini yükseltmeyi amaçlamıştır. Avrupa ülkelerinden ise kamu-özel ortaklığına örnekler İsveç ve İngiltere’den gelmektedir. İsveç’te bir özel hizmet sunucusuna 240 yataklı bir kamu hastanesi kiraya verilmiş ve işletme maliyetlerinde %30 tasarruf sağlanmıştır. İngiltere’de son 20 yılda birçok kamu hastanesinin finansmanı, inşaa ve yönetiminde kamu-özel

ortaklığı kullanılmıştır. Bu program altında çamaşırhane, güvenlik, temizlik, park ve yemek gibi tıbbi olmayan hizmetlerin sağlanması için özel firmalarla sözleşmeler yapılmıştır. İngiltere’de hükümeti 2007’ye kadar 155 adet hastane projesi için 8.5 milyar pound harcamıştır. Bu projelerin devamı olarak 15.5. milyar pound harcanması planlanan KÖO hastane programı bulunmaktadır. Bu program için harcanan paranın 2014’e kadar 90 milyar poundu bulması beklenmektedir (Barlow, Eylül 2007; Shaoul ve diğerleri, 2008).

KÖO hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin kontrol edilmesi için güçlü bir araç olmasına karşın, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ulaşım, finansman, dikey ve yatay hastane birleşmeleri ile hastaneler arasındaki rekabet olgusuna dikkat etmesi gerekmektedir. KÖO kamu hastanelerinin klinik olmayan hizmetleri, klinik destek hizmetleri, spesifik klinik hizmetleri dışardan (özel firmalardan) satın alması şeklinde olabilir. Ayrıca KÖO kamu hastanesinin özel yönetimi; yeni bir kamu hastanesinin özel firma tarafından finansmanı, inşaa edilmesi ve tekrar kamuya kiralanması; kamu hastanesinin özel firmaya satımı (özel firma, tesisi yine hastane olarak işletmelidir) ve alternatif kullanım için kamu hastanesinin özel firmaya satımı (Satış sözleşmesi gereği tesisi firma hastane olarak işletmeyebilir. Örneğin, otele dönüştürebilir) şeklinde uygulamalara yer verilebilmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.1-2; Roth, 1987, s.123-145; Yescombe, 2007, s.43). Londra’da West Middlesex Hastanesi vakası kamu sektörü için ödenen paranın karşılığının alındığı imtiyaz projelerine iyi bir örnektir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

2.3. Dünyada Kamu-Özel Ortaklığı Uygulamaları

KÖO birçok ülkede uzun bir geçmişe sahiptir, fakat daha popüler olması 1980’li yıllarda gerçekleşmiştir. Bu yıllarda özel sektörün kamu sektöründe kullanılması düşüncesi gündeme gelmiş ve kamu mal ve hizmet sunumunda piyasa koşulları uygulanmaya başlamıştır (Morledge ve diğerleri, 2006, s.233-249). 1990’lı yıllara gelindiğinde birçok ülkede piyasa tabanlı felsefe ve yeni kamu yönetimi fikri kamu yönetimini etkisi altına almıştır. Kamu ve özel sektör arasında daha fazla ortaklık oluşması, taraflar ve imzalanan anlaşmalar gereği iç bağımsızlığın artması ve daha karmaşık sorunların çözülmesi gereği bu durumu ortaya çıkarmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006; Hemming, 2006, s.58).

1990'lı yıllarda İngiltere'de KÖO programının geliştirilmesinin ardından, hem Avrupa'nın diğer yerlerinde hem de dünyanın başka birçok yerinde, giderek artan sayıda ülke KÖO programı başlatmış ve bunun ihraç edilebilir bir kavram olduğunu göstermiştir (IFSL, 2003; Schmidt ve Moisa, 2003; Stone, 2004; Ellis, 2008a; Ellis, 2008b; Holden, 2009).

Dünyada KÖO çok çeşitli sektörlerde uygulama alanı bulmaktadır. İlk projeleri gölge geçiş ücreti esasına dayalı modellerden oluşan ulaştırma sektörü, çoğu zaman önde gelmektedir. Uygulamalarda ulaştırma sektöründeki KÖO'ları demiryolu ve şehir ulaşımını da içermektedir. KÖO'larda önemli payı olan diğer sektörler ise eğitim, savunma, su, sağlık ve cezaevleri KÖO'larıdır (IFSL, 2003).

KÖO modelleri geliştiren başlıca Avrupa ülkeleri arasında İrlanda, Portekiz, İspanya, İtalya, Almanya, Yunanistan ve Hollanda bulunmaktadır. Orta ve Doğu Avrupa'da Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Bulgaristan ve Litvanya dahil birçok ülke, çok önemli altyapı ihtiyacıyla beraber ciddi bütçe kısıtlamaları nedeniyle KÖO'larını başlatmıştır (IFSL, 2003).

Avrupa dışında, en büyük ilgi ise Avustralya, Japonya, Kanada ve Güney Afrika'dan (Canadian Union of Public Employees (CUPE), 8 Mart 2006; National Treasury PPP Unit, 2007; South African Public Private Partnerships, t.y.) gelmiştir. Bu ülkelere yukarıda sayılanlar dışında KÖO'nı sınırlı şekilde uygulamaya başlayan Kuzey ve Güney Amerika, Arjantin, Brezilya, Şili, Meksika, Uzak Doğu ve Pasifik'de ise Yeni Zelanda, Güney Kore, Hong Kong ve Singapur'u eklemek doğru olacaktır. Hong Kong ve Singapur'da KÖO'lar özelleştirme programı ile birlikte geliştirilmektedir. 2000 yılından bu yana, birçok ülke KÖO programlarını geliştirmek üzere merkezi yönetim birimleri kurmuştur (IFSL, 2003).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) KÖO'nın en uzun geçmişe sahip olduğu ülkedir. ABD'de KÖO 1950 ve 1960'larda bölgesel ekonomik kalkınma ve şehir içi altyapı yatırımlarına özel sektörü çekmek için bir araç olarak kullanılmıştır (Stephenson, 1991, s.109; Linder, 1999, s.35-51; Moulton ve Anheier, 2001). 1980'ler boyunca KÖO giderek özelleştirmeye kayan bir hal almıştır. Bu kapsamda özel tedarikçilerin mal ve hizmetleri daha düşük maliyet ve daha yüksek kalitede sunabileceği varsayımı ile kamunun iş ve sorumlulukları giderek azaltılmıştır (UN,

1993, s.27; Linder, 1999, s. 35-51; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006; Hemming, 2006, s.9).

Avrupa'nın diğer ülkeleri de 1980'lerin sonlarında KÖO'nu kullanmaya başlamıştır. Örneğin, Hollanda'da KÖO fikri 1986 hükümet politika açıklamasında açıkça yer almıştır. Zengin bir ülke olan Norveç'te son yıllarda özellikle birçok altyapı çalışmalarında KÖO uygulanmaktadır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

Avrupa ve Amerika dışında KÖO uygulama örnekleri de mevcuttur. Örneğin Avustralya'da 1990'ların başında altyapıların yenilenmesi konusunda kamu-özel işbirlikleri kullanılmıştır. 1990'ların ortalarında gerçekleştirilen ilk projeler otoyol, hastane, su ve enerji alanında gerçekleşmiştir. 1990'ların sonlarında havaalanları, stadyumlar, limanlar bu yöntemle yapılmıştır. 2001'de ise bu listeye savunma, okullar ve mahkemeler de eklenmiştir. Avustralya örneği maliyet etkili, erken proje teslimi, yenilikten (Barlow, 2008, s. 1401) elde edilen başarı, bazı proje ve finansman riskinin özel sektöre devri ve vatandaşa sunulan hizmetin ulaşılabilir ve kaliteli olması gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkarmıştır (English, 2007a, 313-336).

Belçika, Fransa, Almanya, Yunanistan İrlanda, Portekiz ve İspanya kapsamlı KÖO yasalarına sahiptir. Merkezi hükümet düzeyinde KÖO birimleri kurulmuştur. Bu birimlerin amaçlarından birisi KÖO'nu organize etmektir. Üye ülkeler KÖO'nu taşımacılık, halk sağlığı, eğitim ve ulusal güvenlik gibi altyapı projelerinin gerçekleştirilmesi için gerekli bir yapı olarak görmektedir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006). Avrupa Topluluğu mevzuatı KÖO için özel kurallar içermemektedir. Fakat üçüncü şahıslarla yapılan sözleşmeler 1957 Roma Anlaşmasında belirtilen prensip ve kurallara tabidir. Bu kurallar: eşit muamele, şeffaflık, ölçülülük, karşılıklı tanınma prensiplerinden oluşmaktadır. Ayrıca AB, üye ülkelerin KÖO uygulamalarında sorunların çözümü için yeni direktifler içeren bir "Yeşil Rapor" yayınlamıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006). Yeşil Rapor Avrupa düzeyinde geçerli yasal bir çerçevenin oluşturulması, tamamlanması ya da açık hale getirilmesi ile ilgilenmektedir.

Avrupa'da bazı ülkeler KÖO uygulamalarında ileri düzeyde gelişme gösterirken bazıları orta düzeyde bazıları ise henüz başlangıç düzeyinde gelişme göstermektedir. Ayrıca bazı sektörler diğer sektörlerle göre KÖO uygulamaları için daha uygundur. Örneğin ulaşım sektöründeki KÖO'larında ödenen paranın karşılığı

sağlanırken uygulama örnekleri yeni başlayan sağlık ve eğitim gibi sektörlerde henüz bu başarı sağlandığını gösterememiştir (Renda ve Schrefler, 2006, s. 1). KÖO'nun genişlemesinde politik beklentilerin etkisini de küçümsemek gerekir. Sağlık, eğitim ve hapisane hizmetleri gibi geleneksel olarak kamu sektörünün ana faaliyet alanındaki sektörler için bazı yenilikçi KÖO modelleri geliştirmelerine rağmen bazı AB üyesi ülkelerde bu alanlarda KÖO kullanımı hala tabudur (Renda ve Schrefler, 2006, s.2; McKee ve diğerleri, 2006, 890-896; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.126).

KÖO uygulamaları açısından bakıldığında AB üyesi ülkeler 3 grupta incelenebilir: İngiltere, bazı açılardan Fransa, Almanya, İrlanda ve İtalya gibi “KÖO’na ileri düzeyde uyum sağlamış” ülkeler; İspanya ve Portekiz gibi henüz tüm sektörlerde olmasa da KÖO’nda kapsamlı bir başarı göstermiş olan “orta düzeyde uyum göstermiş ülkeler ve Lüksemburg ve İsveç gibi KÖO uygulamalarında henüz başlangıç düzeyinde olan “geç takip eden (latecomers)” ülkeler olarak sınıflandırılabilir (Torres ve Pina, 2001, s.610-613; Renda ve Schrefler, 2006, s.2; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s. 119; Barlow, 2008, s.1392-1401).

KÖO uygulamalarında bazı AB ülkeleri özellikle dikkat çekmektedir. Bunlardan birisi Yunanistan örneğidir (Korres, 2008). Yunanistan’da Atina Uluslar arası Havalimanı, yollar, spor ve sosyal tesisler gibi projelerde ileri düzeyde KÖO uygulamalarından yararlanırken diğer sektörlerde uygulamamaktadır (Besley ve Ghatak, 1999; Renda ve Schrefler, 2006, s.3; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.59, 74). Merkez ve Doğu Avrupa ülkeleri ise eski üye ülkelerin deneyimi ile karşılaştırıldığında KÖO sözleşmeleri için yeterli uzman ve uzmanlık kapasitesine sahip olmadığı için önemli zorluklar yaşayan ülkelerdir. Bu ülkelerde KÖO’nın en yaygın başarısızlık sebebi, Polonya ve Macaristan örneklerinde görüldüğü gibi, hizmetler için potansiyel talebin yanlış tahminlenmesi, başlangıçta özel sektöre devredilen talep riskinin sonradan kamu tarafından üstlenilmek zorunda kalmasıdır. Bunların yanında Çek Cumhuriyeti hükümet bütçesinden ayrı bir kaynak aktarmak zorunda kalmadan başarıyla altyapı hizmetlerinin nasıl yapılabileceğine ilginç bir örnektir (Renda ve Schrefler, 2006, s.3).

2.3.1. İngiltere Örneği

Dünyada KÖO uygulamalarını kurumsallaştıran ilk ülke İngilteredir. İngiltere’de eğitimden sağlığa, hapishanelerden çöp atık sistemine kadar pek çok alanda, 900’den fazla projenin gerçekleştirilmesi için KÖO yöntemleri kullanılmıştır. İngiltere KÖO yönteminin diğer ülkelerde de kurumsallaşması için çalışmalar yürütmektedir (Schneider, 1999; Stone, 2004; Holden, 2009).

KÖO kavramı, İngiltere’de kamu varlıklarının finansmanı için özel sermaye kullanımını daha önce ciddi biçimde kısıtlayan kuralların 1989 yılında yürürlükten kaldırılmasından sonra, 1992 yılında gerçekleşmiştir. Amaç, KÖO’yi sağlık ve yerel yönetim gibi sektörlerde yaygınlaştırmaktır. Ancak bu 1990’lı yılların ortalarında eşgüdüm eksikliği ve çok az zamanda çok fazla sayıda projenin ele alındığı doğrudan ve yetersiz özelleştirme ve projelerde mali olarak karara varılmasını zorlaştıran bir dizi engel bulunması yüzünden engellenmiştir (IFSL, 2003; Flinders, 2005, s.220).

Özel Finansman Girişimi İngiltere’de hükümetin en yaygın kullandığı KÖO modelidir. Bu model hükümetin daha önceki girişimleri sonucu gelişmiş; özelleştirme ve eksiltme ile başlayan sürecin üçüncü aşaması olmuştur (IFSL, 2003). 1990’lı yılların başlarından bu yana toplam olarak 24 milyar pound tutarında KÖO projesi imzalanmıştır. Bu tutarın 17 milyar pound kadarı, yani üçte ikisinden fazlası, 1997 yılında KÖO tipi projelere ilişkin engellerin kaldırılmasının ardından gerçekleşmiştir ulaştırma Bakanlığı tarafından yaptırılan projeler, imzalanan anlaşmaların üçte birinden fazlasını oluşturmuş, ayrıca sağlık, savunma ve eğitim bakanlıklarının önemli payları olmuştur (IFSL, 2003; Flinders, 2005, s.221). İngiltere bu tarihten itibaren 2004 yılının sonuna kadar 677 KÖO projesiyle KÖO’nda çok uzun yol katetmiştir. KÖO özellikle 2000’den sonra hız kazanmış ve toplam kamu yatırımlarının %11’ini oluşturmuştur. HM Treasure’un 2003 yılındaki son raporuna göre, KÖO’nın kilit sektörü 34 den fazla hastane ve 119 sağlık planıyla sağlıktır. Sağlığı 239 yeni okul binası ve onarımıyla eğitim, bölgesel idari yatırımlar (itfaiye ve polis istasyonları), atık ve su projeleri ile ulaşım ve savunma takip etmektedir. Projelerin parasal değerleri göz önüne alındığında ise resim değişmektedir. 2004 yılı sonuna kadar imzalanan KÖO projelerinin yaklaşık %51’i demiryolu sektörüne (Londra’da 3 yeraltı treni projesi, Channel Tunnel Demiryolu bağlantısı) aitken %11’i sağlık projelerine, %7’si eğitim ve %3’ü hapishane projelerine aittir. Karayolu

ve köprü projeleri toplam KÖO projelerinin % 9'unu oluştururken, hava trafik kontrolü ve su tedarik projeleri %13'ü oluşturmaktadır (Flinders, 2005, s.220; Renda ve Schrefler, 2006, s.1-11).

Tablo 2.6. İngiltere'nin gerçekleştirdiği bazı KÖO projeleri Kaynak:<http://en.wikipedia.org>

Bölge	Proje	Maliyet	Kamu kurumu	Sektör
Berlin	İngiltere Büyükelçiliği		Yabancılar ofisi	Merkez yönetim
Coventry	University Hospital Coventry	£410 Milyon	University Hospitals Coventry and Warwickshire NHS Trust	Sağlık
Herefordshire	Whitecross Yüksek School	£18 Milyon	Herefordshire County Council	Eğitim
Kent	Medway Police HO	£30 Milyon	Kent Police	Güvenlik
Kent	Princess Royal University Hospital		Bromley NHS Trust	Sağlık
Leeds	Newsam Centre at Seacroft Hospital	£47 Milyon	Leeds Mental Health Teaching NHS Trust	Sağlık
London	National Physical Laboratory			Merkezi yönetim
London	Queen Elizabeth Hospital		Queen Elizabeth Hospital NHS Trust	Sağlık
National	Future Strategic Tanker Aircraft	£10Milyar	Royal Air Force	Savunma
National	The STEPS Deal		Inland Revenue	Merkezi yönetim
Northern Ireland	Balmoral Yüksek School	£17Milyon	Belfast Education and Library Board	Eğitim
Scotland	Skve Bridge	£93 Milyon	Scottish Office	Ulaşım
Worcester	Worcestershire Royal Hospital	£95 Milyon	Worcestershire Hospitals NHS Trust	Sağlık

İngiltere'de KÖO ile ilgili merkezi bazda tüm sektörlerle ve yerel yönetimlere yardım sağlayan bir ünite oluşturulmuştur (Flinders, 2005, s.220). Hazine özel görev gücünün kurulması, başlıca ticari sorunlara eşgüdümlü ve standart bir yaklaşım getirmiştir. Özellikle KÖO tipi projelerde kullanılmak üzere bir rehber yayınlanması, verimliliğin artmasına yardımcı olmuştur. Hazine Görev Gücü'nün işi daha sonra iki organizasyon tarafından geliştirilmiştir. Bunlar:

Partnerships UK: İngiltere'de KÖO'ların oluşturulmasında çok önemli bir rol oynamakta ve bunların denizaşırı ülkelerde geliştirilmesine destek olmaktadır. Hazine Görev Gücü gibi Partnerships UK de özel sektörün uzmanlığı ile güçlü bir kamu sektörü misyonunu birleştirmiş ve kendisini de bir KÖO haline getirmiştir.

Devlet Ticaret Bürosu: Kamu sektöründe ticari faaliyetlerin tedariği ve sunumu sırasında ödenen paranın karşılığının sağlanması amacıyla katalizör olarak merkezi ve yerel yönetimlerle birlikte çalışır. Bu, tedarik, proje, program, risk ve hizmet yönetimindeki en iyi uygulamalarla ilgili bir rehber hazırlamayı ve dağıtmayı sağlamaktadır. Bu rehber, geleneksel tedarik ve KÖO'lar dahil, tüm tedarik biçimlerini kapsamaktadır.

İngiltere’de KÖO’nı geliştirmek amacıyla birçok çalışma yürütülmüştür. Bunlar:

1. Projeye odaklanma: Sağlık ve yerel yönetim dahil olmak üzere birçok sektör için öncelik sırasının belirlenmesi, kamu sektörü ve özel sektör kaynaklarının nispeten daha az sayıda olan ve yerine getirilme şansı makul bir düzeyde bulunan öncelikli projelere odaklanmasına olanak sağlamıştır.
2. Teknik engellerin ortadan kaldırılması: Hükümet, KÖO’ların varolan yasal çerçeveye uygunluğu konusunda özel sektörün endişelerini gidermek amacıyla bazı alanlarda yeni yasalar çıkarmıştır.
3. Esnek KÖO yaklaşımı: Tasarla, yap, finanse et ve işlet modeline (TYFİ) dayanan tipik KÖO, birçok tesisin teslimine uygun hale getirilmiştir. Bununla beraber, özellikle yeni yatırım gerektirebilecek durumlarda, istenen hizmetlerdeki değişikliklere esneklikle karşılık verebilmek için özel sektörün sözleşme yapısı içinde sınırlı olanağı bulunmaktadır. Bu değişiklikler, kamu sektörü tarafından daha önce kolaylıkla tahmin edilemeyen politika farklılıkları veya teknolojik gelişmeler nedeniyle ortaya çıkabilir. Bu nedenle, KÖO’nın diğer modelleri geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları TYFD, YİD, YİS ve TYFİ’dir. Ancak esnekliğin artırılması, her bir KÖO’nın her projenin koşullarını karşılayacak şekilde biçimlendirebilmesi anlamına gelmektedir.

Uygulama deneyimleri ve kurumsallaşmış bir KÖO yapısı İngiltere’de özellikle danışmanlık sektörünü geliştirmiştir (Spackman, 2002). Bu danışmanlık firmaları sahip oldukları know howları diğer ülkelere pazarlamaktadırlar (Stone, 2004; Holden, 2009). Bu ülkelerden birisi de Türkiye’dir. Özellikle henüz kurumsallaşamamış ülkelere yabancı yatırımcıyı çekebilmek için bu firmalar aracılık etmektedir (Tekin ve Çelik, 2010).

2.3.2. Amerika Birleşik Devletleri Örneği

Amerika Birleşik Devletleri genellikle diğer ülkelerle kıyaslandığında kamu altyapı tedarikinde özel sektörün görece çok geniş rol oynadığı bir ülkedir. ABD’de

KÖO'nun en yaygın uygulandığı sektör su ve atık sudur. Belediyelerin yaklaşık %15'i bu yolla projelerini gerçekleştirmektedirler. 1980'lerden beri özel hapishane sektörü önemli bir gelişme göstermiştir. Bu alanda genellikle Franchise yöntemi kullanılmaktadır (Yescombe, 2007, s.39-41).

Amerika'da son zamanlarda ulaştırma sektörü için büyük ölçüde KÖO'larından yararlanılmaktadır. 19. yy boyunca karayolları büyük ölçüde özel sektör finansmanı ile gerçekleştirilmiştir. 20. yy'ın ilk yarısında kamu fonu ile otoyol ve köprü inşaatları gerçekleştirilmiştir. 1950'lerin sonlarına doğru gerçekleştirilen yeraltı treni projelerinin finansman kaynakları yakıt ve araçlardan alınan vergilerle sağlanmıştır. Ancak artan yatırım miktarı, yönetimleri yeni finansman kaynağı bulmaya itmiştir. Bu amaçla 1990'ların başında özellikle Virginia ve California'da metro yapımında çeşitli yöntemlerle özel sektörün katılımı sağlanmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006; Yescombe, 2007, s.39-41).

2.3.3. İspanya Örneği

İspanya'da otoyol imtiyazları özel sektör tarafından geliştirilen otoyol, köprü ve demiryolu projelerinin gerçekleştirildiği 19. yy'da başlamıştır (Torres ve Pina, 2001, s.610; Yescombe, 2007, s.46-47; Allard ve Trabant, 2007, s.1). İspanya KÖO uygulamaları için ulusal bir uzmanlık merkezine sahip değildir. Ancak bu ülkede KÖO ile tedarik süreci daha hızlı ve daha düşük maliyetlidir. Bunun en temel nedeni KÖO ihalelerine başlamadan önce tasarım, planlama, çevresel etki değerlendirmesi ve danışmanlardan yararlanma konusunda kamu düzeyinde uzman bir yapıya sahip olunmasıdır (Yescombe, 2007, s.46; Allard ve Trabant, 2007, s.1).

İspanya'da özel sektör otoyol geliştirme programı 1967'de başlamış, 1976'ya kadar 1500 km'yi kapsayan 15 imtiyaz anlaşması imzalanmıştır. 1998-2003 yılları arasında toplam değeri 6 Milyar Euro'yu bulan 22 karayolu imtiyaz anlaşması imzalanmıştır. 1972'de yürürlüğe giren imtiyaz yasası başlangıçta sadece karayolu sektörü için düşünülmüşse de 2003'de KÖO modellerini kapsayan yeni bir yasal düzenleme yapılmıştır. Son yıllarda İspanya altyapı yatırımlarının yaklaşık %20'si KÖO ile gerçekleştirilmektedir (Yescombe, 2007; Torres ve Pina, 2001, s.610; Menendez, Aralık 2002; Allard ve Trabant, 2007, s.1).

İspanya'da KÖO uygulamaları bölgesel ve merkezi yönetim olarak farklı düzeylerde uygulama alanı bulmaktadır. Yerel yönetimler kendi ihtiyaçlarına uygun

projelerde KÖO uygulamalarından yararlanırken, merkezi yönetim bölgeleri aşan projelerde devreye girerek kendisi KÖO uygulamalarını kullanabilmektedir. İspanya’da 70 ve 80’lerde benzer kamu-özel işbirlikleri ile karayolu yapımları gerçekleştirilmesine rağmen ilk KÖO uygulamaları 1990’larda başlamıştır.

İspanya KÖO uygulamalarında sağlık sektöründe de hızlı bir ilerleme göstermektedir. The Madrid Nuevas Infraestructuras Sanitarias 2007 Madrid’de 9 hastane projesi geliştirmiştir. Şimdiye kadar 2004’de yalnızca 1 hastane projesi başlamıştır. Bu proje 30 yıllık yap-işlet-bakımını yap şeklinde oluşturulmuş bir imtiyazdır. Bu deneyim başarıyla gerçekleşirse diğer projelerde uygulamaya geçecektir (Torres ve Pina, 2001, s.611; Renda ve Schrefler, 2006, s.7).

Başarıyla uygulanan KÖO uygulamaları yanında bazı sektörlerde KÖO’ları gerçekleştirilememiştir. Örneğin “Ulusal Su Yönetimi” projesi çevrecilerin muhalefeti nedeniyle hayata geçirilememiştir. İspanya’da KÖO uygulamalarında karşılaşılan en önemli engeller projelerin finansmanı ile ilgilidir. Uluslar arası sermaye piyasalarının ulaşımı bölgesel oyuncuların baskınlığından dolayı sınırlıdır. Varolan yasal çerçeve proje uygulaması sırasında ortaya çıkabilecek problemler açısından finansman tarafının hakları ile ilgili olarak eksiklikler içermektedir (Torres ve Pina, 2001, s.611; Renda ve Schrefler, 2006, s.7). Son yıllarda İspanya KÖO’nı tüm sektörlerde ve tüm düzeylerde uygulayıp uygulamamak konusunda ciddi bir kamu yönetim sıkıntısıyla karşı karşıyadır (Allard ve Trabant, 2007, s.11).

2.3.4. Avustralya Örneği

Amerika gibi federal bir ülke olan Avustralya’da KÖO uygulamaları eyaletler düzeyinde gerçekleşmektedir. Bu KÖO uygulamalarının çoğu iki eyalette gerçekleşmiştir. Bunlar; New South Wales ve Victoria eyaletleridir. Hacimsel olarak bakıldığında en büyük paya otoyol projeleri sahip olmasına rağmen, özellikle Victoria eyaletinde sosyal altyapı projelerinde de KÖO’nın geliştiği söylenebilmektedir (Yescombe, 2007, s.41; English, 2007a, s.313-336; Hodge, 2007).

Victoria Department of Treasury and Finance 2000 yılında bölüm içinde bir uzmanlık birimi olarak “Partnerships Victoria” birimini kurmuştur. Sosyal KÖO projeleri bu birim altında KÖO yöntemi ile 2002 yılında Victoria Eyalet Mahkemesi Projesi ile çalışmalarına başlamıştır. Bu birimin kurulmasına kadar diğer eyaletlerle

hemen hemen aynı durumda olan Victoria Eyaleti bundan sonra KÖO'ları için yaygın kullanım alanı olan rehber dokümanlar oluşturmuş ve diğer eyaletler bu dokümanları bir standart olarak kendilerine uyarlamışlardır (Yescombe, 2007, s.41).

Avustralya Federal Hükümeti'nin KÖO'ları ile ilgili olarak dış ilişkileri kapsayan küçük bir koordinasyon birimi vardır. Bundan dolayı Victoria Eyaleti merkez hükümet ve tüm eyaletlerden üyelerin olduğu, kamu sektöründe bilgi ve deneyimlerin paylaşılması, yargılamalara karşı tutarlı bir yaklaşım geliştirmek ve ihale maliyetlerini azaltmak için 2004'de Ulusal KÖO Forumu'nu başlatmıştır (Yescombe, 2007, s.41; IFSL, 2003).

KÖO'nın Avustralya'da popüler olmasının birçok nedeni vardır. Bunlar: nüfusuna oranla kıtasal büyüklüğü, vatandaşların kamu hizmetleri ile ilgili beklentileri, Yeni Kamu Yönetimi reform gündeminin uygulanması yönünde idarenin ideolojik yaklaşımlar, vatandaşların daha fazla vergi yükü istememeleri, kamu borçlarını kontrol altına almak ve azaltma ihtiyacıdır.

1997-2004 döneminde Victoria Eyaletinde kamu hastane bakım hizmeti sunmak için altı KÖO uygulaması gerçekleşmiştir. İlk uygulamalar Latrobe Bölge Hastanesi (1997) ve Mildure Base Hospital (1999)'dır. Bu projeler KÖO'nın YSI modeli ile gerçekleşmiştir. Bu iki KÖO projesi 1 Eylül 1998'de zamanında ve mali programa uygun şekilde tamamlandıktan 2 yıl sonra başarısız olmuştur. 2002'de idare kamu ve özelden gelen yoğun eleştirilerden dolayı hastanenin tüm varlığını ve yönetimini geri almıştır. Hastanenin başarısızlığı, anlaşmanın hem kamu hem de özel taraflarının süreçte ve beklentilerdeki zayıflıkları olduğunu göstermiştir (Yescombe, 2007, s.41; English, 2007a, s.313-336).

Bundan sonra KÖO modeli değişmiştir. 2002'de Casey (daha önceki ismi ile Berwick) Hastanesi ve 2004 yılında Royal Womens Hospital anlaşmaları imzalanmıştır. Bu projeler ise KÖO'nın YSID modeli ile gerçekleştirilmiştir. Bu iki projenin ilk iki projeden iki önemli farkı vardır. İlki sözleşmeler projenin sonunda varlığın idareye devrine ilişkin bir madde içermektedir. İkincisi ise kamu hastane hizmetleri sunumu hariç tutulmaktadır. Klinik hizmetler ilgili bölge sağlık otoriteleri tarafından sağlanmaktadır. Diğer iki sözleşme (St. Vincent's Hospital ve The Austen and Mercy Hospital) ise 2004'de imzalanmıştır. Bu anlaşmalarda yeni fon düzenlemeleri, ortaya çıkan tesisin sağlamlaştırılması, yeniden tefriş edilmesi ve

geliştirilmesini de içerdği için maddesel olarak farklılık göstermektedir (Yescombe, 2007, s.41; English, 2007a, s.313-336; Hodge, 2007).

2.3.5. Güney Afrika Örneği

Güney Afrika, ekonomik büyüme açısından karmaşık bir yatırım ve finans sektörüne sahip, gelişmekte olan bir ülke olmasına rağmen, KÖO konusunda önemli başarılar elde etmiş bir ülkedir. 1990'ların ortalarında otoyol projelerinde imtiyaz yönteminin kullanılması ile KÖO uygulamalarına başlayan ülke, ilk olarak 1996 yılında Mozambik'deki Maputo Limanı ile Güney Afrikayı birleştiren N4 otoyol projesini gerçekleştirmiştir. Daha sonraki aşamada 11 tane hapisane projesinin çalışmaları başlamış, ancak maliyet hesaplamalarındaki hatalarından dolayı sadece 2 hapisane için sözleşme yapabilmiştir (Yescombe, 2007, s.47; National Treasury PPP Unit, 2007). 2007'ye kadar Güney Afrika'da 20 KÖO projesi aktif şekilde uygulanmaktadır (National Treasury PPP Unit, 2007; South African Public Private Partnerships, t.y.).

Güney Afrika'nın en kapsamlı projesi 2001 yılında Hazine kontrolünde gerçekleştirilen Inkosi Albert Luthuli Hospital projesidir. Bu hastane dünyada kâğıtsız işleyen birkaç hastaneden biridir. Hastanenin bilgi teknolojileri ve tıbbi ekipmanlarının güncellenmesinden ve tesis yönetiminden özel sektör sorumludur (National Treasury PPP Unit, 2007, s.24.).

Güney Afrika KÖO'yu bir süre yakından inceledikten sonra, 1997 yılında Hükümete bağlı bir KÖO Özel Görev Gücü, 2000 yılında da bir KÖO Birimi oluşturulmuştur. Bu birim fizibilite hazırlık aşaması sonrası, tedarik dokümantasyonu öncesi ve final dokümantasyonunun imzalanmasından önce sürece katılmaktadır. Ayrıca, 2000 yılında çıkarılan Kamu Finansman Yönetimi Yasası KÖO'ların uygulanmasını düzenlemektedir (IFSL, 2003; Yescombe, 2007,s.47; South African Public Private Partnerships, t.y.). KÖO Birimi tarafından, ağırlıklı olarak İngiltere'deki formlara dayanarak oluşturulan, standart KÖO sözleşme formları özel sektör yatırımcı ve finansörlerinin görüşleri alındıktan sonra 2004 yılında yayınlanmıştır (Yescombe, 2007, s.47).

2.3.6. Portekiz Örneği

Portekiz'in KÖO deneyimi iddialı ve öğretici bir süreç olarak tanımlanabilir. 1995'den beri çeşitli kamu sektörlerinde uygulama deneyimi olan Portekiz KÖO uygulamalarında önemli bir mesafe kaydetmiştir (Monteiro, 2005; Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6). Yaklaşık onbeş yıl önce ortaya çıkan KÖO ile kamu ve özel sektör arasında 30 yıllık sözleşmelerle bir kamu tesisinin tasarım, yapım, işletim, bakım ve onarımı ya da zaten var olan bir kamu tesisinin kullanımı özel sektöre verilmiştir.

Başlangıçta ulaştırma sektörüyle başlayan KÖO uygulamaları sağlık sektörü, su, atık tesisleri, öğrenci yurtları ve hapisanelerle ilgili projelerde de kullanılmaktadır. Portekiz diğer AB ülkeleri ile kıyaslandığında bütün KÖO yatırımları ve sektörler için yatırım miktarları açısından önemli bir noktadadır (Monteiro, 2005). Portekiz ulaştırma sektöründen sonra sağlık sektöründe KÖO programları geliştirmiştir. 10 hastanenin KÖO ile yapılması ile ilgili çalışmalar yürüten Portekiz'de sadece büyük hastane projeleri değil rehabilitasyon merkezleri ve çağrı merkezleri gibi daha küçük projeler için de KÖO kullanılmaktadır. Portekiz'de hastane KÖO uygulamalarında İngiltere örneğinde olduğu gibi yalnızca hastane yönetimi değil klinik hizmetler de özel sektöre devredilmektedir (Monteiro, 2005).

KÖO'ları finansmanının özel sektör veya kamu tarafından karşılandığı Portekiz KÖO'lığı altyapı yatırımlarını hızlandırmak ve hizmet kalitesini artırmak açısından etkili olmuştur, ancak ekonomik açıdan kamuya yeni sıkıntılar getirmiştir. Başlangıçta bütçede kısa dönemli bir rahatlama getirse de bazı uzun dönemli projelerin bütçe üzerinde önemli etkileri olmuştur. Kamu yıllık bütçeleme içinde bu uzun dönemli KÖO projelerinin maliyetlerini yeterli şekilde ele alamamıştır. Bu açıdan Portekiz'de son zamanlarda KÖO'larının uzun dönemli bütçeye etkisi, sözleşme yapıları gibi konularda kurumsal çerçevede değişiklikler yapılmaktadır (Monteiro, 2005).

Portekiz'de KÖO ile ilgili yapılan yapısal değişikliklerin başında kamu özel ilişkilerini araştırmak, veri toplamak, değerlendirmek ve tüm sektörlerde KÖO projelerinde yardımcı olmak sorumluluğuna sahip, hatta projelerin pek çok

aşamasında sürece dâhil olan bir KÖO biriminin oluşturulmasıdır. Adı “Parpublica” olan birim birçok büyük ölçekli ulaşım ve hastane projesinde yer almıştır (Monteiro, 2005). Portekizde mali yasalar KÖO ile ilgili prosedürü açıkça tanımlamaktadır. Bunlardan bazıları projeler için hangi KÖO modelinin seçileceğine finans bakanlığı uzmanlarının katkısı ile ve Kamu Sektör Karşılaştırması yapılarak karar verilebileceği şeklindedir (Monteiro, 2005; Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6)

Portekiz su ve atık yönetimi, okul, hapishane, yüksek hızlı trenler ve yeni bir uluslar arası hava alanını içeren 20 milyar Euro’luk yatırım projeleri için çalışmalarını sürdürmektedir (Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6). Sonuç olarak Portekiz’de KÖO uygulamaları kamu sektör tedariki ile karşılaştırıldığında özellikle altyapı yatırımlarında kamu hizmetleri için olumlu bir alternatif olmuştur. Ancak bu olumlu sonuç ekonomik değil daha çok etkililik analizinin sonucudur (Monteiro, 2005; Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6). Bu nedenle dikkat edilmesi gereken şey kapsamın doğru belirlenmesi, ilerideki maliyetin doğru tahmin edilmesi, gelir akışının doğru yapılması açısından gerektiğinde projelerin yeniden gözden geçirilmesi önemlidir. Sonuç olarak KÖO Portekiz’de özel sektörün artan uzmanlığına karşı kamunun insan kaynağı gücü yetersiz kalacaktır. Ancak orta vadede KÖO için özel olarak oluşturulan Parpublica SA, taraflar arasındaki bilginin toplanması, analiz edilmesi ve yayılmasını sağlayarak bu gibi sorunları ortadan kaldırmayı planlamaktadır (Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6).

2.3.7. Fransa Örneği

Fransa’nın kamu altyapı yatırımlarında imtiyaz yöntemini kullanması 17. yy’ın ortalarında Atlantik’den Akdeniz’e uzanan Canal du Midi ile başlayan uzun bir geçmişe sahiptir. 19.yy boyunca ve 20. yy’ın ilk yarısında imtiyazlar genel çerçevede atık yönetimi, şehir taşımacılığı gibi hizmet alanlarında yaygın şekilde kullanılmıştır. Enerji ve demiryolu gibi hizmet alanları da benzer şekilde imtiyazlar çerçevesinde sağlanmıştır (Yescombe, 2007, s.43).

İmtiyazlar dışında Fransa’da kullanılan KÖO türlerinden bir diğeri ise “Affermage” (Franchise) dir. Bu yöntemde kamu tarafından altyapı yatırımı yapılan bir tesis talep riskinin özel sektöre devrini öngören bir sözleşme ile işletim hakkının

özel sektöre devredilmesidir. Affermage sözleşmelerinin en yaygın kullanıldığı sektör su sektörüdür (Hall, 1998; Chong ve diğerleri, 2006, s.149-169).

Fransa sağlık ve hapishane projelerini kapsayan sosyal altyapı yatırımlarında KÖO kullanımına sektöre özel yasalar oluşturarak 2002 yılında başlamıştır. Fransa'nın 1.3 milyar Euro hapishane ve 1.4 milyar Euro hastane KÖO programları halen devam etmektedir. Genel KÖO yasasını 2004'de çıkaran Fransa karayolu sektöründe yeni imtiyaz projeleri, ücretli otoyol işletimi sektöründe ise franchise uygulamalarına devam etmektedir (Yescombe, 2007, s.43).

2.4. Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı

Ülkemizde, KÖO'nun ilk yasal zemini Osmanlı döneminde yürürlüğe giren, 10 Haziran 1326 tarihli (23 Haziran 1910) “Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun”u oluşturmaktadır. Bu kanun Cumhuriyetin kurulmasından sonra da imtiyaz oluşturan hizmetlerin özel sektöre devrinin genel yasal dayanaklarından biri olmaya devam etmiştir (Gümüştakin, 1992; Şeker, 1994, s.4; Çiçek, 2002; Yavaş, 2003; Tekin, 2004a; Tekin, 2004b; Eren, 2006; Eker, 2007; Yüzer, 2007; Tekin, 2007). Cumhuriyet dönemindeki gelişmeler ise 1980’li yıllara uzanmaktadır. 1984 tarihli, 3096 sayılı Kanun ve ardından çıkarılan 4283 sayılı Yİ Modeli Hakkında Kanun ile o dönemde öncelikli görülen elektrik üretimi alanında, YİD, İşletme Hakkı Devri ve Yİ yöntemleri uygulamaya konulmuştur (Gümüştakin, 1992). Bu yöntemler ile ülkemizin kurulu elektrik santrali gücünün (35 bin MW) yaklaşık dörtte biri tutarındaki 30 adet enerji santrali (8500 MW) işletmeye alınmıştır (Yüzer, 2007). Bunların kurulu güç açısından yaklaşık %90’ını teşkil eden 16 adet enerji santrali, Hazine Müsteşarlığı tarafından sağlanan Hazine garantileri yoluyla gerçekleştirilmiştir. Bunlara ilave olarak, 1988 yılında çıkarılan 3465 sayılı kanunla da Karayolları Genel Müdürlüğü’nün uhdesinde bulunan otoyol yapım ve bakım hizmetlerinin özel sektöre yapılabilmesi imkânı getirilmiştir.

Türkiye’de KÖO modelleri özellikle 90’lı yıllarda gündeme gelmiş, elektrik üretimi, içme suyu vb. alanlarda YİD ve Yİ türü uygulanmıştır (Gümüştakin, 1992) . Ancak siyasi, ekonomik ve hukuksal altyapı ile siyasi istikrarsızlık ve sözleşme tasarımı yapıları yapılan hatalar, kamu ve özel sektör işbirliği açısından ciddi olumsuzluklar getirmiş, kamuoyu önünde bu modellerin güvenilirliği tartışılır hale

gelmiştir. Avrupa Birliği'nin, birlik üyesi ülkelerin altyapı hizmetlerinin, KÖO modeli olarak anılan model ile sağlanması konusundaki somut düzenlemeleri ve bu konuda ayırdığı fonlar ile ülkemizde özellikle 2003 yılı içerisinde özel sektörün bu konudaki girişimleri devletçe somut adımların atılmasını gündeme getirmiştir (Gümüştekin, 1992; Tekin, 2004a; Tekin, 2004b; Tekin, 2007).

1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı Kanunla Yap-İşlet-Devret modeli “ileri teknoloji ve yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan projelerin gerçekleşmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli” olarak tanımlanmıştır. (3. madde) Bu kanunun uygulama alanının genel olarak imtiyaz sözleşmelerini içermesi nedeniyle uygulamada çıkan bazı anayasal sorunlara rağmen, bu kapsamda özellikle elektrik üretimi alanında projeler hayata geçirilmiştir.

1997 yılında çıkarılan 4823 sayılı Kanun ile de elektrik üretim tesislerinin Yap-İşlet Modeli ile kurulabilmesi sağlanarak Yap-İşlet modeli de KÖO uygulamaları arasına alınmıştır. 2006 yılında çıkarılan 5539 sayılı Kanunla bu kanunda yapılan değişiklikle bu kanun kapsamında Türkiye Elektrik İletim Anonim Şirketi (TEİAŞ) ile yapılacak anlaşmaların özel hukuk sözleşmeleri olması hükme bağlanmıştır (Tekin, 2007; Gülen, t.y.).

1999 yılında Anayasada yapılan değişikliklerle YİD sözleşmelerinin özel hukuk hükümlerine ve uluslararası tahkime tabi olma imkânı getirilerek uygulamada karşılaşılan temel sorunlar giderilmiştir. 2004 yılında 5183 sayılı Kanunla Danıştay Kanununda yapılan değişiklikle YİD ve Yİ konularında ihtisas dairesi oluşturularak yargısal alanda etkinlik artırılmıştır (Gülen, t.y.).

Yine 90'lı yıllarda Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü'nün yürüttüğü KÖO uygulamaları gündeme gelmiştir. Devlet Hava Meydanları İşletmesi tarafından, İstanbul, Antalya 1 ve 2, Dalaman, Ankara ve İzmir Havalimanları, Hazine garantisi olmaksızın YİD yöntemi ile hayata geçirilmiş veya geçirilmektedir. Benzer biçimde, Karayolları Genel Müdürlüğü Göcek Tüneli Projesini YİD modeli ile yürütmektedir (Tekin, 2004a; Tekin, 2004b; Tekin, 2007). Uygulamada ciddi başarılar elde eden DHMİ Genel Müdürlüğü 6 projeyi tamamladıktan sonra yeni bir açılım başlatmıştır. YİD dönemi sona eren, terminalerin özelleştirme yöntemi ile uzun vadeli işletme haklarını devredip kiralarak özel sektöre tekrar devretme çalışmalarını yürüttü. Bu çalışmaların özü özel sektör tarafından yapılan, bunun

karşılığında işletilen ve işletme dönemleri sona eren terminallerin yeniden devletleştirmeye gidilmeden tekrar özel sektöre devrini sağlamaktır (F.Ocak, sözlü görüşme)¹.

KÖO ile ilgili Yİ modelinin geliştirilmesi, YİD modelinde karşılaşılan problemlerin çözümlenebilmesi için bir çerçeve oluşturulması amacıyla 1998 yılında Hazine Müsteşarlığı ve Özelleştirme İdaresi'nin de katkı verdiği bir ön çalışma başlatılmıştır. Bu kapsamda DB'ndan alınan bir hibe ile çalışmanın danışmanlık ihalesi yapılmıştır. Ancak hükümet değişikliği gibi siyasi nedenlerle bu çalışma o dönemde sonuçlandırılmamıştır. 2006-2007 yıllarına gelindiğinde yine DB hibesi ile Hazine Müsteşarlığı ECORYC adlı firma ile aynı çalışmayı yeniden başlatmak üzere anlaşmış ve iki etaplı bir projenin çalışmaları başlatılmıştır. Çalışma 2. nesil KÖO'larının yapısal düzenlemeleri ile ilgili iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada KÖO'nın çerçevesinin çizilmesi ve yeniden yapılandırılması, ikinci aşamasında ise KÖO kanununun hazırlanması ve bu yapının uygulamaya geçirilmesi planlanmıştır. İlk aşamayı tamamlayan ECORYC hazırladığı raporda eğitim, standart kontratlar, merkezi birimin ve danışma kurullarının oluşturulması gerekliliği gibi bütün ana unsurlara vurgu yapmıştır. Projenin ikinci aşaması gerçekleştirilememiştir. Ancak birinci aşama sonucunda çıkan bilgiler ışığında kanun çalışmaları başlatılmış ve AKP hükümet programlarında KÖO kanununun hazırlanması görevi DPT'ye verilmiştir. Bu görev nedeniyle DPT birçok kurumun görüş ve önerilerini alarak birkaç kez KÖO Çerçeve Kanun taslak çalışması yapmıştır. Ancak taslak kanun çalışmaları bir türlü yasalaşamamıştır (A.G.Tekin, sözlü görüşme)².

2003-2004 yıllarında demiryollarında KÖO ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır. Ancak demiryolları KÖO ile ilgili mevzuat yetersizliği, tepe yönetimin kararlı olmayışı, kurum içi bilgilendirilme ve ikna sürecinin tam olarak gerçekleştirilememesi, sivil toplum örgütleri ve kuruluş arasında ortak bir mutabakat sağlanamaması nedeniyle devam edememiştir (A.K. Aksu, sözlü görüşme)³.

2005 yılında çıkarılan 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu ve nihayet 5393 sayılı Belediye Kanunu ile yerel

¹ F. OCAK, Genel Müdür Yardımcısı ve Yönetim Kurulu Üyesi, Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü, 8.9.2009.

² A.G.TEKİN, Daire Başkanı, T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi, 17.6.2009.

³ A.K. AKSU, Şube Müdürü, TCDD Genel Müdürlüğü, 27.6.2009.

yönetimlerin görev alanlarına giren yatırımlarda YİD veya Yİ modeli ile çalışmalarına imkân sağlanmıştır (Eren, 2006).

Sağlık sektöründe KÖO uygulamaları hizmet alımı şeklinde başlamıştır. 4 Ocak 1985 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın devlet hastanelerinin temizlik hizmetlerini dışarıdan (özel firmalardan) satın alması için yayınladığı genelge ile başlayan (Tatar, 1993, s.286) KÖO, temizlik hizmetleri dışında, mutfak, güvenlik, bilgisayar bakım-onarım vb. birçok tıbbi olmayan destek hizmetlerin özel firmalardan sağlanması ile devam etmiştir (Gider ve Top, 2007). İmtiyaz şeklindeki KÖO yöntemleri ise sağlıkta Kur-İşlet-Devret (KİD) modeli olarak uygulanmıştır. Kamu hastane sektöründe KİD modeli özellikle bilgisayarlı tomografi ünitesi, MR ünitesi gibi ileri düzey teşhis ve ayakta bakım birimleri için geçerlidir. Modele göre bilgisayarlı tomografi veya MR cihazı olan özel müteşebbis, cihazını bir kamu hastanesine kurarak belirli bir süre kendi adına çalıştırmaktadır. Sözleşmede belirlenen süre sonunda cihaz hastaneye devredilmektedir (Tatar, 1993, s.293-294).

Sağlık sektöründe ilk somut KÖO düzenlemesi 2005 yılında 5396 sayılı Kanunla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen bir madde ile yapılmıştır (Tekin ve Çelik, 2010, Tengilimoğlu ve diğerleri, 2010). Buna göre (Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2005): Yüksek Planlama Kurulu (YPK)'nce karar verilmesi halinde Hazine (veya gerekiyorsa şahıs) arazileri üzerine özel sektörcü yapılacak sağlık tesisleri Bakanlıkça belirli bir süre üst hakkı verilmek suretiyle kiralanacak, tıbbi hizmetler dışındaki tüm hizmetler özel sektör tarafından verilebilecektir. YKD olarak adlandırılabilen bu KÖO modeli ile ilgili uygulama yönetmeliği Temmuz 2006'da yürürlüğe girmiştir (Sağlık Hizmetlerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, 2006). Yönetmelikle beraber KÖO hastane projelerinin hazırlık çalışmaları başlamıştır (Tekin ve Çelik, Nisan 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesidir. Bu analiz kapsamında politikanın kapsamının (içeriği) anlaşılması, bu politikanın aktörleri, politikanın yanında ve karşısında yer alanlar ile henüz bu politika ile ilgili bir taraf olmayanların pozisyon ve güçleri, kaynakları, bu politika ile ilgili çıkarları veya karşı çıkış sebepleri, bu politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri, bu politikanın gerçekleştirilebilmesi için geliştirilebilecek stratejilerin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla toplanan veriler politika haritalama yönteminin Michael R. Reich ve David Cooper tarafından (1995-1997) geliştirilen PolicyMaker yazılım programı ile analiz edilmektedir.

3.2. Materyal ve Yöntem

Bu çalışmada kullanılan politika haritalama yöntemi nitel araştırma yöntemi kullanmayı gerekli kılmaktadır. Nitel araştırmalar veri toplama yöntemleri, ölçme ve önyargı gibi sorunlardan dolayı nicel araştırmalara oranla daha az tercih edilmekte ve sıklıkla kalitesi sorgulanmaktadır. Hatta bazı araştırmacılar nitel araştırmalardan elde edilen verilerin önemsiz, elle tutulamaz olduğuna inanmaktadır. Oysaki nitel veriler deneysel verilerdir ve bunlar gerçek olaylardan elde edilen dokümanlar, görüşme kayıtları, özel bir davranışın gözlemlenmesi, yazılı doküman çalışmaları veya görsel bir nesnenin incelenmesi gibi verilerden oluşmaktadır (Neuman, 2003). Bununla birlikte araştırmanın dokusu, araştırmanın konusu, elde edilmesi beklenen sonuçlar nitel yöntem kullanmayı gerektiriyorsa araştırmacı nitel yöntemin zayıf yanlarını ortadan kaldıracak bir dikkatle çalışarak güvenilir bir çalışma yapabilir. Nitekim nicel yöntemin en çok kullanıldığı sağlık alanındaki çalışmalarda bile artık nitel yöntem kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır (Mays ve Pope, 2000, s.50-52).

Politika analizinin iki önemli amacı vardır. Bunlardan ilki, neden bazı sorunlar için politik farkındalık varken diğerlerinde olmadığını açıklamak, diğeri ise paydaşların politik reformlara neden destek ya da karşı olduklarını açıklamaya yardım etmektir. Bunun yanında politik kararın hesaplanmamış sonuçlarını tanımlayabilir, politikanın başarıyla geliştirilmesini ve uygulanmasına yardımcı olur

(Gilson ve diğerleri, 2008, s.291-293). Politika geliştirme sürecini yönetmek oldukça zor bir iştir. Bu zorluk sağlık politikaları için de geçerlidir. Sağlık reformları ile sağlık sistemi içinde kaynakların yeniden dağıtımı, bazı grupların çıkarlarında değişiklik, bazı gruplar için yeni faydalar, bazı gruplar için ise yeni maliyetler getirdiği için politika sürecinin anlaşılması önemlidir. Sağlık reformunun başarılı olabilmesi için başarılı bir politika yönetimi, politikanın uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi, politikanın tasarım ve kabul sürecinin iyi yönetilmesi ve uygulamaya geçirilebilmesi için stratejiler yaratılması gerekmektedir. Reformcular özellikle gelişmekte olan ülkelerde çıkar gruplarını, bürokratları, teknokratları ve uluslararası kurum temsilcilerinin politikayı desteklemesini sağlayabilmek için politik stratejilere ihtiyaç duyarlar.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikası karar verme süreçlerinin anlaşılması zordur. Politika oluşturma süreci politikanın dışında yer alanlar için bulanık, içeridekiler için ise kararın kim tarafından ve nasıl verileceği konularında belirsizlik taşır. Çoğunlukla resmi yapı içinde sunulan politika süreci için gerçek karar verme süreci oldukça farklı gelişmektedir. Bu süreci anlamak politikanın analiz edilmesini gerektirir. Politika analizi için birçok yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden bir tanesi de politika haritalama yöntemidir (Crosby, 1992; Reich, 1994; Walt ve diğerleri, 2008).

Politika haritalama yöntemi, politika değişikliklerini hızlı şekilde değerlendirmeye imkân tanıyan sistematik bir araçtır (Nash ve diğerleri, 2006). Politika haritalama sağlık politika uygulamaları ve formülasyonu süreçlerinde kurumların etkili strateji geliştirmesine yardım etmektedir. Bunun yanında önerilen politikaların politik uygunluğunu artırmaya yardımcı olur. Yöntem konu ile ilgili önemli grupların desteğinden emin olmak için, politika içeriği ve süreci tanımlamak ve zor olan sağlık politikası konusunda karar vericilerin görüş birliğine varmalarına yardım etmek üzere tasarlanmıştır. Politika haritalama yöntemi sağlık politikaları dışında yer alan diğer kamu politikaları için de uygulanabilir bir araçtır (Reich, 1994).

Politika haritalamanın temel amaçları tanımlayıcı, açıklayıcı ve yol gösterici (prescriptive) oluşudur (Reich, 1994). **Tanımlayıcı olarak**; belirli bir kararda yer alan kişileri, ağları, kaynakları ve sonuçları tanımlar. **Açıklayıcı olarak**; politik süreç

aracılığıyla belirli bir politikaya geçmişte neden ve nasıl karar verildiğini açıklar. **Yol gösterici olarak**; özel bir kararın formüle edilmesi ve uygulanması için etkili stratejiler seçilmesinde karar vericiye yardım eder.

Politika haritalama her şeyden önce özel bir sağlık politikasında yer alan sorunlar, baş aktörler, kaynaklar ve ağları tanımlamak üzere 6 adımlı bir izlek sağlamaktadır. Birçok durumda bu politik bilgi sağlık politikasında yer alan kişilerce çok iyi bilinir, fakat veriler sistematik şekilde organize edilmez. Politika haritalama politika uygulamaları ve politikanın potansiyel etkilerini değerlendirmek için özel bir politika ile ilgili gerekli bilgileri bir seri teknik ile toplama ve ortaya koyma imkânı sağlar.

Politika haritalama, belirli bir politik gündem ortaya koymak isteyen kişi veya kurumlara yardımcı olabilir. Bu yöntem alınan kararın uygulanacağı politik ortamı analiz eder. Özel bir politikayı gündemine almış, sınırlı kaynak ve etkiye sahip idare dışı kurumlar kadar önerilen politikanın politik uygunluğuna önem veren, kaynakları ve kontrol gücünü elinde tutan karar verici idareler de bu yöntemin potansiyel kullanıcılarıdır. Politika haritalama önerilen politikalara karşı diğer grupların istekliliğini artırmak için idare tarafından kullanılabilir. Aynı zamanda politika yapma sürecinde küçük bir resmi güce sahip grupların sesini artırmak için de kullanılabilir. Bu yöntemin farklı kullanıcıları olduğu için, politika haritalamada kullanılan bilgi özenle işlenmelidir (Reich 1994). Politika haritalama yöntemi ile yapılan çalışmalar ve bu çalışmalarda kullanılan yöntemler Tablo 3.1’de verilmiştir.

Politika haritalama, sağlık politikası yapımını etkileyen süreçleri tanımlamak için mantıklı bir düzende 6 adımdan oluşmaktadır. Bunlar politikanın sonuçları, pozisyon haritalama, paydaş analizi, politika ağı analizi, geçiş değerlendirme ve değişim stratejileridir. Bu altı adımdan çıkarılan sonuçlar ilgili politika için elde edilen bilgilerin sistematik şekilde sunulduğu bir seri tablo ve grafik ile sunulmaktadır.

Bir politika içinde yer alan paydaşların ve bunların ilişkilerinin tanımlanması ve fırsat/engellerin değerlendirilmesinde farklı yöntemler vardır. Bunlardan bir tanesi, politika yapıcılara, kimlerin bu politikayı desteklediğini, kimlerin neden karşısında olduğunu ve hangi stratejilerin bu politikayı gerçekleştirmeye yardımcı

olacağını anlamalarını sağlayan, bilgisayar tabanlı politika analiz aracı, PolicyMaker'dır (Swart ve Reddy, 1998; Aliyu, 2002; Sava ve Wenzel, 2005).

Tablo 3.1. Politika Haritalama yöntemi ile yapılan çalışmalar ve bu çalışmalarda kullanılan yöntemler.

	Araştırmacı	Yayın	Yöntem
1.	Kajula, P.W., Kintu, F., Barugahare, J. ve Nema S.	“Political Analysis of Rapid Change in Uganda's Health Financing Policy and Consequences on Service Delivery for Malaria Control” International Health Management, 2004, 19:133-153.	8 Odak grup görüşmesi 28 Politaka aktörü ile görüşme
2.	Krajewski-Siuda, K., Romaniuk, P. ve Gericke, C.A.	“Political Analysis of The Conception of The Polish National Health Fund” Journal of Public Health, 2008, 16:153-159.	Resmi Politika dokümanlarının taranması, Politikacıların medyada yerel açıklamaları, Resmi doküman ve raporlar, PolicyMaker Programı ile analiz.
3.	Glassman, A., Reich, M.R., Laserson, K. ve Rojas, F.	“Political Analysis of Health Reform in The Dominican Republic”, Health Policy and Planning, 1999, 14 (2):115-126.	Basılmış, basılmamış tüm dokümanlar, Ulusal basında yer alan belgeler, 35 Politika aktörü ile görüşme, 3 Bakanla derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak politika tanımlama, Kilit aktörlerle yapılan görüşmelerle stratejiler geliştirme, PolicyMaker Programı ile analiz.
4.	Swart, D. ve Reddy, P.	“Strengthening Comprehensive Tobacco Control Policy Development in South Africa Using Political Mapping”, South African Medical Research Council ve International Tobacco Initiative tarafından desteklenen bir proje, 1998.	Literatür taraması, Kilit aktörlerle görüşme ve tartışmalardan toplanan veriler, PolicyMaker Programı ile analiz.
5.	Aliyu, Z.Y.	“Policy Mapping for Establishing A National Emergency Health Policy for Nigeria”, BMC Int. Health and Human Rights, 2002, 2:5.	Literatür taraması, Politika dokümanlarından politika içeriği, Uzman görüşmeleri ve fikir toplantılarından toplanan veriler, PolicyMaker Programı ile analiz.
6.	Varvasovszky, Z. ve McKee, M.	“An Analysis of Alcohol Policy in Hungary: Who Is in Change?”, Addiction, 1998, 93:12, 1815-1827.	Kilit aktörlerle görüşme, Yerel kilit yöneticilerle telefon görüşmesi, Yarı yapılandırılmış ve çalışmanın amacına uygun hazırlanmış bir soru formu, Snowball tekniği ile belirlenen 46 kişi ile 45-50 dakikalık görüşmeler, Politika haritalama ve paydaş analizi,

PolicyMaker tüm dünyada resmi kurumlar, taraftar gruplar, özel şirketler, uluslararası acenteler, büyük üniversitelerden akademisyenlerce kullanılmıştır. Ulusal düzeyde Latin Amerika, Avrupa, Asya, Afrika ve eyalet düzeyinde Amerika’da sağlık sektörü reform politikalarının analizinde kullanılmış ve test edilmiştir. Ayrıca Afrika, Latin Amerika, Avrupa ve Amerika’da kurumlarda politika analizi uygulamalarında yer alan profesyonellerin eğitiminde de kullanılmıştır (Swart ve Reddy, 1998; Varvasovszky ve McKee, 1998; Glassman ve diğerleri, 1999; Aliyu, 2002; Kajula ve diğerleri, 2004; Krajewski ve diğerleri, 2008). Bu deneyimler PolicyMaker programının kamu politikalarında yer alan politika sürecini tanımlamada, geçmişte alınan kararların nasıl verildiğini ve politik kararların politik dinamiklerini gerçekleştirmek için strateji önermede etkili bir araç olduğunu göstermektedir.

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında PolicyMaker ile elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmaktadır. Bunlar:

- Politikanın oluşturulduğu koşulların anlaşılması,
- Politika ile çözülmeye çalışılan sorunların hızlı şekilde anlaşılması,
- Politika sürecinin anlaşılması,
- Politikanın başarıyla uygulanabilmesine yardımcı olacak stratejilerin geliştirilmesi,
- Politikanın etkisini artırabilecek fırsatlar ve daha önce düşünülmemiş etkilerini görebilme imkânı sağlamadır.

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında PolicyMaker Programının avantajları aşağıda sıralanmaktadır. Bunlar:

- Öncelikle yazılım, belirli bir politika için mevcut politik koşullarda politika aktörlerinin analiz edilmesini sağlayan politika haritalama yöntemini kullanmaktadır. Bu teknik politika ile ilgili baş aktörlerin gücünü ve pozisyonunu değerlendirmektedir. Aynı zamanda politikayı destekleyenler, karşı çıkanlar veya henüz bir tarafta yer almayanların bir haritasını oluşturmaktadır. Bu harita politika yönetim stratejileri geliştirmede temel oluşturmaktadır.

- İkinci olarak yazılım, bir politikanın politik açıdan uygunluğunu ölçmek için politik risk değerlendirme tekniklerini içerir. Bu teknikler kullanıcı tarafından yapılacak değişikliklere uygundur.
- Üçüncü olarak, PolicyMaker programı, politikanın uygulanabilirliğini artırabilecek stratejiler önermek için kuralcı bir karar sistemi ve kurumsal analiz yöntemlerini kullanır. Yazılım 31 temel politika stratejisi içermektedir. Bu stratejilere kullanıcı tarafından çalışmaya konu olan politikanın uygulanabilirliğini artıracak şekilde politikanın taraftarlarının sayısını, pozisyonunu ve gücünü etkileyebilecek yeni stratejiler eklenebilmektedir.

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında PolicyMaker Programının sınırlılıkları ve potansiyel riskleri aşağıda sıralanmaktadır. Bunlar:

- Yazılım kullanıcının kaydettiği bilgiler ışığında gerek politika yapma süreci ile ilgili, gerekse politik aktörlerin özellikleri ve geliştirilecek stratejilerle ilgili olarak bir takım varsayımlarda bulunur. Bu nedenle programın güvenilirliği analizi yapan kişinin yargıları ve varsayımların kalitesi ile sınırlıdır.
- Bu yöntemde aktörlerin güç ve pozisyonlarına ilişkin bilgiler öznel bir değerlendirme ile elde edildiğinden analizi yapan kişinin bilgi düzeyi güvenilirliği verilerin güvenilirliğini, analizleri ve yorumları etkileyebilmektedir. Elde edilen sonuçlar politika yapıcılarının ve analistlerin güç ve çıkarlarından dolayı önyargı riski taşıdığı için çoğunlukla yorum ve yargılama yapmayı gerektirir.
- PolicyMaker programı analitik bir modele sahiptir. Yazılım aktörlerin gücü, pozisyonu ve politikanın gerçekleşmesi için kararlılık gösterenlerin sayısından oluşan üç faktörün nicel değerlendirmesi için geliştirilmiş bir formül yardımıyla politik uygulanabilirlik indeksinin hesaplandığı bir algoritma kullanmaktadır. Uygulanabilirlik algoritması ile politik uygulanabilirliği değerlendirmede çeşitli şekillerde değişiklik yapılabilmektedir. Fakat bu model varsayımlarla sınırlıdır.
- Politika oluşturma süreci doğası gereği durağan bir süreç değildir ve şartlar sürekli değişebilmektedir. Analizcinin rolü politika oluşturma süreci ve politika analizi arasındaki etkileşimi doğru biçimlendirmektir. Nitekim

PolicyMaker programında analizci, bu sınırlılıktan dolayı, gerçekler ile tamamlanan analizi birbirine karıştırmama konusunda uyarılmaktadır.

- Program kusursuz değildir. Bu nedenle veri toplama ve analiz aşamalarında potansiyel önyargılara karşı her adım dikkatle atılmalıdır. Önyargılara karşı politika yapma sürecinde yer alan güvenilir kaynaklarla sık sık görüşmekte ve mümkünse hem içerden hem de dışarıdan analizcilerin yer aldığı bir ekip ile bu analizleri gerçekleştirmekte fayda vardır.
- Son olarak PolicyMaker Programı ilgili politikanın etik ya da teknik açıdan doğruluğunu değerlendiremez. Program politikanın tasarımında yardımcı olur ancak politika yapıcılara hangi politikanın doğru ya da yanlış olduğunu söyleyemez. Program yalnızca politikanın politik açıdan uygulanabilir olup olmadığını ve politik açıdan daha kabul edilebilir olması için neler yapılabileceği yönünde değerlendirmelerde bulunabilmektedir.

3.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın cevap bulmaya çalıştığı sorular aşağıda sıralanmıştır:

1. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasının tanımı, kapsamı ve amaçları nelerdir?
2. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikası hangi koşullarda gündeme gelmiştir?
3. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasını kimler ve hangi gruplar, neden ve nasıl desteklemektedir?
4. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasına kimler ve hangi gruplar neden ve nasıl karşı çıkmaktadır?
5. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikası açısından herhangi bir tarafta yer almayan kişi ve gruplar kimlerdir?
6. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasının oluşumunda yer alan kişi ve gruplar arasındaki ilişki ağı nasıldır?
7. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politik açıdan uygulanabilirliği nasıldır?
8. Politikanın değişen koşullarla uygulanabilirliği nasıl değişebilir?

9. Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politik açıdan uygulanabilirliğini artırmak için hangi stratejiler geliştirilebilir?

3.4. Evren

Bu çalışmanın evrenini, Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikası içinde yer alan kamu ve özel sektör temsilcileri ve bu politika ile ilgili diğer kişi ve gruplar oluşturmaktadır. Bu çalışmada KÖO politikası ile ilgili kişi ve grupların herbirinden temsilciler belirlenerek evrenin tamamına ulaşılması yerine örnekleme yapılması uygun bulunmuştur. Bu amaçla, “amaçlı örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma geleneği içinde ortaya çıkmış “amaçlı örnekleme” yöntemleri zengin bilgiye sahip olduğu düşünölen durumların derinlemesine çalışılmasına olanak vermektedir. Bu anlamda, amaçlı örnekleme yöntemleri bir çok durumda, olgu ve olayların keşfedilmesinde ve açıklanmasında yararlı olmaktadır. Araştırmada kullanılan örnekleme yöntemi amaçlı örnekleme yöntemlerinden birisi olan “kartopu veya zincir örnekleme” yöntemidir. Bu yaklaşım araştırmacının problemine ilişkin olarak zengin bilgi kaynağı olabilecek birey ya da durumların saptanmasında özellikle etkilidir. Varvasovszky ve McKee (1998) Macaristan’daki alkol politikasının analizi için yaptıkları çalışmada bu yöntemi kullanmışlardır. Süreç çok basit bir soruyla başlamaktadır: “Bu konuda en çok kimler bilgi sahibidir, bu konuyla ilgili olarak kim veya kimlerle görüşmem gerekir?”. Süreç ilerledikçe elde edilen isimler veya durumlar tıpkı bir kartopu gibi büyüyerek devam etmekte, belirli bir süre sonra belirli isimler hep öne çıkmaya başlamaktadır. Bu süreçte araştırmacının görüşmesi gereken birey sayısı veya ilgilenmesi gereken durum sayısı azalmaktadır (Neuman, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Türkiye’de sağlık sektörü altyapı finansman yöntemi olarak KÖO’nın kullanılması politikasının analizi ile ilgili taraflar öncelikle kamu, özel ve diğer olarak gruplanmış, daha sonra bu gruplar içinde yer alan kişi ve gruplar “kartopu veya zincir örnekleme” yöntemi ile belirlenmiştir. Bu çalışma kapsamında 35 kişi ile görüşölmüştür. Çalışmada politikanın tarafları olarak kabul edilen aktörler Ek 1’de yer almaktadır.

3.5. Sınırlılıklar

Bu çalışmada kullanılan politika haritalama yöntemi nitel araştırma yöntemi kullanmayı gerekli kılmaktadır. Bu yöntemlerin doğası gereği araştırma sonuçları genellenemez. Bu nedenle politika haritalama yöntemi kullanılan bu çalışmada politika analizi sonuçları sadece Türkiye’yi, bu politikayı ve araştırmanın yapıldığı dönemi temsil etmektedir.

Ayrıca bu çalışmada kullanılan PolicyMaker Programına ilişkin sınırlılıklara ve risklere “Materyal ve Yöntem” bölümünde yer verilmiştir.

3.6. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak **doküman inceleme ve yarı yapılandırılmış soru formları ile yüz yüze görüşme** yöntemleri kullanılmaktadır. Nitel araştırma desenlerinde, araştırmanın veri tabanını zenginleştirmek ve araştırmadan elde edilen sonuçların daha derin bir bakış açısıyla elde edilmesi veya alternatif yorumlara ulaşılması için birden çok veri toplama yöntemi kullanılması önerilmektedir. Bu aynı zamanda araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliğini de önemli ölçüde artırmaktadır (Kvale, 1996; Neuman, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Doküman inceleme, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar. Dokümanlar, nitel araştırmalarda etkili bir şekilde kullanılması gereken önemli bilgi kaynaklarıdır. Öte yandan nitel araştırmalarda gözlem ve görüşme gibi diğer veri toplama yöntemleriyle birlikte kullanıldığında “verinin çeşitlendirilmesi” (data triangulation) amacına hizmet edecek ve araştırmanın geçerliğini önemli ölçüde artıracaktır.

Araştırmaya KÖO ile ilgili mevcut yazın taraması ile başlanmıştır. Bu amaçla tüm dünyada ve Türkiye’de yer alan KÖO ile ilgili yazın veri tabanlarından taranmıştır. Konu ile ilgili bilimsel araştırmalar, resmi yazılar, ülke deneyimleri, basında yer alan haberler, resmi açıklamalar, tezler, yasal metinler taranmıştır.

Bu araştırmada kullanılacak bir diğer veri toplama yöntemi de **görüşme yöntemidir**. Görüşme nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama aracıdır. Görüşme yöntemi; bireylerin deneyimlerine, tutumlarına, görüşlerine, şikâyetlerine, duygularına ve inançlarına ilişkin bilgi elde etmede oldukça etkili bir yöntem olmasından dolayı nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama aracıdır. Nicel

araştırmalarda sık kullanılan anketlerle karşılaştırıldığında, görüşme yönteminin güçlü yanları esneklik, yanıt oranı, sözel olmayan davranış, ortam üzerindeki kontrol, soru sırası, anlık tepki, veri kaynağının teyit edilmesi, tam ve derinlemesine bilgi; zayıf yönleri ise, maliyet, zaman, olası yanlılık, kayıtlı veya yazılı bilgileri kullanamama, zaman ayırma güçlüğü, gizliliğin ortadan kalkması, soru standardının olmayışı ve bireylere ulaşma güçlüğüdür (Neuman, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Türkiye’de sağlık sektörü altyapı finansman yöntemi olarak KÖO’nun kullanılması politikasının analizi için standartlaştırılmış açık uçlu sorulardan oluşmuş yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır (Bkz. Ek.2). Bu yaklaşım, dikkatlice yazılmış ve belirli bir sıraya konmuş bir dizi sorudan oluşur ve her görüşülen bireye bu sorular aynı tarzda ve sırada sorulur. Bu yaklaşım, bazı insanlardan daha yoğun ve çok, bazı insanlardan ise daha az, sistematik ve yüzeysel bilgi edinilmesine yol açabilecek olan “görüşmeci yanlılığını veya öznelliğini” azaltır ve bu açıdan verilerin karşılaştırılması ve analizi daha kolaydır. Ayrıca standartlaştırılmış açık uçlu görüşme, bir araştırmanın başkaları tarafından tekrar edilmesi olasılığını önemli ölçüde artırır (Yıldırım ve Şimşek, 2005; Gummesson, 2000).

Yarı yapılandırılmış soru formu politikayla doğrudan ilgili kişi ve gruplara uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Görüşme formunda yer alan sorular Reich M., (1994)’in sağlık politikalarının politika haritalama yöntemi ile analizi için geliştirdiği rehberden yararlanılarak, Türkiye’de sağlık sektörü altyapı finansman yöntemi olarak KÖO’nun kullanılması politikasının analizine uygun şekilde hazırlanmıştır. Politika ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olan kişilerle soru formu yanısıra derin görüşme yöntemi ile görüşmeler yapılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmaya KÖO ile ilgili mevcut yazın taraması ile başlanmıştır. Bu amaçla tüm dünyada ve Türkiye’de yer alan KÖO yazını veri tabanlarından taranmıştır. Konu ile ilgili bilimsel araştırmalar, resmi yazılar, ülke deneyimleri, basında yer alan haberler, resmi açıklamalar, tezler, yasal metinler taranmıştır. Buradaki amaç genelde KÖO ve özelde Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasının ne olduğu, amaçları ve kapsamını ortaya koymaktır. Bir sonraki adımda Türkiye’de bir sağlık politikası olarak KÖO’nun gündeme gelmesi ile ilgili süreç

araştırılmış, TBMM görüşme tutanakları ve yasal (kanun ve yönetmelik) metinlere ulaşılmış ve bunlar incelenmiştir. Bu arada Türkiye’de sağlık altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasını konu alan toplantı ve organizasyonlar takip edilerek, bu politikada söz ve bilgi sahibi olan kişilerle görüşülmüştür. Araştırma süresince bu çalışmalar tekrarlanarak devam etmiştir.

Araştırmanın görüşme bölümünde hazırlanan listeye göre görüşme randevuları alınmış ve görüşme takvimi planlanmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından planlanan takvime göre Mayıs 2009-Kasım 2009 tarihleri arasında görüşmecilerin uygun gördükleri yerlerde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Her bir görüşme ortalama 45-50 dakika sürmüştür.

Görüşmeler katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve görüşmecinin kimliğinin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilerek ve izinleri alınarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme kayıtları görüşmecilerin izinleri doğrultusunda kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşme sırasında kayıt cihazına izin verilmeyen görüşmeler için araştırmacı görüşme formları yardımıyla elle kayıt tutarak görüşme içeriğini kaydetmiştir. Her bir görüşme sonrasında görüşmecinin verdiği cevaplarla birlikte sözsüz mesajları, vurguları ve ortama ilişkin bilgileri de kaydedilmiştir. Kayıt cihazı ile yapılan kayıtlar daha sonra araştırmacı tarafından deşifre edilip, yazıya aktarılarak araştırmanın amacına uygun şekilde içerik analizleri yapılmıştır. Tüm kayıtlar her bir görüşme sonrasında araştırmacı tarafından kontrol edilip araştırmanın amacına uygun şekilde düzenlenmiştir. Her bir görüşme sonunda görüşmeciye bu politikayla ilgili bilgi alınması gerekli, tavsiye edebileceği başka kimlerin olduğu sorulmuş bu doğrultuda diğer görüşmeciler belirlenmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Görüşmeler tamamlandıktan sonra hazırlanan veriler PolicyMaker (PolicyMaker 4 Software Computer-Assisted Political Analysis, t.y.) programına yerleştirilerek analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Bulgular kısmında yer almaktadır.

4. BULGULAR

4. 1. Türkiye Sağlık Altyapı Yatırımlarında Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikası

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu analiz yardımıyla politikanın kapsamı, aktörleri, yanında ve karşısında yer alanlar ile henüz bu politika ile ilgili bir taraf olmayanların pozisyon, etki ve güçleri, kaynakları, bu politika ile ilgili çıkarları veya karşı çıkış sebepleri, bu politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri ile politikanın uygulanabilirliği sınanmıştır. Ayrıca mevcut koşullarda meydana gelebilecek değişikliklere göre politikanın uygulanabilirliğinin nasıl etkileneceği ile ilgili senaryolar geliştirilip, analiz bu senaryolara göre tekrar edilmiştir. Araştırmanın son aşamasında bu politikanın başarıyla gerçekleştirilebilmesi için geliştirilebilecek stratejiler gerekçe, yöntem ve uygulanabilirliği açısından değerlendirilmiştir.

4.1.1. Politikanın Tanımı

Bu bölümde çalışma kapsamında incelenen “Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO” politikası ilgili mevzuat⁴ kapsamında ele alınmaktadır. Buna göre politika:

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

⁴ Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik. (2006). Resmi Gazete, 26236, 22. Temmuz 2006 (Bkz. EK. 3)

Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında finansman yöntemi olarak KÖO politikası, görüşmeler ve doküman incelemelerinden elde edilen bilgiler ışığında ele alındığında, politikanın ortaya çıkış nedeni ve kapsamına ilişkin detaylı bilgilere ulaşılmıştır. Bu bölümde görüşmecilere ait ifadeler “G” harfi ile kodlanarak verilmektedir.

Neo-liberalizmin küreselleşmesi sağlık sektörüne devletin müdahalesini azaltmış ve artık hükümetler sağlık sektöründeki birincil ve asli sorumluluklarını azaltma davranışları sergilemeye başlamışlardır. Bu süreç kamu hastaneciliği alanına da yansımıştır. Bu kapsamda Türkiye dâhil gelişmekte olan ülkelerde hastane reformlarında öncelikle kamu hastanelerinin merkezi hükümetin birer bütçe birimi olmasından çıkartılıp, kendi gelir ve giderlerinden sorumlu daha otonom, özerk veya özelleştirilmiş hastane özelliğine kavuşturulması amaçlanmaktadır. Ancak daha önce kamu hastanelerinin yenilenmesi ve günün ihtiyaçlarını karşılayabilen modern tesislere dönüştürülmesi gerekmektedir (Koç, 2007; Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, t.y.; Tengilimoğlu ve diğerleri, 2010; G4; G6-9; G11; G20; G30).

Türkiye’de devlet hastanelerinde yatak doluluk oranı % 61,2 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008) olan yaklaşık 122 bin hasta yatağı bulunmaktadır. Bu hastanelerin birçoğunda yataklar tuvaleti ve banyosu olmayan koğuş sistemine göre yerleştirilmiştir. Dolayısıyla yatak sayısı niceliksel olarak yeterli ama niteliksel açıdan yetersizdir. Ülkedeki pek çok sağlık yapısı, inşa edildiği zamanın hizmet sunum anlayışına göre yapılmış, deprem açısından riskli, ortalama elli yılı aşkın bir ömre sahip yapılardan oluşmaktadır. Sağlık yapıları dinamik yapılardır ve sağlık politikaları, tıp alanındaki ve teknolojiadaki gelişmelerle hareket kazanıp, değişirler. O nedenle Sağlık Bakanlığı’nın hedefi hastane yapıları eskimiş modern hastane işletmeciliğine uygun olmayan bu yapıları modern koşulları taşıyan yeni hastaneler şeklinde yeniden yapmaktır (G6-9; G11; G20)

Bu amaçla çıkılan yolda en önemli engel bu tesislerin yeniden yapılması veya yenilenmesi için gerekli finansman sorunudur. Bu tesislerin tamamını kısa sürede istenilen şartlara getirmek için devlet bütçesinde yeteri kadar kaynak bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı için genel bütçeden aldığı pay 13.942.196.000 TL (T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü,

t.y) ve döner sermaye bütçesi ise 15.046.440.555 TL (Sağlık Bakanlığı, t.y.)’dir. Bu nedenle kamu kaynakları dışında, alternatif altyapı finansman kaynağı bulma ihtiyacı doğmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın modern ve çağdaş binalarda sağlık hizmeti verilebilmesi amacıyla geliştirdiği iki önemli finansman modeli vardır. Bunlardan birisi Toplu Konut İdaresi (TOKİ) ile arsa takası yaparak yeni hastane binaları kurmak, diğeri ise KÖO’dır. Dünyada pek çok ülkede farklı kamu sektörlerinde olduğu gibi sağlık altyapıları için de alternatif finansman yöntemi olan KÖO yöntemi kamuda olmayan kaynağın özel sektörden temini olarak özetlenebilecek bir finansman modelidir. Bununla birlikte amacı hakkaniyetli, adil, eşit ve sürdürülebilir daha iyi sağlık hizmeti sunmak olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nin diğeri bir ayağı olan, sağlık kuruluşlarının yapımında yeni bir finansman modeli olarak geliştirilmektedir (G6-9; G11; G20).

Sağlıkta ilk defa uygulanacak KÖO, kamunun ihtiyaçları için özel sektörün kaynaklarından yararlanarak kamunun verdiği sağlık hizmetlerini daha etkin, verimli ve hızlı şekilde yapmayı öngören bir modeldir. Fiziki yapının kurulması ve tesisin işletilmesi, kamu ile özel sektörün işbirliği yapmasını öngören birçok farklı modelden oluşan alternatif bir finansman yöntemidir. Kısaca finansal bir modellemedir (G6-9; G11; G20).

Dünyada nitelikli sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık merkezleri oluşturulduğunu gören Sağlık Bakanlığı, benzer şekilde Türkiye’de bu tip merkezlerin kurulması için, sağlık tesislerinin en büyüğü olarak tanımlanan Sağlık Kentleri kurulmasını gündemine almıştır. Sağlık Bakanlığı uluslararası arenada sağlık, bilişim, inşaat gibi alanlarda uygulamalarına rastlanan KÖO modelinden yararlanarak, kamu sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırıp, nitelikli sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. KÖO ile bir taraftan özel sektörün dinamizmi ve finansal kabiliyetini diğeri taraftan da kamunun sağlık hizmeti sunumundaki güvencesini ayakta tutmak hedeflenmektedir (G6-9; G11; G20).

4.1.2. Politikanın Kapsamı ve Amaçları

Türkiye’de sağlık sektörü için KÖO yönteminin uygulanmasında iki modelden yararlanılması planlanmaktadır. Bunlar, sağlık tesisinin yapımı için YKD ve ticari getiri alanları için YİD modelidir. YKD modelinde, Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık

Bakanlığı'na verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacak ve süre sonunda tesis tüm hakları ile kamuya devredilecektir (Sağlık Hizmetlerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, 2006; G6-9; G11; G20). Tıbbi alanların yapımı bittikten sonra kamuya devredilecek olan tesisler kamu tarafından işletilecektir. YİD modeli ile tıbbi olmayan ticari işletim alanları özel sektörcce yapılacak, anlaşma süresince işletilecek ve süre sonunda kamuya devredilecektir (G6-9; G11; G20).

Sağlık Bakanlığı sağlık altyapı yatırımlarında KÖO yöntemini ilk olarak “sağlık kentleri” projelerinde kullanmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda “sağlık kentleri”, içinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar, araştırma merkezleri ve sağlık teknoparklarının, sosyal tesislerin, otel ve medikal otellerin, alışveriş merkezi, idari merkezler, merkezi acil ve yoğun bakım ünitelerinin, merkezi eczane ve depo yapılarının, konaklama imkânları, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark, peyzaj alanları ve üstün nitelikteki teknolojik, fiziksel altyapı koşulları ile bir bütün olarak tasarlanan sağlık kompleksleri olup; sağlık hizmetlerinin son basamağı ve sağlık tesislerinin en uzmanlaşmış hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kentleri, gerçekleştireceği işlev açısından kamunun ihtiyacı olan hizmeti tüm kullanıcılara bugün olduğundan daha konforlu, daha kaliteli ve daha yeterli düzeyde sunacağı, araştırma ve geliştirme çalışmalarının yürütüleceği modern sağlık kampüsleri olarak da bilinmektedir. Sağlık kentleri için Kayseri, Ankara (Etlik ve Bilkent) ve İstanbul (İkitelli) gibi pilot bölgeler seçilmiştir. Bu pilot bölgeler dışında farklı büyüklükteki 120 sağlık kompleksinin KÖO yöntemi ile yapılması hedeflenmektedir (G6-9; G11; G20).

Uygulamada dağınık yapıda bulunan kamu hastanelerinin bir kampus içinde toplanması hedeflenmektedir. Ancak sadece büyük ölçekli yatırımlar için değil, daha küçük hastaneler ve diğer sağlık binaları için de bu yöntemin kullanılması düşünülmektedir (G6-9; G11; G20).

Sağlık Bakanlığı kapsamlı ve komplike teşhis ve tedaviler için entegre sağlık kampüslerini büyük şehirler için düşünmüş, şehir merkezlerine ise 24 saat hizmet verecek, acil ve görece basit vakalara bakılacak uydu hastaneler konumlandırmayı planlamıştır. KÖO ile yapılması düşünülen bir diğer yatırım serisi ise, Türkiye genelinde 11 ilde üç bin yataklı ruh ve sinir hastalıkları kampüsleridir. Bu projeler paket halinde fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri ile birlikte projelendirilmektedir. Bakanlık yetkililerinden alınan bilgiye göre, bu projeler için arsa işlemleri tamamlanmıştır. Büyük şehirlerdeki bin yatak kapasitesindeki kampüslere paralel olarak Eskişehir, Manisa, Kocaeli ve Konya gibi illerde 400 yataklı projeler gerçekleştirilmesi düşünülmektedir. Bu kapsamda ilk proje Manisa’da başlatılmıştır. Manisa Projesi için İspanyol Hükümeti tarafından Sağlık Bakanlığına tahsis edilen fonlardan yararlanılmaktadır. İspanya Hükümeti’nin sağlamış olduğu bu fonun amacı, İspanya’nın KÖO’daki bilgi birikiminin bu projeye aktarılmasıdır. Projenin yakın bir tarihte tamamlanması hedeflenmektedir. Manisa projesinin bir diğer özelliği ise benzer küçük ölçekli illerde uygulanacak projeler için model oluşturacak olmasıdır (G6-9; G11; G20).

Bu yapı uzun vadeli finansman sıkıntısı çeken yatırımcı için bir kolaylık getirmektedir. Kredi kuruluşları karşılarında muhatap olarak devleti de gördükleri için daha rahat kredi verebilmektedir. YKD gibi modeller Türkiye gibi gelişen ülkeler özelinde değerlendirildiğinde özellikle yabancı finansman kuruluşlarının ilgisini çekmektedir. Türk bankacılık sistemi mevduat yetersizliği nedeniyle uzun vadeli finansmana ilgi göstermemektedir. Riskin yatırımcıyla birlikte devlet tarafından da paylaşıyor olması yabancı finansörlerin KÖO’na olumlu yaklaşımlarını sağlamaktadır (G2; G6-9; G11; G20).

KÖO ile sağlanacak avantajlardan birisi de kamunun hantal yapısı nedeniyle geciken ve maliyeti artan binaların yapımları kısa sürede tamamlanarak en kısa sürede modern tesisler olarak güncellenecek olmasıdır. KÖO ile yapılması planlanan tesislerde hasta mahremiyeti, enfeksiyonu önleme ve sağlık hizmeti sunum kalitesini artırmak için hastalara tek ve iki kişilik odalarda sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir. Bu tesislerde hastalar sevdikleriyle birlikte olabilecek, duş ve tuvaleti olan odalarda konforlu bir sağlık hizmetine kavuşacaklardır. Bir çok kişi tarafından lüks otelcilik hizmeti olduğu ve sağlık hizmet maliyetini artıracığı

şeklinde algılansa da, Sağlık Bakanlığı yetkililerine göre kaliteli hizmet alan hastanın moral gücü artacak, enfeksiyon gibi risklere daha az maruz kalacak, dolayısıyla hastanede kalış süresi ve buna bağlı olarak da maliyetler azalacaktır (G6-9; G11; G20).

4.1.3. Politikanın Süreci

KÖO modelinin Türkiye sağlık sistemi için gündeme gelişi 2004-2005 yıllarında bakanlık yetkililerinin yurtdışı gezilerinde edindikleri izlenimleri ile olmuştur. Alternatif finansman arayışı döneminde Sağlık Bakanlığı yetkilileri çeşitli ülkelerin uygulamalarını yerinde görmüş ve bu uygulamalarla ilgili detaylı bilgiler almak için özellikle İngiltere’den gelen uzmanlarla birçok görüşmeler yapmıştır. Özellikle İngiltere’de, içinde sağlık sektörünün de bulunduğu birçok sektörde uygulama alanı bulan KÖO yöntemi, Sağlık Bakanlığı yetkililerinin dikkatini çekmiştir. Sağlık Bakanlığı, KÖO sistemini uygulayan İngiltere, İtalya, Avustralya, İspanya gibi ülkelerde incelemelerde bulunduktan sonra, seçilen modelin tıbbi hizmetlerin kamu tarafından verilecek olması itibarıyla İngiltere’de uygulanan KÖO modeline benzer bir politika geliştirmiştir. Bu gözlem ve görüşmelerden sonra KÖO politikası Sağlık Bakanlığı APK dairesi bünyesinde şekillenmeye başlamıştır. Sağlık Bakanı’nın bu konuya yakın ilgisi ile hızla ilerleme kaydeden politikanın şekillenme aşamasında DB, İspanya ve İngiltere hibeleri ile KÖO uygulamaları hakkında çalışmalar başlatılmış, İspanya ve İngiltere’ye ilgililer gönderilmiş, oradaki KÖO ile yapılmış tesisler ve izlenen süreçler incelenmiştir (G1-2, G6-9; G11; G20).

Bu konuda görüşmecilerden G1 ve G2 politikanın gündeme gelme aşamalarındaki izlenimlerini şu cümlelerle ifade etmişlerdir:

“Başarılı örnekleri gören Sağlık Bakanlığı, biz neden yapamıyoruz, diye bir model geliştirmeye çalıştı. Bu aşamada özellikle İngiltere’den gelen uzmanlarla birçok seminer düzenlendi. Bu fikir yavaş yavaş Sağlık Bakanlığı APK dairesi bünyesinde şekillenmeye başladı. Sağlık Bakanı bu konuda çok ısrarcı oldu. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı DB’ndan İspanya ve İngiltere’den aldığı hibelerle KÖO uygulamaları hakkında çalışmalar başlattı. İspanya’ya İngiltere’ye insanlar gönderildi ve oradaki KÖO ile yapılmış hastaneler ve gelişmeler incelendi.”

KÖO ile Avrupa’da bu yöntemle yapılan hastanelerin incelenmesi için Sağlık Bakanı, bakanlık müsteşarı, daire başkanı ve program danışmanının bulunduğu bir heyet Kanada, İngiltere, İtalya’da bu modelle yapılan tesisleri ziyaret ederek ilgili sözleşme, şartname ve bunlarla ilgili çalışmalara yönelik incelemelerde bulunmuştur. Sağlık altyapı finansmanında alternatif yöntem olarak KÖO politikasına ilişkin yasal düzenlemeler 2005 Temmuz ayında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na bir madde eklenmesi ve 2006 Temmuz’da hazırlanan yönetmelikle uygulama detaylarının belirlenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Mevzuat çalışmalarına Sağlık Bakanlığı, DPT, Hazine Müsteşarlığı (HM), Maliye Bakanlığı (MB), Özelleştirme İdaresi (Öİ), KÖO modellerini uygulayan kamu sektör temsilcileri ve bazı sivil toplum örgütleri katılmıştır (G1-4; G6-11).

Mevzuat yapısı oluşturulduktan sonra, 2006’da Sağlık Bakanlığı Kamu-Özel Ortaklığı Dairesi kurulmuş, daire başkanı atanmış ve personel istihdamı yapılmıştır. Ancak bu süreçte kalıcı ve uzman bir altyapı oluşturulamamış ve 3 daire başkanı değiştirilmiştir. 2007’de kuruluş çalışmaları tamamlanan daire KÖO yöntemi ile yapılabilecek projelerin bölge planlamasını Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile birlikte gerçekleştirmiştir. Bu çalışma ile hastanelerin hangi illerde yapılacağı ve kaç yataklı olacağı belirlenmiştir. Kampus olarak yapılacak en az 400 yataklı hastaneler ve 200–300 yataklı hastaneler ve bunların yapılacağı yaklaşık 40 il tespit edilmiştir. Bu iller belirlendikten sonra proje arazi tahsisleri yapılmaya başlanmıştır. Bu kapsamda 30 ilin arsa tahsisleri yapılmış ve Maliye Bakanlığı’ndan ön izinleri alınmıştır. Daha sonra bu modelin Türkiye’ye uyarlanabilmesi için uluslararası deneyimli proje firmalarıyla görüşmeler yapılmıştır. Bu sağlık kampüslerinden ilk üçü olan Ankara (Etlik-Bilkent) ve Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü konsept projeleri için Amerika’dan NBBJ ve Türkiye’den NKY isimli firmalar ile işbirliği yapılmıştır. Daha sonra Etlik projesinin detaylı çalışması için OWFP firması ve yerli ortak olarak NKY Mimarlık ile çalışılmıştır. İlk projeler olan Kayseri, Etlik ve Bilkent projeleri için Amerikalı NBBJ firması ile çalışılarak bu tesisin dünya standartlarında taşınması gereken özellikleri belirlenmiştir. Yine Etlik projesi için Amerika’da faaliyet gösteren OWFP firmasıyla çalışılarak proje detaylandırılmıştır (G6-9; G11; G20). Bu çalışma sonlandığında ilk KÖO hastane projesi olan Kayseri

Entegre Sağlık Kampusü projesi ihale, Ankara Etlik Kampusü ve Elazığ Hastanesi projeleri ise ön yeterlilik aşamasına gelmiştir.

Sağlıkta KÖO yönteminin kullanıldığı projeler büyük ölçekli projelerdir. Bu nedenle kanunun kapsamı ve uygulayıcısı gibi konular taraflar arasında tartışmalar yaşanmasına neden olmuştur. Kayseri Entegre Sağlık Kampusü projesinin veri odası ihale ve kanun aleyhine açılan bir dava nedeniyle 5 Mayıs 2010'a kadar açılmamıştır. Dava, Danıştay'da görüşülmektedir. Davanın gerekçesi ihale sürecinin ve yönetmeliğin kanuna ve kanunun Anayasa'ya aykırılığı ile ilgilidir (Tüm Eczacı İşverenler Sendikası [TEİS], Mayıs 2007). Bu süreçte açılan davalardan bir diğeri ise, SLF ortaklığından alınan danışmanlık hizmetinin iptaline yönelik olmuştur.

Yönetmeliğe karşı açılan ilk dava TEİS tarafından açılan davadır. 22 Temmuz 2006 tarihli “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” in 4. maddesinin “1” bendinde tıbbi hizmet alanı dışındaki yerler arasında otopark, restoran vb. yerlerin yanında eczanelerin de tıbbi hizmet alanı dışında vasıflandırılması üzerine TEİS tarafından 3.8.2006 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na yazılı başvuru yapılmıştır. Yapılan başvuru sonrası yetkililerle yapılan görüşmelerde Yönetmeliğin 4. maddesinin “1” bendinin değiştirilerek eczanelerin bu düzenlemeden çıkarılacağı ancak bu değişikliğin zaman alacağı bilgisi verilmiştir. TEİS bu konuyu idari yargıya götürmüştür. Sağlık Bakanlığı'nın Danıştay'da açılan davaya ilişkin TEİS'in istediği şekilde iptali istenen düzenlemenin değiştirileceği yönünde görüş bildirmesi üzerine söz konusu düzenleme hakkında Danıştay 10. Dairesince yürütmeyi durdurma kararı alınmıştır. 8.5.2007 tarih ve 26516 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren yönetmelik değişikliği ile yönetmeliğin 4. maddesini “1” bendinde yer alan eczanelerle ilgili bölüm yönetmelikten çıkarılmıştır.⁵

Bu arada 22 Mayıs 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan 27588 sayılı “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile mevcut yönetmeliğin 1,

⁵ Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2007). Resmi Gazete, 26516, 8.5. 2007

4, 7, 10, 12, 31, 34, 35, 36, 41, 48. maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Yönetmelikte yapılan değişiklikler ihale çalışmaları yürütölen projeleri de kapsamaktadır.

4.1.4. KÖÖ Yöntemi İle Yapılması Planlanan Projeler

Etlik, Bilkent ve Kayseri Entegre Sağlık Kampusü projelerinin hazırlık aşamalarında öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın tecrübeli uzman doktorları ve klinik şeflerinin görüşlerine başvurulmuştur. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde bu uzman doktorların ve klinik şeflerinin önerileri ile ihtiyaç programı oluşturulmuştur. İhtiyaç programında ülke yatak sayıları planlaması esas alınarak yatak sayıları ve bu yatakların hangi tedavi ihtiyacına yönelik olacağı belirlenmiştir. Yatak sayılarından sonra tesis içindeki alanların metrekare olarak hesaplamaları ile oda ve poliklinik sayıları belirlenmiştir. Proje ön hazırlığının bir sonraki aşamasında projenin mimari teknik şartnamesi oluşturulmuştur. Teknik şartname Bayındırlık Bakanlığı'nın veya Mimarlar Odası'nın şartnamelerine göre farklılık göstermektedir. Bu teknik şartnamede binanın teknik özelliklerinden çok genel olarak çerçevesi çizilmiştir. Örneğin binanın yeşil bir bina olması, çevreye duyarlı camlar, yağmur sularını toplama sistemleri, helikopter pisti, mekanik ve elektrik tesisatının dijital olması, görüntöleme sistemlerinin son teknoloji olması, teletıp gibi özellikleri içermesi teknik şartnamenin çerçevesini oluşturmuştur. Son olarak projeler üzerinde çalışılarak, projenin arazi üzerindeki yeri, sınırları, eğimi, arazi içinde binaların konumu, hangi binaların olacağı ve bunların lekeleri oluşturulmuştur (G6-8; G20).

Bu projelerde kat yükseklikleri teşhis alanlarında en az 4,5 metre, tedavi alanlarında 3 metre olacak şekilde belirlenmiştir. Her bir katta yer alacak 64 yatağın üçte biri çift kişilik, üçte ikisi tek kişilik odalardan oluşacak şekilde bir oran tespit edilmiştir. Hemşire hasta sayısı oranı 8 hastaya 1 hemşire olacak şekilde planlanmıştır. Hastane bölümlerinin yerleşimi açısından ana binada en alt katta yukarıya doğru poliklinikler yoğun bakım katları ve daha üst katlarda yatak katları kuleler olarak; teşhis ve tedavi alanı hastanelerin ortasında yer alan bir yapı olarak düşünölmüş, bu alanda kat sayısı ve kat yüksekliği daha az belirlenmiştir. Bu binalarda ameliyathaneler ve klinik katlarının altındaki yoğun bakım katları ile bir koridor mesafesi uzaklığında aynı hizada yerleştirilmiştir. Aynı binanın zemin katında acil ve görüntöleme birimleri oluşturulmuş ve bu birimlerde diğer birimlerde

olduğu gibi kat girişlerine resepsiyon yerleştirilmiştir. Etlik projesinde 2 koridor ile klinik trafikle ziyaretçi trafiği birbirinden ayrılmıştır. Bu üç temel alan belirlenip ilişkileri hesaplandıktan sonra yatak katlarının nasıl şekilleneceğine karar verilmiştir. X, V, T gibi kat yerleşim planları üzerinde değerlendirmeler yapılmıştır. Bu yerleşim şekillerinin avantajları ve dezavantajları üzerinde düşünülmüştür (G20).

Bu planlamaların yapılması 3 ay sürmüştür. Projelerin fark yaratan bir başka mimari özelliği ise poliklinikler olmuştur. Poliklinikler bir doktor odası ve iki muayene odasından oluşan, hasta bekleme sürelerini kısaltmada çözüm yaratan modüller şeklinde planlanmıştır. Projelerin bir diğer önemli özelliği metrekairelerle ilgili yüksek standartlar belirlenmiş olmasıdır. Örneğin çift kişilik odalar 30 m² ve anjio ameliyathanesi 60 m² olarak tasarlanmıştır. Tüm bu alan planlamalarından sonra detaylı çalışmalarla bu alanlarda kullanılacak malzeme ve teknik özellikler belirlenmiş ve proje geliştirilmiştir (G20).

Konsept projelerin önemi Sağlık Bakanlığı'nın KÖO ile yapılacak yatırımlarda yüklenicilerden isteyeceği temel standartları içeriyor olmasıdır. Yüklenici firma bu standartların üzerine çıkabilir ve maliyetine katlanır. Ancak daha altına inemez. Bu standartlar ayrıca pazarlık veya seçim kriteri olarak da düşünülmektedir. Bu standartlar belirlenirken Sağlık Bakanlığı'nın istek ve ihtiyaçları dünya standartlarına göre revize edilmiş ve Joint Commission International (JCI) standartlarına uygun hale getirilmiştir. Kısacası bu projelerin belirlenen temel standartlar doğrultusunda gerçekleştirilmesi ile tesislerin işletmeye geçtiğinde JCI akreditasyon belgesi alabilecek mimari özellikleri taşıyor olması hedeflenmektedir (G20).

Konsept projelerin hazırlanma süresi revizyonlar hariç yaklaşık 1 yıl sürmüş ve 2008'de Sağlık Bakanlığı'na teslim edilmiştir. Konsept projeleri, temel standartlar dokümanı, sözleşme taslak ve şartnameleri müşavir firma ile hazırlanan üç entegre sağlık kampüsü projesinin fizibilite çalışmaları tamamlanmıştır (G20).

Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü, 1048 yataklı eğitim araştırma hastanesi, 200 yataklı fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, 200 yataklı psikiyatri hastanesi ve 100 yataklı yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi olmak üzere toplam 1548 yataklı dev bir sağlık tesisi olarak planlanmıştır. Projenin yapım dönemi üç, işletme dönemi ise 25 yıl olarak belirlenmiştir. Fizibilitesi hazırlanan Kayseri Entegre Sağlık

Kampusü projesi YPK onayından geçmiş ve Eylül 2009’da ön yeterlilik ihalesine çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Kayseri Entegre Sağlık Kampusü ihalesi için başvuran 8 firma için ön yeterlilik değerlendirmesi sonucunda Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve Ticaret Anonim Şirketi, Yıldızlar İnşaat ve Ticaret Anonim Şirketi ve Lend Lease Europe Holdings Limited İş Ortaklığı, IC İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi, YDA İnşaat Sanayi Ticaret Anonim Şirketi ve Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A İş Ortaklığı, Güriş İnşaat ve Mühendislik Anonim Şirketi, Astaldi S.P.A ve Türkerler İnşaat Turizm Maden Enrji Üretim Ticaret Sanayi Anonim Şirketi İş Ortaklığı, Vamed Engineering Gmbh ve Co Kg ve Türk Philips Ticaret Anonim Şirketi İş Ortaklığı, Obrascon Huarte Lain S.A firmaları ihaleye katılmaya hak kazanmıştır (Sağlık Bakanlığı, t.y.).⁶ Sağlık Bakanlığı, KÖO modeli ile Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü yapım işleri ile ürün ve hizmetlerin temin edilmesi işine ilişkin ihale süreci çerçevesinde ön yeterlik değerlendirmesini geçen isteklileri 5 Mayıs 2010 tarihinde ihale veri odasına erişime davet etmiştir ve süreç devam etmektedir (Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Kayseri Entegre Sağlık Kampusü Projesinin danışmanlık ihalesini Mart 2009’da yaklaşık iki milyon lira ile Deloitte ve Esin İsmen Hukuk Bürosu ortaklığı ile DLA Piper İtalya-ACTECON-Koyuncuoğlu Köksal Avukatlık Bürosu (SLF) İş Ortaklığı kazanmıştır. Şirketin ve SLF’nin ortağı Bülent Çamlıca sağlıkta KÖO projeleri ile ilgilerini şu sözlerle dile getirmektedir.⁷

“İhaleye çıkıldığı dönemde kamu özel ortaklığı projeleri üzerine çalışıyorduk, geleceğin burada olduğunun bilinciyle ilerledik.”

2010 yazında YükselKarkınKüçük (YKK) Hukuk Bürosu ile Türkiye pazarına girmeye hazırlanan DLA Piper İtalya’nın yöneticisi Sutti’nin şu sözleri

⁶ Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Erişim:25.5.2010, www.saglik.gov.tr/KOODB/...

⁷Emlak Kulisi. (2010). Erişim:22.5.2010, www.emlakkulisi.com/33759_kayseri_entegre_saglik_kampusu_pek_cok_ilki_barindiriyor

uluslararası danışmanlık firmalarının Türkiye'ye olan ilgilerini ortaya koymaya yetmektedir⁸:

“O kadar etkilendik ki kendi ofisimizi açmaya karar verdik. Altyapıdaki açık çok önemlidir. Milyarlarca dolarlık projeler var. Biz de bu alanda çok deneyimliyiz. Türkiye dinamiklerini ve hukuk piyasasını yaklaşık altı aydır yakından takip ettik. Türkiye bizim gibi büyük uluslararası hukuk firmaları için cazip fırsatlar sunuyor.”

Bu açıklamasında Sutti ayrıca önümüzdeki 20 yıllık dönemdeki fırsatları değerlendirmek için en doğru zamanlama olduğunu ısrarla vurgulamaktadır.

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampusü projesi 504 yataklı genel branşlar, 344 yataklı kadın hastalıkları ve yeni doğan, 496 yataklı çocuk, 328 yataklı kardiyo vasküler cerrahi, 328 yataklı onkoloji ve çocuk onkolojisi, 456 yataklı ortopedi, 300 yataklı fizik tedavi ve rehabilitasyon, 200 yataklı ruh ve sinir hastalıkları ve 100 yataklı yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi olmak üzere toplam 3056 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımını kapsamaktadır. Yüklenici firma projenin finansmanı, uygulama projesi, tasarımı, inşaatı, medikal cihazlar ve diğer ekipmanın tedariki ve tesis için gerekli mefruşatı sağlayacaktır. Yüklenici firma ayrıca tesislerin bakım ve onarımı, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumunu, sağlık hizmetleriyle uyumlu ve bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletilmesini de üstlenecektir. KÖO modeli ile gerçekleştirilecek olan projenin yapım dönemi 42 ay olup işletme dönemi 25 yıldır. Etlik Entegre Sağlık Kampusü önyeterlilik için başvurular Şubat 2010'a kadar toplanmıştır. Bu çalışma tamamlandığında projenin ön yeterlilik değerlendirme süreci devam etmektedir.

Bu arada politikayı destekleyen sivil toplum örgütlerinin girişimi ile 2 kongre düzenlenmiştir (Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği, t.y.; Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, t.y.). Bu kongrelerde bakanlığın sağlık kenti projeleri tanıtılmış, KÖO yöntemine ilgi duyan ve/veya bu konuda çalışan kamu, özel ve üniversite katılımcıları arasında bilgi alışverişi sağlanmıştır.

⁸ Radikal. (2010). Erişim: 22.5.2010, <http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalHaberDetay&Date=19.05.2010&ArticleID=997597>

4.1.5. Projelerde Yönetim, Denetim, Geri Ödeme ve Devir

KÖO ile yapımı tamamlanan tesislerin bir sonraki aşamada Hastane Birlikleri ile ilgili kanunun⁹ yasalaşmasıyla oluşacak birliklere devredilmesi düşünülmektedir (G6). Hastane Birlikleri politikası uygulanmaya başladıktan sonra KÖO ile yapılacak olan tesisler için ihale sonucunda gerçekleşen anlaşmadan itibaren idare temsilcileri atanacak, idare temsilcisi ile beraber koordinasyon kurulu görev alacak ve bu kurul üçü idare, üçü yüklenici firma ve müşavir firma temsilcisi olmak üzere altı kişiden oluşacaktır. Müşavir firma inşaatın kontrolünü gerçekleştirecektir. Koordinasyon kurulunun diğer ismi ise “izleme kurulu” olacaktır. Bu kurul aksaklıkları izlemekle görevli olacaktır. Kurulun alacağı kararlar tavsiye kararı niteliğindedir, sadece karar vericiye fikir verecek ve bağlayıcılığı olmayacaktır. Bu süreçte nihai karar verici idare temsilcisi olacaktır (G6).

Sağlık altyapı yatırımında KÖO yöntemi uygulamasında geri ödeme mekanizması bir takım kesintilerle hesaplanmaktadır. Ödeme mekanizması Avrupa ülkelerinde uygulanan formüller esas alınarak oluşturulmaktadır. Bu mekanizmaya göre inşaat ve inşaatın kaynaklanan ceza mekanizması farklı, hizmet alımlarından oluşacak ceza mekanizması farklı düzenlenmektedir. Oluşacak ceza kesintileri ise kira bedelinden düşürülerek kamuya avantaj sağlayacaktır. Bu kapsamda inşaat aşamasında hastane yüksek, orta ve düşük öncelikli alanlar olarak üç alana ayrılmaktadır. Yüksek öncelikli alanlar ameliyathanelerdir. Ameliyathanenin boyası, temizliği, gazları, havalandırma tertibatının çalışması, elektrik tesisatı gibi konular yüksek öncelikli işlerdir. Bu işler A, B, C ve D şeklinde kendi içinde gruplandırılarak her harf için bir ceza puanı oluşturulacaktır. Örneğin firmanın ameliyathaneyi yılda bir kez boyaması gerekiyorsa ve boyamamışsa, bunun bir ceza puanı, temizlikte bir aksaklık meydana gelmişse onun bir ceza puanı, ameliyathanenin kapısında bir arıza meydana gelmiş ise bir ceza puanı, jeneratör çalışmadı ve ameliyathanede yaşanan bu sorundan dolayı birisi zarar gördü ise bunun bir ceza puanı olacak ve bütün tazminat özel sektör yüklenicisine ait olacaktır. Ceza mekanizmasında zaman dilimi 24'e ayrılmaktadır. Arıza ya da sorun giderilmediği sürece 16 ve 24. saatlerde ceza

⁹ Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulama Hakkında Kanun Tasarısı. (2007). Erişim:28. Ekim.2007. <http://www.memurlar.net/haber/91410>

puanı katlanarak artırılmaktadır. Kira sözleşmesi süresince binanın her türlü bakım onarımı özel sektöre bırakılmaktadır. Tüm bu bakım onarım için gereken su ve enerji gideri hariç tüm giderler ile tıbbi hizmetler dışındaki işletme yüklenici firmaya aittir. Bu projelerde hizmet alımları da özel sektöre verilebilmektedir. Bu nedenle hizmet alım anlaşmasının sözleşme süresince devam edebilmesi için hizmet alımları her üç yılda bir piyasa testine tabi tutulmakta ve bir ceza mekanizması oluşturulmaktadır (G6; G8; G20). KÖO sözleşme süresi tamamlandığında ise tesis çalışır durumda kamuya devredilecektir (G6).

4.1.6. Proje Maliyeti

KÖO projelerinin maliyeti konusunda edinilen bilgilere göre Kayseri projesi, sadece inşaat maliyeti (Bayındırlık ve İskân Bakanlığı'nın birim fiyatları ile 5 yıldızlı otel kalitesi için m² fiyatı 1000 dolar olarak hesaplandığında) 200 000 m² alan için 200 milyon dolardır. Teknoloji ve tefrişat eklenince bu miktar 400 milyon dolar civarında bir değere ulaşmaktadır. Etlik Entegre Sağlık Kampusü projesi 3056 yatak, 600 bin m² civarında hastane alanı, toplamda yaklaşık 1 milyon m² alandan oluşmaktadır. Dolayısıyla inşaat maliyeti 1 milyar dolar diğer maliyetle beraber toplamda 2 milyar doların üstünde bir yatırım maliyetine ulaşmaktadır. Bu maliyetlere paranın borçlanma maliyeti de eklendiğinde bu değerler iki katına çıkabilecektir. Sadece konsept projelerin maliyeti yaklaşık 600 bin dolar civarındadır. Konsept proje maliyeti kamu tarafından karşılanmaktadır. Bakanlık bu maliyetleri hibe ve sponsorluklardan karşılamaktadır. Bu projelerde kamu konsept proje dışındaki uygulama projelerini özel sektöre yaptırarak risklerin çoğunu özel sektöre devretmektedir. Ancak sonuçta KÖO kapsamında bir kira ödemesi söz konusudur ve ihalede teklifler kira teklifi şeklinde olmaktadır. En az kira isteyen firma ya da ortaklık ihaleyi kazanacaktır (G20).

4.2. Politika İle İlgili Görüşme Bulguları

4.2.1. Politikanın Yasal Altyapısına İlişkin Görüşler

Sağlık sektöründe altyapı yatırımı olarak KÖO yönteminin kullanılmasına ilişkin yasal altyapı hazırlığında Sağlık Bakanlığı ilgili tüm taraflar ile görüş alışverişinde bulunmak üzere toplantılar düzenlemiştir. Bu toplantılara HM, DPT, MB gibi politikanın tarafı olan kamu kurumları ile Devlet Hava Meydanları

İşletmeleri Genel Müdürlüğü, Ulaştırma Bakanlığı, Özelleştirme İdaresi Başkanlığı gibi KÖO uygulamalarında deneyimi olan kamu kurumları katılmış ve görüşlerini bildirmişlerdir (G1-11). Bu toplantılarda dile getirilen bazı görüşler bu çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde de veri olarak görüşmecilerden toplanmıştır. Toplantılarda dile getirilen görüşler yeni bir mevzuat düzenlemesi yerine mevcut mevzuat üzerinde değişiklikler yapılmasının uygun olabileceği yönünde olmuştur (G1-5).

Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde politikanın yasal altyapısı ile ilgili genel bir görüş hâkimdir. Bu genel görüşe göre, sağlık altyapı finansmanında KÖO uygulamaları için ayrı bir yasal altyapıya gerek yoktur. Sağlık sektörü için genel KÖO veya YİD kanunu olan 3996'nın kapsamı genişletilerek bu mevzuat kapsamında iş ve işlemler yürütülebilir. Yeni bir kanuni düzenlemeye gidilmesi KÖO ile ilgili olarak mevcut dağınık mevzuat yapısına bir yenisini ekleyecektir (G1-5).

Mevzuat çalışmalarında yer alan görüşmeci G1'in bu sürece ilişkin yorumu şu şekilde olmuştur:

“Sağlıkta KÖO uygulamalarının yasal altyapısı için farklı bir yol seçildi. Aslında genel KÖO veya YİD kanunu 3996'dır. Bu kanun kapsamında bir değişiklik yapılarak bunun içine monte edilmesi gerekirken, o sırada mümkün olmadı. -Yani sanırım gerek biraz iletişim kopukluğu olabilir ama- hükümet Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda değişiklik yapıp bir madde ekleyerek ve detaylarının yönetmelikle düzenlenmesini uygun gördü. 3996'da ya çok büyük finansman ya da özel bir teknoloji, ileri teknoloji olması gerekir gibi bazı özel kısıtlar vardı. Bu kanunda alanlar belirtilmişti. O alanlar genişletilseydi küçük bir eklemeyeyle sağlık hizmetleri temel kanununda böyle bir değişiklik yapmaya gerek kalmaz, doğrudan bunu içine alır ve 3996'nın gittiği yoldan gidilirdi.”

Yine G3'ün bu konudaki görüşü:

“... mevzuat zaten oldukça dağınık. Sağlık Bakanlığı'nın KÖO uygulaması da bir madde ile Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'na kondu. Akabinde detayı uygulama esas ve usulleri yönetmelikle belirlendi. Dolayısıyla

bu parçalı mevzuata bir parça daha eklenmiş oldu. ... Bütün modelleri bir arada toplamayı öngörecektir ve bu parçalı uygulamaya izin vermeyecek bir sisteme geçilmesi gerekiyor. Aslında çok geç bile kalındı. Çünkü farklı sektörlerde projeler (otoyol projeleri var, köprü projeleri gibi) başka bir kanuna göre yürütülüyor, Sağlık Bakanlığı da bir takım projeleri kendi kanununa göre yürütüyor. Yani sektörel bir düzenleme yerine sektörün ihtiyaçları ve gerekleri dikkate alınacak şekilde o rahatlığı ve esnekliği sağlayacak bir çerçeve kanunun (bir ihale yöntemi ya da bir ihalede uygulanacak temel prensipleri, katılımcı şirketlerde aranacak temel özellikler içerecek) olması gerekir. Bunlar artık her sektör için homojen olması gereken konular. Dolayısıyla bir kanuna ihtiyaç var. Bir an önce çerçeve yasa çıkmalı. Çerçeve yasa yeni bir şey mi getirecek, hayır. Bu yasa olmadan iş yapılamıyor mu, hayır. Zaten çerçeve yasanın çıkması biraz daha gecikirse projeler kendi tabi oldukları sektör kanunlarına göre yapılmış olacak. Bir iki yıl daha gecikilirse çok da bir anlamı kalmayacak çerçeve kanunun.”

G3 çerçeve kanunun gerekliliğine dikkat çekiyor ancak bu kanunun yürürlüğe girmesindeki gecikmeden de endişe duyuyor. Bu endişe ile yapılan görüşmelerin çoğunda karşılaşılmıştır. Genel görüş çerçeve kanunun çıkması ve diğer kanunların da hızla buna adapte edilmesi; genel çerçevenin belirlenmesi ve her şeyin bu genel çerçeve içine yerleştirilmesi gerekliliğidir. Böyle bir düzenlemede geç kalınırsa birçok proje daha önceki mevzuatlarla hayata geçirilecek ve bu düzenlemeden beklenen yarar sağlanamayacaktır.

Özellikle G1, G2 ve G3’ün çerçeve yasanın gecikmesi ile ilgili endişelerini destekleyecek görüşleri şöyledir:

G1:

“KÖO projelerine ilgi duyan bütün uluslararası yatırımcıların handikapı mevzuattır. Uzun süreli projelere katılan özel sektör için hangi kanuna tabi olacağını bilmek, ileriye planlamak açısından önemlidir. Risklerin, hakların ve karın ne olacağını baştan hesaplamak ve ona göre yatırım kararı vermek her

yatırımcının hakkıdır. Belirsizliklerin olması yatırımcıları beklemeye veya başka alanlara yönelmeye iter.”

G2:

“Yatırıma karar veren özel sektör belirsizliklerden dolayı risk yüksek olacağı için kar payını yüksek tutmak isteyecektir.”

G3:

“Sağlık sektörü her yatırımcının ilgilendiği bir alan değildir. Hitap ettiği özel bir yatırımcı kitlesi vardır ve bu yatırımcılar çıkılan ya da çıkılacak ihalelerde mevcut mevzuatı inceleyip, öğrenmiş, hazırlıklarını ona göre yapmışlardır. Şimdi yeni kanun çıkar ve sağlık projeleri bu kanun yürürlüğe girdikten sonra ona tabi olursa bu durum yatırımcılar için de ilave bir öğrenme süreci gerektirecektir. Doğru olan bu büyük projelere başlamadan önce çerçeve kanunu çıkarmış olmak ya da bu projeleri biraz daha ötelemektir.”

Görüşmeci 30’a göre ise:

“KÖO kapsamında uluslar arası alanda sağlık sektöründe geniş uygulama imkânı ve başarılı projeler yer almasına rağmen, Türkiye’de daha önce uygulama örneğinin olmaması ve yasal mevzuat ve düzenlemelerin tam olarak sonuçlandırılmaması nedeniyle kamu özel ortaklığı modeline kararsız bir yaklaşım sergilenmektedir.”

Aslında çerçeve kanun çalışması ve bu gelişmeye ilişkin daha önce anlatıldığı gibi bir süreç yaşanmıştır. Bu sürecin başlangıcı 1998 yılına dayanmaktadır. Bu süreç sonucunda ortaya çıkan bilgiler ışığında kanun çalışmaları başlatılmış ve AKP hükümet programlarında KÖO kanununun hazırlanması görevi DPT’ye verilmiştir. Bu görev nedeniyle DPT birçok kurumun görüş ve önerilerini alarak birkaç kez KÖO çerçeve kanun taslak

çalışması yapmıştır. Ancak taslak kanun çalışmaları bir türlü yasalaşamamıştır. Çerçeve kanunun taslak çalışmasına katkı sağlamaya yönelik bir çalışmayı PPP Platformu Türkiye gerçekleştirmektedir (G1-3).

Bu konuda G1'in düşüncesine göre:

“Türkiye bu alana ilk giren ülkelerden birisi bir yere kadar geldi ve tılandı. Tıkanmasının nedeni de bu konunun artık çok genel bir çerçeve içinde görülüp anlaşılması gerekliliğidir. KÖO politikalarının kurumsallaşabilmesi için konunun sadece sektörlere özel değil genel bir çerçeve içinde ele alınması gerekmektedir.”

Genel kabul gören bir diğer görüş ise, yeni bir mevzuatın uygulamada çoğu zaman hukuki sorunları da beraberinde getirecek olmasıdır. Nitekim Kayseri Entegre Sağlık Kampusü Projesi ve kanun aleyhine bir dava açılmış ve dava Danıştay'da görülmektedir (TEİS, Mayıs 2007). Politikanın yasal altyapısının oluşturulması sırasında birçok tarafın yukarıdaki eleştirilerine karşın yasanın tartışıldığı ve onaylandığı TBMM'de yasa görüşmeleri sırasında yapılan tek tartışmanın Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulacak olan KÖO Daire Başkanlığı'na yönelik eleştiriden ibaret olması (Türkiye Büyük Millet Meclisi [TBMM], 3 Haziran 2007) ise ilginç bir tespittir.

4.2.2. Politikanın İdari Altyapısına İlişkin Görüşler

Sağlık sektöründe KÖO uygulamalarının yürütülebilmesi amacıyla 3.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 inci maddesine; 3.6.2007 tarih ve 5683 nolu değişiklik yapılmasına dair Kanun ile Madde 1 (k) bendi eklenmiş ve Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur¹⁰. 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye 17/C maddesi eklenmesi ile Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun

¹⁰ Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun. (2005). *Resmi Gazete*, 5396, 03.07.2005.

ek 7 nci maddesiyle ön görülen iş ve işlemleri yapmakla görevlendirilmiştir. Ayrıca, Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan, 3.7.2006 tarih ve 2006/10655 sayılı, Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çerçevesinde iş ve işlemleri gerçekleştirmek ve Bakanlıkça verilen diğer görevleri de yürütmekle görevlendirilmiştir.

KÖO Daire Başkanlığı'nın kurulmasından sonra daire başkanı atanmış ve dairenin idari altyapı oluşturma çalışmaları proje hazırlıkları ile birlikte yürütülmüştür. Bu süreçte üç kez daire başkanı değişmiştir (G6-8).

Yapılan görüşmelerde politikayı destekleyen görüşmeciler Sağlık Bakanlığı'nın bu politika kapsamında geldiği noktayı ve çabayı olumlu fakat yetersiz bulmaktadır. Özellikle uzmanlık gücünün zayıf olması Sağlık Bakanlığı'nın KÖO kapsamında özel sektör karşısında eşit şartlarda bir ortak olamayacağı izlenimini yaratmaktadır (G1-3).

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

KÖO politikalarında bir diğer bakış açısı görüşmecilerin çoğu tarafından dile getirilen çerçeve yasa ile birlikte çerçeve bir idari yapının da oluşturulmasıdır. Görüşmeci G1-5, G7-8 ve G20'nin bu konudaki görüşleri bir birine çok benzemektedir. Bu benzer görüşleri aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

“Sağlık Bakanlığı içinde çok ciddi bir birikim oluştu. Sağlık Bakanlığı içinde oluşan birikimin genel bir çerçeve içinde değerlendirilmesi doğru olabilir. Bu yaklaşım bakanlığın yetkilerini almak şeklinde değil, genel bir birim çatısı altında uygulamada bulunma şeklinde olabilir. ...Merkezi yapı sektör temsilcilerinin bir araya gelip konuşacağı ve ortak bir platformun oluşacağı ve her kurumda temsil edilen bir birim olmalıdır. ...Ulaştırma Bakanlığı, Enerji

Bakanlığı, Özelleştirme İdaresi gibi merkezi idarelerde ve bazı yerel yönetimlerde ciddi bir deneyim ve bilgi birikimi oluşmuştur. Bu idarelerin hepsi büyük ve uzun vadede kontratlar yapmış kurumlardır. Yıllardır yaşanan tecrübenin sonucunda standart sözleşmeler oluşturulmuş, hukuki ve yönetsel bir takım kazanımlar yaşanmıştır. Ancak bu deneyim ve birikimlerin diğer sektör, merkezi ve yerel idarelere aktarılması için bir yapı eksikliği vardır. ...Düzenleme, denetleme ve KÖO projesi uygulayacak birimlere “helpdesk” sağlayacak bir birim oluşturulmalıdır. Burada denetleme Sayıştay denetlemesi gibi algılanmamalıdır. Kurulacak bu merkezi kurum bir kurum içinde olmamalı, Kamu İhale Kurumu, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine Müsteşarlığı ve sektörleri de içine alan bir üst yapı olmalıdır. Dolayısıyla ihale, planlama, maliye, finans, hukuk ve sektöre ilişkin uzmanların görev aldığı bir birim olmalıdır. ...Bu birim Sağlık Bakanlığı adına ihale yapacak bir kurum olmamalıdır. İhale sözleşmelerinin taslaklarını hazırlamaya hatta standart sözleşme hazırlanmasına ya da standartlaşmaya yardımcı olan belki de her bir sektörde standart sözleşmeler hazırlayan bir kurum olabilir. Kurulacak olan merkezi birimde çerçeve çizici ve çok büyük projelerde de bizzat müdahaleci olabilecek bir yapının oluşturulması gerekir. ...Bu yapının özel yetkileri olmalı ve mümkünse Özelleştirme İdaresi gibi doğrudan başbakana bağlı veya Yatırım Destekleme Ajansı gibi başbakanlık bünyesinde bir yapı olabilir. Gerçekleştireceği projeler makro işler olacağı için bu yapının çok güçlü olması gerekir. Bu bir düzenleme kurulu olabilir veya merkezi birim diğer ülke örneklerinde olduğu gibi “task force” (görev gücü) olarak kullanılabilir. ...Bu merkezi yapıda sadece kamu tarafından bakılmamalı, özel sektörün de beklentileri yer almalı ve ismi Kamu-Özel Ortaklığı ise her iki tarafında temsil edildiği bir yapı olmalıdır. ...İngiltere örneğinde olduğu gibi bu merkezi birimin kendisi de bir KÖO olabilir.”

G1’e göre merkezi yapı için alternatiflerden birisi Özelleştirme İdaresi olmalıdır. Bu görüşe göre, bakanlıklar ve yerel idareler dışında merkezi bir idare olarak bu konuya en hakim birim Öİ’dir. G1’e göre Öİ bütün KÖO unsurları ile

deneyim kazanmış bir müessesedir. Nitekim Öİ'nin vizyonu da bu konuda daha aktif olmak, merkezi yapının kendi içinde oluşturulması yönündedir.

G1, G2 ve G3'ün ortak görüşüne göre:

“Merkezi birim çok uzmanlaşmış bir birim olmalıdır. Bu konuda Avrupa Birliği Genel Sekreterliği örneği gibi bir yapılanma oluşturulabilir. Orada merkezi bir kapasite yaratılıp sonra yerel kapasitelerin oluşturulmasına çalışılabilir. Yerel yönetimlerde “focus point” denilen irtibat kişileri veya belli birikimler oluşturulup o çerçevede o kapasiteler merkezi kapasiteyle işbirliği içinde çalışabilir. Yani merkezi bir kapasite yaratılıp yerel yapılara eğitim ve destek sağlanabilir.”

Çerçeve yasa, merkezi idari yapılanmadan sonra diğer önemli bir konuda KÖO uzmanlık alanlarının oluşturulmasıdır. Bu alanda çalışacak bir “KÖO uzmanlık” alanı oluşturulabilir. KÖO uzmanı hukukçu, KÖO uzmanı mimar, KÖO finans uzmanı, KÖO uzmanı işletmeci, KÖO uzmanı Sağlık Kurumları Yöneticisi, KÖO uzmanı muhasebeci gibi.

Sadece sağlık sektöründe KÖO politikasının uygulanması açısından bakıldığında ise en azından insan kaynağı altyapısının ivedilikle oluşturulması önemli bir konudur. Görüşmeciler arasındaki hakim görüş Sağlık Bakanlığı'nın KÖO uygulamalarını gerçekleştirebilecek yeterli alt yapısının olmadığı, şeklindedir. Görüşmelerde hem mekân hem de insan kaynağı açısından yetersiz olan altyapının geliştirilmesi için öncelikle bir finansman yöntemi olmasından dolayı finans, iktisat, işletme, hukuk, mühendislik, mimari, sağlık kurumları yönetimi alanlarından uzmanların istihdam edilmesi gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Hukuk alanında özellikle sözleşme hukuku, Kamu İhale Kanunu, tahkim ve uluslar arası hukuk konularında yetişmiş hukukçuların istihdam edilmesi önemlidir. Geçmiş deneyimler özellikle kamunun uzmanlık gücünün özel sektör karşısında zayıf kalması nedeniyle birçok projede hayal kırıklığı yaşandığını göstermektedir. Bu konuda G1 görüşlerini şöyle dile getirmektedir:

“İlk uygulamalardaki yasal altyapı eksikliğindeki en önemli konu tahkim ile ilgili düzenlemelerin olmamasıydı. Sürekli yasal sorunların ortaya çıktığı bu ilk uygulamalarda kamunun uzman gücünün zayıflığı, hukuk bilgisinde kamu aleyhine yaşanan bilgi asimetrisi davaların kaybedilmesine sebep olmaktaydı ve kamu bu hukuki sorunları aşabilmek için hukuka yoğunlaşırken başka konuları ihmal edebiliyordu. Bu ilk KÖO uygulamalarında kamu tarafının tam anlamı ile profesyonellik gösteremeyişi özel sektör karşısında kamunun gücünü zayıflatmış ve özellikle enerji sektöründeki başarısız KÖO uygulamaları hükümetleri KÖO uygulamalarından uzaklaştırmıştır.”

4.3. Politikanın Sonuçlarına İlişkin Görüşler

4.3.1. Politikanın Finansal Etkileri

KÖO politikasının finansal etkileri konusunda yapılan görüşmelerde olumlu ve olumsuz birçok etkiden söz edilmiştir. Bu etkiler görüşmecilerden elde edilen bilgiler doğrultusunda olumlu ve olumsuz finansal etkiler olarak ele alınmaktadır.

Olumlu Finansal Etkiler:

Yapılan görüşmelerde görüşmeciler KÖO politikasının finansal etkileri ile ilgili bazı olumlu sonuçlara işaret etmiştir. Bu konuda özellikle sağlık tesislerinin yenilenmesi, yeni sağlık tesisi yapımında kamunun kaynak kısıntısı ve ilave kaynak yaratamaması nedeniyle KÖO politikasının bu sorunu çözebileceği sonucu üzerinde durulmuştur. Kamu altyapı yatırımlarının gerçekleştirilebilmesi için alternatif bir finansman yöntemi olarak tercih edilen KÖO özellikle genel bütçe imkânlarının sınırlı olduğu yatırım alanları için genel bütçeye karşı ciddi bir alternatif olarak görülmektedir. Sağlık sektörü açısından geleneksel yöntemle 8-10 yıl sürebilen bir sağlık tesisi yapımı bu yöntem ile 1-2 yılda tamamlanabilmektedir. Politikaya olumlu bakan görüşmecilerin politikanın finansal etkileri için ortak düşüncesini G7 şöyle dile getirmektedir:

“Genel bütçe imkânları çok kısıtlı, geleneksel yöntemle 400 yataklı bir hastanenin ortalama yapım süresi 8-10 yılı buluyor. Bu modelde dışarıdan finansman bulunuyor ve inşaat bitene kadar bakanlığın cebinden hiç para çıkmıyor. İnşaat bittikten sonra yıllara yayarak 20-49 yıl kira ödeniyor. Bu açıdan

bakıldığında kamu açısından çok karlı gözüküyor. Dolayısıyla finansal açıdan sıkıntı olmadığı ve uzun süreye yayılmış borçlanma söz konusu olduğu için yatırım yapma esnekliği sağlıyor. KÖO yöntemi ile aynı anda 8-10 proje yapabilirsiniz ve hepsini de 3 yılda bitirebilirsiniz.”

Bu modelde yatırım için gerekli finansman kaynağı KÖO’nın özel sektör ortağı tarafından yerli ya da yabancı finans kurumları veya bankalardan temin edilmektedir. Ortaklığın kamu tarafı proje kapsamında inşaat tamamlanıp, tesis işletmeye geçtikten sonra uzun vadeye (20-49 yıl) yayılmış bir ödeme takvimi ile özel sektör tarafına kira ödemesi yapmaktadır. Bu yöntemle finansal açıdan sıkıntı yaşamayan kamu uzun süreye yayılmış borçlanma söz konusu olduğu için yatırım yapma esnekliği kazanıyor ve aynı anda 8-10 projeyi hayata geçirme şansına sahip oluyor.

Bu konuda politikanın bir diğer önemli finansal sonucu ile ilgili G1-2, G4-11 ve G30’un ortak görüşleri şu şekilde özetlenebilir:

“Bir tarafta 8-10 yıl diğer tarafta 1-2 yılda bitebilecek yatırımlar var. Aradaki 7-9 yılda kaliteli ve iyi bir hastanede, tek yataklı odalarda sağlık hizmeti verebilme şansı getirmektedir. Bu açıdan bakıldığında hem toplumsal fayda hem de maddi açıdan kârlı bir seçenek olduğu görülmektedir.”

Özellikle politikayı destekleyen görüşmecilere göre politikanın bir diğer önemli finansal etkisi KÖO yöntemi ile yapılan projelerde ticari alanların özel sektöre bırakılabilmesidir. Bu esneklikle projelerin bir kısmının kendi kendisini finanse edebileceği düşünülmektedir. Görüşmeci G 4’e göre:

“Özellikle büyükşehirlerde örneğin Etlik ve Bilkent kampüslerinde yüklenici 5 yıldızlı bir otel yapar ve oradan milyon dolarlar kazanırsa, kârımı bu otelden çıkarıyorum ve kira istemiyorum, diyebilecektir. Ankara, İstanbul, Mersin ve Adana gibi illerde bu olabilir. Bunun işlemeyeceği illerde ise farklı bir model geliştirilebilir. Örneğin ticari alan kapsam dışı bırakılır, temizlik, yemek, otopark, güvenlik gibi

hizmetler yükleniciye verilerek kiradan indirim sağlanabilir. Bu tamamen sağlam bir finansal analiz yapılmasına bağlıdır. Bu noktada sözleşme çok önemli olacaktır.”

Ayrıca KÖO politikasının mevcut kamu kaynaklarının daha verimli ve öncelikli alanlara kaydırılabilmesine de imkân sağlama potansiyelinde olduğu dile getirilmektedir. Görüşmeci G7:

“...bu projeler için harcanmayan kamu kaynağı koruyucu sağlık hizmetleri gibi alternatif alanlara ayrılabilir.” diyerek bu gerçeği özetlemiştir.

Olumsuz Finansal Etkiler:

Yapılan görüşmelerde görüşmecilerin önemli bir kısmı geri ödeme mekanizmasının daha yakından incelenmesiyle olumsuz finansal etkilerinin görülebileceğine vurgu yapmaktadır. Politika kapsamında gerçekleştirilecek projelerin geri ödemesi sağlık tesisi tamamladıktan sonra tesisin kendi döner sermayesi tarafından karşılanacaktır. Ancak tesisin döner sermayesi tam olarak faaliyete geçmemiş olursa veya tesisin döner sermayesi geri ödemeleri karşılayamayacak kadar zararda ise bakanlık merkez döner sermayesi geri ödemeleri karşılamak zorunda kalacaktır (Yıldız, 2007). Bu noktada bazı görüşmeciler politikanın finansal etkilerine bu açıdan bakarak önemli bir tespitte bulunmuşlardır. Örneğin KÖO yöntemi ile finanse edilen proje sayısı arttığı ve geri ödemeler işletilen tesislerin döner sermayeleri tarafından karşılanamadığı durumlarda merkez döner sermaye üzerinde geri ödeme yükünü artıracaktır. Aynı anda 8-10 tane büyük proje yapıldığında ve bu geri ödemeleri hastane gelirleri karşılayamadığında, merkez döner sermayede sıkıntı yaşadığında bu çok avantajlı görünen projeler genel bütçe üzerinde yük oluşturacaktır. Özellikle görüşmeci G3 bu konuya şu sözlerle dikkat çekmektedir:

“...bütçe üzerinde yarı yarıya koşullu yükümlülük yaratıyoruz bunun belli bir sınırı yok ve ileriki yıllarda çok ciddi bir sıkıntı doğurabilir. Bütçe üzerine yük getirebilir, nakit yönetimi açısından çok sıkıntı yaratabilir.”

Politikayı desteklemeyen görüşmecilere (G12-13, G21-28, G31) göre bu politika ile gerçekleştirilmesi düşünülen yatırımlar yüksek maliyetli projelerdir ve bu projelerin finansmanı mutlaka uluslararası yatırımı gerektirecektir. Bu görüşlere göre uluslar arası sermayenin yanında mimariden inşaata, finanstan teknolojiye pek çok taraf fayda sağlayacaktır. Görüşmeci G26'ya göre:

“Sağlık kentleri projesinden en az zararla çıkma seçeneği yoktur. Bu projeler yüksek sermayeli projelerdir ve bunlarda alternatif yapım şansı olmadığı için yabancı sermayeye bağımlılıktan başka seçenek yoktur. Bu projelerin bir kısmında mevcut kamu hastanelerinin kampusler içine toplanması planlanmaktadır. Ancak bir hastanenin taşınması ev taşınmasına benzememektedir. Hastaneyi taşıırken hastanenin tüm maddi yapısını olduğu yerde bırakır hurdaya ayırırsınız ve yeni bir hastane açarsınız. Dolayısıyla kamu böyle bir sermayeye sahip değil. Yani saydığımız teknolojiyi, inşaatı falan finanse edecek bir kamu hastanesi veya kurumu yok. Bu ancak uluslararası bir şirketle gerçekleştirebilecek bir projedir ve dolaylı olarak devamında tıbbi hizmetlerin de bu konsorsiyumlara gitmesiyle sonuçlanacaktır. Maliyeti yüksek projeler olduğu için tüm inşaatı uluslar arası konsorsiyumlar yapacak ve bir süre sonra bu konsorsiyumlar tıbbi hizmetleri ve yönetimi de devralacaklardır.”

Politika karşıtlarının ortak bir diğer görüşü ise, bu politikanın sonucu olarak sağlık sektörü tümüyle özel sektörün eline geçerse bir takım dayatmalar olacak, özel sektör piyasayı kontrol edebilecek ve sağlık hizmetinden yararlanmada adaletsizlikler ve kontrolsüz bir sağlık harcaması ortaya çıkabilecektir. Gereksiz yere artan sağlık harcamaları ile maliyetler yükselebilecektir. Bu maliyetleri karşılayamayan kamu bir süre sonra sağlık hizmetlerinden tamamen çekilebilecektir (G12-13; G21-28; G31).

4.3.2. Politikanın Yönetsel Etkileri

Yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bilgilere göre, politikanın önemli yönetsel etkileri bulunmaktadır. Bu etkilerden bazıları bu politikayla birlikte ilk kez ortaya çıkarken bazıları mevcut uygulamalarda değişiklik olarak görüşmecilerin görüşlerine yansımıştır.

Politikanın yönetsel etkisi olmasa da uygulamada meydana gelen bir değişiklik o güne kadar Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) olarak adlandırılan yöntemin sağlık sektörü için KÖO adı ile uygulanmasıdır. Enerji ve ulaştırma sektörü uygulamalarında KÖİ olarak adlandırılan yöntem sağlık sektöründe “Kamu-Özel Ortaklığı” olarak kullanılmaya başlanmıştır. Görüşmeci G7 bu konuda:

“Bu politika kapsamında isim karmaşası yaşanmaktadır. Yöntemi Sağlık Bakanlığı KÖO olarak isimlendirirken DPT, HM, Öİ ve diğer uygulayıcı kurumlar KÖİ ismini kullanmışlardır.”

Yine görüşmeci G1:

“Doğrusu Kamu Özel Ortaklığı değil Kamu Özel İşbirliği’dir. Daha geneldir çünkü o. DPT de öyle dedi. Partnership’i iki türlü de algılayabilirsiniz. İki tür Public Private Partnership vardır. Biri sözleşme bazlı partnership ki bunlara Kamu Özel İşbirlikleri denir. Diğeri kurumsal bazlı Kamu Özel İşbirlikleri yani Institutional Public Private Partnership yani bildiğimiz ortaklıktır. Devletin o ortaklıkta bir payı vardır. Biz daha çok ona ortaklık denmesi taraftarıyız.” ifadesiyle bu konudaki genel düşünciyi dile getirmiştir.

İsim farklılığı konusunun KÖO politikası hazırlık aşamasında yapılan toplantılarda çok tartışıldığı görüşmeciler tarafından özellikle dile getirilmiştir (G1-3). Ayrıca bu çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde de görüşmecilerin önemli bir kısmı bilinçli şekilde KÖİ ismini kullanmıştır.

İsmi dışında, politikanın idari yapılanması da görüşmeciler tarafından dile getirilmiştir. Yukarıda “politikanın idari altyapısı”na ilişkin verilen bilgiler kısmında değinildiği gibi bakanlık içinde yeni bir daire kurulması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu daire doğrudan bakanlık müsteşarlığına bağlı müstakil bir daire olarak kurulmuştur. Özellikle TBMM’nde kanun görüşmeleri sırasında tepki gösterilen (TBMM, 3 Haziran 2007) bu daire Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’dır.

KÖO Daire Başkanlığı’nın kurulması ve yasal altyapının şekillenmesi ile politika kapsamında Sağlık Bakanlığı için özel bir yol çizilmiştir. KÖO Dairesi için

kurum içindeki çeşitli birimlerden iktisat, işletme, hukuk mezunu çalışanlar bu dairede istihdam edilmiştir. Bunun dışında ihtiyaç duyulan uzmanlık gücü bireysel ve kurumsal danışmanlık hizmet satın alımları ile gerçekleştirilmektedir. Politikanın ilk ortaya çıkışından itibaren KÖO program danışmanı atanmıştır ve politikanın tüm süreçlerinde program danışmanının etkisi görülmektedir. Program danışmanı ile birlikte bu kapsamda hukuk, finans, şehir planlaması, mimari alanlarda danışmanlık hizmetleri alınmıştır (G4; G6-8). Görüşmecilerden G4 bu durumu şu sözlerle değerlendirmektedir:

“Yurt dışında böyle 1000 yataklı hastane projelerinde 500 kişiye yakın çalışan görev alırken; şu anda KÖO Daire Başkanlığı’nda 20 kişi çalışıyor ve bunların birçoğu konunun tamamen yabancısı. Kamunun uzman açığı danışman ve müşavir firmalarla karşılanabiliyor.”

Kamunun yeterli olmadığı alanlarda danışmanlık hizmeti satın almak gerekliliği göz ardı edilemez. Ancak danışmanlık hizmeti satın almanın bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Görüşmeci G4 danışmanlık hizmeti satın alınması ile ilgili endişelerini şu sözlerle dile getirmektedir.

“Danışmanlarla çalışmanın avantaj ve dezavantajları vardır. Öncelikle bu hizmetlerin bir maliyeti vardır ve bu maliyeti kamu karşılamaktadır. İlk projelerde DB kredileri, İngiltere ve İspanya hibeleri kullanılmasına karşın ileride yapılacak projelerde bu hizmetler kamuya ayrı bir yük getirebilecektir. Ayrıca danışmanlarla çalışmak süreklilik sağlamayabilir, danışman gittiğinde işler durabilir, bilgisini saklayabilir veya uzmanlığından tam olarak yararlanılamayabilir. Sonuçta danışman kişi ya da firma ile anlaşma bittiği zaman yeniden başlanan noktaya gelinebilir.”

Sağlık altyapı yatırımında KÖO yönteminin kullanılması geleneksel yöntemde etkin rol alan DPT ve HM’nın yaptığı iş ve işlemlerde değişiklik yaratmıştır. Sağlıkta KÖO ile ilgili mevcut mevzuata göre DPT’nin rolü YPK sürecinin sekretarya görevini yürütmek ve ön fizibilite etüdüne görüş vermektir. Yine HM geleneksel yöntemle yapılan yatırımlarda parayı temin eden taraf iken KÖO

yönteminde sadece projelerin kamuya olabilecek yükünü değerlendiren ve ön fizibilite raporuna göre YPK'ya görüş veren bir kurumdur.

4.3.3. Politikadan Faydalananlar

Görüşmelerden elde edilen bulgulara göre, KÖO politikası birçok kişi ve taraf için faydalı bir politikadır. Görüşmecilerin üzerinde görüş birliği sağladığı tarafların başında politikanın üretildiği Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. KÖO politikası ile Sağlık Bakanlığı kısa sürede büyük yapılara kavuşacak ve altyapısını yenilemiş olacaktır. Görüşmeci G9 KÖO politikasının Sağlık Bakanlığı tarafından gündeme getirilmesinde yer alan bir aktör olarak görüşünü şu şekilde dile getirmiştir:

“Ankara’da yaşadığımız için Ankara’dan örnek vereyim. Şehrin değişik yerlerinde hastanelerimiz var. Bir kısmı 100 yıllık bir kısmı 80 yıllık. Bunlar sağlık hizmeti veriyorlar. Şimdi bakınız orada herhangi bir sağlık hizmeti almak isteyen vatandaş diyelim ki onkoloji hizmeti alıyor ama kadın doğum ile ilgili problemi oldu. Nereye gidecek, Cebeci’deki kadın doğum hastanesine. Veya genel sağlık hizmetleri ile ilgili bir durum için Sıhhiye’ye gelmek zorunda kalacak. Veya ileri kardiyoloji sağlık hizmeti için yine Sıhhiye’ye gelmek zorunda kalacak. Onlarda yatan herhangi bir kişi göğüs hastalıkları ile ilgili bir sağlık hizmeti için Keçiören’e gidecek. Şimdi dağınık bir yapı var. Her bir hastane kendi şartlarında ve ekonomik koşullarında inşa edildikleri yılların imkânlarına göre tasarlanmış ve o dönemdeki sağlık hizmet konseptine uygun şekilde dizayn edilmiştir. Ama günümüzde artık şöyle bir eğilim var. Ülkeler artık sağlık hizmetlerinde maliyet/etkinlik analizi yapıyor ve çok fazla ulaşım yapmadan hastayı oradan oraya göndermeden bir kampüsün içinde sağlık hizmeti vermeye yönelik bir takım hizmetler geliştiriyor. Mesela Dubai’de Health Center veya Health City kurulmuş. Burada KÖO ile büyük kampüsler yaparak, hastanın çok fazla ulaşım ihtiyacı olmadan gerektiği zaman diğer kurumlardan ve birimlerden hizmet almasını kolaylaştırıcı nitelikte hizmet üretmeyi öngördük. Keza başka bir şey daha var o da şu, kendine özgü bir laboratuvar ve görüntüleme sistemleri var ve aynı sistemi biz göğüs hastanesinde de onkoloji hastanesinde de kadın doğum hastanesinde de genel hastanede de görebiliyoruz. Onlar ayrı ayrı bir maliyet. Merkezi kampüs yaptığınız zaman merkezi laboratuvar merkezi görüntüleme yöntemi ile daha az bedelle daha çok hizmet sunabilme imkanına kavuşacak. Bir

kampüs içinde yer alan bütün bu hastaneler o merkezi laboratuvar ve merkezi görüntüleme biriminden hizmet alabilir durumda olacak. Böylece verimlilik de artacaktır.”

Görüşmeci G9'un yukarıda yer verilen görüşlerinde olduğu gibi görüşmecilerden G1-11, G16-17, G19-20, G29-30 bu politikadan öncelikle hizmetten yararlananlar yani hastalar ve yakınları fayda sağlar görüşünü savunmaktadır. Bu konuda G7:

“Bu proje kapsamında gerçekleştirilmesi düşünülen hastaneler son teknoloji ve modern tesisler şeklinde inşa edileceği için hasta ve yakınları üzerinde en azından psikolojik rahatlama sağlayacaktır.” diyerek bu düşünceleri özetlemiştir.

Katılımcıların ortak görüşlerine göre, KÖO politikasının fayda sağlayacağı bir diğer taraf ise finansör ve yatırımcılardır. Büyük maliyetli, riski düşük, karı yüksek, bakanlık garantisi taşıyan bu projelerden yatırımcılar ve finansörler fayda sağlayacaktır. G1-11, G16-17, G19-20, G29-30 bu projelerin başarılı olması halinde firmaların adını duyuran, reklam yapabilecekleri, ses getirecek projeler olacağını düşünmektedir. Dolayısıyla başarılı projeler yatırımcısına kar dışında başka yatırım projeleri için referans oluşturabilecektir. Finansörler açısından kamu garantisi ile sağlık gibi bir alanda kredi vermek karlı bir iş olacaktır.

Politikanın yarar sağlayacağı diğer bir grup ise, sağlık çalışanları ve sağlık tesisinden eğitim alanlardır. Sağlık çalışanları modern tesislerde, her türlü olanağa sahip, düşük riskli çalışma koşullarında çalışma şansına sahip olacaktır. Sağlık tesisinden eğitim hizmeti alanlar daha modern ve son teknolojiden yararlanma şansına sahip olacaklar ve daha iyi ameliyathanelerde ve telekonferanslı uygulamalarla kaliteli bir mesleki eğitim alabileceklerdir.

Yatırımcılar, finansörler, sağlık çalışanları gibi politikacılar, sağlık bakanı ve hükümet de başarılı bir KÖO projesinden siyasi olarak kazançlı çıkacaktır. Ülkede yaşayan herkese hizmet sunan bu sağlık tesisleri vatandaşın memnuniyetini kazandığında memnuniyet ülke yöneticilerine, sağlıktan sorumlu bakan ve siyasilere

oy olarak dönecektir. Dolayısıyla başarılı sağlık projeleri oy potansiyelini artıracaktır. G7 bu konuda aşağıdaki tespiti yapmıştır:

“O partiye oy vermeyecek birisi bile bu tesisleri görünce fikrini değiştirebilecektir. Doğrudan oy toplamak için değil ama vatandaşın sempatisini kazanmak için önemli bir politika olduğu söylenebilir. Mesela Niğde ve Kırıkkale’de daha önceki sağlık bakanlarının yaptığı yatırımlar o yöre halkı üzerinde önemli olumlu etki oluşturmuştur.”

Sağlık hizmeti vatandaşın önem verdiği bir hizmettir ve hangi ideolojik görüşe sahip olursa olsun hizmetten yararlandığında bunun yapılmasını sağlayan idareye bir sempati duyabilir. Nitekim görüşmeciler arasında yer alan iki tane iktidar milletvekili illerinde KÖO ile yapılacak projeleri sabırsızlıkla beklediklerini dile getirmişlerdir. Bu görüşmecilerden G9 bu politikayı ciddi şekilde desteklediğini şu sözlerle dile getirmiştir:

“...ben X ili milletvekiliyim. X ili ile ilgili de proje var. Bir an önce gerçekleşmesini heyecanla bekliyorum. Kamuoyu da bekliyor. Ben de eski bürokrat yeni parlamenter olarak elimden geleni yapıyorum ve bu politikayı destekliyorum.”

KÖO modelleri ile yapılacak projeler ciddi bir istihdam kaynağıdır. İnşaattan, tedarike, işletmeden bakım onarıma kadar pek çok boyutunda yeni istihdam yaratabilir. Politikanın uygulamaya geçmesiyle birlikte dolaylı olarak bu tesislerin yapılacağı coğrafi alanlarda rant alanları değerlendirilecek ve bu bölgede mülkü olan vatandaş bu ranttan yararlanacaktır. Projenin gerçekleştirileceği bölge esnafı da bu politikadan dolaylı olarak etkilenecektir. Projelerin yapıldığı yerlerde belediye altyapı hizmetleri getireceği için o bölgede yaşayanlar dolaylı olarak bu projelerin faydasını göreceklerdir. Örneğin yeni yollar, alt-üst geçitler, metro hatları ve sosyal tesisler yapılabilir (G1; G3-4; G6-8).

Daha önce bahsedildiği gibi KÖO politikası Sağlık Bakanlığı’nın birçok konuda danışmanlık ve müşavirlik hizmeti satın alımıyla yürütülen bir politikadır. Kamu için mevcut olan belirsizlikler özel sektör içinde geçerlidir. Yani özel sektör ortağının da özellikle finans, mimari ve hukuk alanlarında danışman ihtiyacı

olacaktır. Bu nedenle KÖO ile ilgili çalışan danışman ve danışmanlık firmaları bu politika kapsamında projelerden iyi kazançlar elde edebilecek ve deneyimlerini artıracaklardır. Mimar ve müşavirlik firmaları özellikle hem maddi açıdan kazanç sağlayacak, hem de Sağlık Bakanlığı'nın satın aldığı yurtdışı danışmanlıklarda yerli ortak olarak deneyimlerini artıracaktır (G1; G3-4; G6-8; G20).

Yine sağlıkta KÖO yöntemi kapsamında yer alan birçok uzmanlık alanı için KÖO bir üst uzmanlık alanı olacaktır. Örneğin hukukçular, finansçılar, şehir plancıları, muhasebeciler, mühendisler, mimarlar, işletmeciler ve tıbbi donanımcılar için yeni bir üst uzmanlık alanı oluşabilecektir. Böyle projelerde çalışan bu kişiler yeni bir uygulama alanında uzmanlaşarak bilgi, tecrübe ve kariyerlerine katkı sağlayabilecektir. KÖO projelerinin uygulanması bu konuda çalışan araştırmacı ve akademisyenlerin de üzerinde çalışabilecekleri bir uygulama ve araştırma alanı yaratmış olacaktır (G1-8; G20).

4.3.4. Politikadan Zarar Görenler

Sağlıkta KÖO politikası sağladığı çok sayıda fayda ile beraber birçok kişi veya kurum için zarar verici bir politika olarak görülmektedir. Özellikle politikaya karşı çıkan görüşmecilerin üzerinde durdukları politikadan zarar gören taraflar ve politikanın zararları bu bölümde anlatılmaktadır.

Politikanın karşısında yer alan görüşmecilerden G12-13, G21-28 ve G31'in politikadan zarar göreceği kişi ve kurumlar konusundaki ortak görüşleri şöyledir:

“Öncelikle büyük ölçekli bu projelerde yer alamayacakları için önceden bakanlıkla çalışabilen küçük müteahhitler bu politikadan zarar görecektir. Çünkü ön yeterlilik var ve her firma bu ihalelere katılamayacaktır. Ancak doğrudan yatırımlara katılamayan bu firmalar daha büyük firmaların alt yüklenicisi yani taşeronu olarak bu projelerde yer alabilecektir.”

G26 bu görüşü şu örnekle desteklemektedir:

“...Aksi takdirde süpermarketlerin açılıp bakkalların sonunun gelmesi gibi bu firmalarda sağlık sektörü için piyasadan silinebilecektir.”

Bütün görüşmecilerin üzerinde görüş birliğine vardığı bir diğer konu ise KÖO politikası ile yapılacak projelerde geri ödemelerin sebep olabileceği zararlardır. Söz konusu geri ödemeler her bir proje için inşa edilen sağlık tesisinin döner sermaye gelirleri ile karşılanacaktır. Ancak projelerin geri ödemesi için tesis döner sermayeleri yeterli olamayabilecektir. Özellikle büyük projelerde bu endişe haklı olarak artmaktadır. Endişeler gelirlerin geri ödemeyi karşılayabilmesi için gelirleri artırmak amacıyla mevcut sistemde zaten var olan kötü uygulamalara gidilmesi ihtimali üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu konuda görüşmecilerin verdiği örneklerden bazıları; hastanenin daha fazla kazanabilmesi için çalışanlar daha uzun süre çalıştırılabilir, gereksiz tetkik ve tedavi ile kazanç artırılabilir, sağlık harcamaları artırılabilir veya yolsuzluklar yapılabilir, şeklindedir. Görüşmeciler bu yapının sağlık harcamalarını çok artıracığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) açığının bu nedenle daha da artacağını düşünmektedirler. Üstelik bu çok yükselen sağlık harcamaları olduğu gibi uluslar arası şirketlere gidecektir. Bu endişeler gerçek olacak olursa işte o zaman çalışanlar, hastalar, SGK ve herkes zarar görecektir (G12-13; G21-28; G31).

Sağlıkta KÖO politikasından zarar görmesi en muhtemel taraf kamu tarafıdır. Çünkü çok hakim olmadığı bir konuda büyük yatırımlara kalkışan taraf kamudur. Yetersiz veya yanlış hesaplanmış fizibilite veya yanlış seçilmiş bir KÖO modeli ile kira ödemeleri çok yüksek olabilir ve kamu zarara uğratılabilir. Bu tür modellerde özel sektörün konuya çok daha fazla hakim olduğu ve özel sektör çalışma felsefesi nedeniyle kamu, özel sektör karşısında daha zayıf/savunmasız görülmektedir. Görüşmeci G12-13, G21-28 ve G31'e göre KÖO politikası kapsamında yapılacak sağlık kampuslerine bütün uluslar arası kampuslerde olduğu gibi bir süre sonra kamunun girişi engellenebilmektedir. Tıpkı ticaretteki serbest bölgeler gibi her iş ve işlem hem maddi hem manevi anlamda denetimsiz kalabilecek, hatta yerel otoriteler tarafından denetlenemeyen bir yapı oluşabilecektir. Bu durum sağlıklı bir hak olarak gören sosyal devlet anlayışı ile çelişecektir. Denetim mümkün olmayacak, şeffaflık veya kamu yararı gibi konular göz ardı edilebilecektir.

Kimi zaman faydalı olan rekabet bu politikayla bazı taraflara zarar verebilecek gibi görünmektedir. Örneğin sağlık çalışanları açısından bir rekabet oluşabilecektir. Bu tesislerde çalışmak isteyen insanlar bir birleriyle yarışacaktır. Ama diğer yandan özel hastaneler için kamu çok daha ciddi bir rakip olacaktır.

Özellikle yüksek maliyetlerle yatırım yapmaları teşvik edilen özel sektör (özel hastaneler) ciddi bir kamu rekabeti ile karşı karşıya kalacaktır. Bu duruma bir de tam gün yasası eklenip, iyi doktorlar kamuda kalırsa kamu sağlık tesisleri özel sektör karşısında çok ciddi bir fark yaratacaktır. Bu projelerde tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri de özel sektöre devredilecek ve bunlarda son teknolojiyle donatılacaktır. Dolayısıyla bu alandaki özel sektör ciddi şekilde zarar görebilecektir. Kamunun önceleri yatırım yapmak için desteklediği özel sektöre bu şekilde rakip olması görüşmeciler tarafından aynı zamanda ülke kaynaklarının kötü kullanılması olarak yorumlanmaktadır (G12-13; G21-28; G31).

Yukarıda KÖO politikasının başarıya ulaşması halinde zarar görebilecek taraflardan bahsedildi. Ancak bir de politikanın başarısızlığı ile zarar görebilecek taraflar vardır. Bunlar KÖO politikasında rol alan siyasi, bürokrat, teknokrat ve danışmanlardır. Çok yüksek maliyetli projelerde başarısızlığın faturası ağır olabilmektedir. Özellikle böyle projelerde başarısız olduğunda faturayı bürokratlar ödemek zorunda kalmaktadır (G1; G4; G7-8; G12-13; G21-28; G30-31).

Görüşmecilerin bu politika ile ilgili kaygıları özellikle sağlık kentleri projeleri ile ilgilidir. Sağlık kentlerinin planlandığı gibi hayata geçirilmesi ile sağlık sektörünün tüm yapısına zarar verebileceği düşünülmektedir. Özellikle G12-13, G26 ve G31 projelerin sonucu olarak sağlık hizmeti sunan kurumların ikili bir yapıya dönüşebileceği konusunda kaygılarını dile getirmişlerdir. Politikayı hükümetin diğer sağlık politikaları ile birlikte değerlendiren G26'ya göre:

“...bu politika ile aile hekimliği ile kent hastaneleri arasında başka kademe kalmayacak ve bu ikili yapı bir birinci basamak bir de üçüncü basamak dediğimiz yapıdan oluşacaktır. Aradaki ikinci basamak doğal olarak ortadan kalkacaktır. Bu tesislerin hayata geçmesi ile ya sevk zorunluluğu kanuni olarak ortadan kaldırılır ya da zaten aile hekimlerinin başka seçeneği olmadığı için doğrudan bu sağlık kentlerine sevk etmeleri gerekir. Bu durumda aradaki fakülte hastaneleri, numune hastaneleri ve bütün özel hastaneler ortadan kalkabilecektir. O zaman tek seçenek bu sağlık kentleri olacaktır. Bu yapılarla beraber fiilen sevk zincirine gerek kalmayacak bir yapı oluşturulacaktır. Hem de bu çok kısa bir süre içinde gerçekleşecektir. Zaten vatandaş da öyle isteyecek aile hekiminden ‘ilacımı yaz,

tansiyonuma bak, yoksa beni kente sevk et', diyecektir. Teknik anlamda bir sevk sistemi olmayacak ve Türkiye'nin bütün sağlık iş ve işlemleri bu sağlık kentleri üzerinden yapılacaktır."

G26'ya göre bu sağlık kentlerinin yönetimleri ve çalışanları da uluslar arası şirketlerin kontrolüne bırakılacaktır. G26 bu konuda:

"...bu tesislerin CEO'ları yani yönetimi tamamen yabancı olacaktır. Bu uluslar arası şirketler yöneticilerini mutlaka kendi yapılarından atayacaktır. Şu anki yasalarımıza göre yabancı hekim çalıştırma iznimiz yok. Ancak hekim sayımız az dışarıdan hekim gelmesine izin verelim, diyerek onun da önü açılacaktır. Ayrıca uluslararası konsorsiyum bir süre sonra tekel olacak ve personel açısından hekim hemşire ve diğer çalışanlar açısından klasik terminolojide kullandığımız "beyaz yakalı işçiler" ordusu benzetmesi gerçek olacaktır ve bu çalışanlar belirli sınırlarda bulunan ücretlerle çalışmaya mahkûm olacak ya orada çalışacaklar ya da çalışamayacaklardır. Bu süreci hızlandırmak için tam gün yasası hazırlanmıştır. Tam gün yasası ile tıpta direnme gücü olan branşların direnci kırılacaktır." diyerek politikanın getirebileceği sorunlara dikkati çekmektedir.

G26 ve diğer politika karşıtı görüşmecilerin görüşlerine göre yukarıda saydığımız durum, projeler hayata geçtikten bir süre sonra ortaya çıkacaktır. Görüşmecilere göre politika halka önceleri çok iyi tanıtılacak, tesislerin işletmeye başlandığı ilk zamanlar rekabeti zayıflatmak için fiyatlar eşit tutulacak, zayıf rakipler ortadan kalkana kadar daha kaliteli sağlık hizmeti aynı fiyattan verilecek ve vatandaş bu hizmete alışıkça ve rakipler ortadan kalktıktan sonra tekel konumundaki sağlık kentleri fiyat belirlemeye başlayacaktır. Ayrıca kendi serumunu ve yarı mamul üretimini de yapabilen tesisler olacağı için bu tesislerin dışarıyla tek bağılılığı farmasötik ilaç bağlamında olacaktır.

Yukarıda sayılan zararlar sadece karşıt görüşlü görüşmecilerin algıladıkları zararlar olarak görülmemelidir. Politika yapıcılarının (hükümet ve Sağlık Bakanlığı'nın) benzer politikalarındaki yaklaşımları ve sağlık sektöründe izlenen gelişmeler (özellikle uluslar arası güçlerce şekillenen sağlık politikaları)

kamuoyunda yaygın şekilde güvensizlik ve şüphe oluşturmaktadır. Yine politikacıların sağlık sektörünün yapısı ile ilgili kararsızlıkları sade vatandaş tarafından bile fark edilmektedir. Nitekim G31 bu konuda yaygın algıyı şu sözlerle dile getirmektedir:

“Hükümetin sağlık kenti mi yoksa hastane zinciri mi olmalı konusundaki tereddütü dikkat çekicidir. Hastane zincirleri büyük atak yaptığı için bu zincirlerin önünü kesmek için kampus projeleri gündeme getirilmiştir. 2008’de Etlik Kampusünün yapılacağı duyurulmuşken Ankara’da büyük zincir hastanelerden birisi hizmete girmiş ve nedeni anlaşılamayan bir şekilde ilk olarak Kayseri Entegre Sağlık Kampusü projesi hız kazanmıştır. Bu durum politikayı gündeme getiren tarafların bir tereddüt yaşadığına işaret etmektedir.”

4.3.5. Politikanın Coğrafi Etkileri

Sağlıkta KÖO politikasının yönetsel ve finansal etkileri yanında coğrafi etkileri de bulunmaktadır. Bu politika ile büyük yatırım ihtiyacı olan yerlere kar getirebilecek yatırımlar yapılması planlandığı için kamunun kendi yatırım kaynağı ile yatırım yapma esnekliğini artırabilecektir. Örneğin Ankara için ayrılan genel bütçe yatırımı diğer illerdeki yatırımlar için kullanılabilecektir. Bu esneklik özellikle yatırım ihtiyacı olan coğrafi bölgeler açısından bir avantaj oluşturacaktır. Yine KÖO yöntemi ile yatırım yapılan coğrafi bölgede arazilerin değeri artacak, kiralar yükselecek ve ayrıca yerel yönetimler tarafından birçok altyapı yatırımı yapılması ile bu bölgelerin cazibesi artacaktır (G4; G6-9; G11).

4.3.6. Politikanın Sembolik Etkileri

Koepfel ve diğerleri (2007)’nin Edelman (1971)’den aktardığına göre, bazı politikalar gerçekte uygulama isteği olmaksızın sembolik anlamda bir karar olarak yapılabilmektedir. Sağlıkta KÖO politikası da bu açıdan değerlendirilmiş ve görüşmecilere politikanın sembolik etkisinin olup olmadığı sorulmuştur. Yapılan görüşmelerde görüşmeciler genel olarak bu politikaya ilişkin sembolik bir etki görmemişlerdir.

Bu konuda G7 görüşünü şu şekilde dile getirmiştir:

“Bazı politikalar sembolik etki taşıyabilir ama bu politikanın tamamı için böyle bir şey söyleyemeyiz. Yani tamamı değil ama içinde sembolik olarak yapılan şeyler olabilir. Bunu uygulamadan sonra görebiliriz. Vadedilen tesisler ortaya çıkmazsa böyle sembolik bir etkiden o zaman söz edebiliriz.”

Görüşmeci G7 gibi G4 de politikanın sembolik etkisinin olmadığını düşünüyor ve bu düşüncesini şöyle dile getiriyor:

“Bunlar çok büyük yatırımlar, böyle bir şey olduğunu hiç zannetmiyorum. Benim Sağlık Bakanlığı’ndan aldığım kanaat de öyle, laf olsun diye yapılmış bir şey asla olamaz, çünkü maliyeti çok büyük olacak, her attıkları adımda çalışıyorlar onun için sembolik etki olarak tanımlanacak bir şey olduğunu zannetmiyorum.”

4.4. Politikanın Tarafları

Sağlıkta KÖO politikasının tarafları PolicyMaker 4.0 programı ile analiz edilmiştir. Bu analize göre ortaya çıkan aktörler ve bunların pozisyonları Tablo 4.1 ve Şekil 4.1’de yer almakta, bu tablodan ortaya çıkan koalisyon haritası ise Şekil 4.2’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Politika aktörlerinin etki, güç ve pozisyonlarına göre dağılımları.

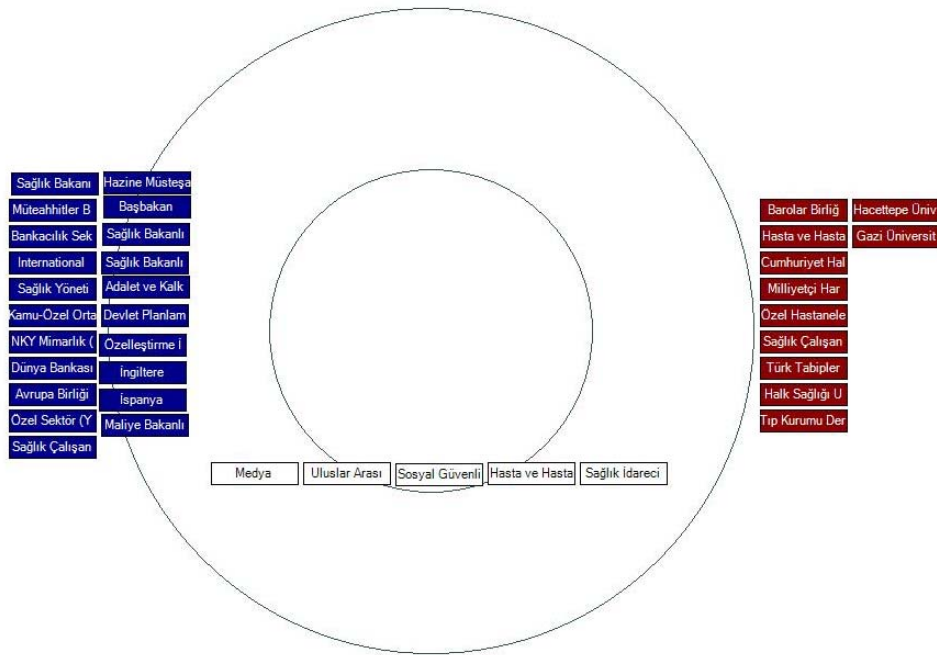
Aktörler	Sektör	Pozisyon	Güç
Adalet ve Kalkınma Partisi	Siyasi	 Yüksek Destek	 Orta
Avrupa Birliği	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Bankacılık Sektörü	Özel	 Yüksek Destek	 Yüksek
Barolar Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Orta Muhalefet	 Yüksek
Başbakan	Siyasi	 Yüksek Destek	 Yüksek
Cumhuriyet Halk Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Devlet Planlama Teşkilatı	Kamu	 Orta Destek	 Yüksek
Dünya Bankası	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
GÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Hasta ve Hasta Yakınları	Bireysel	 Yüksek Muhalefet	 Düşük
Hasta ve Hasta Yakınları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafsız	 Düşük
Hazine Müsteşarlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
İngiltere	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
International PPP Platform Türkiye	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
İspanya	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Kamu-Özel Ortaklığı Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Düşük
Maliye Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Medya	Medya	 Tarafsız	 Orta
Milliyetçi Hareket Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Müşahitler Birliği	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
NKY Mimarlık	Özel	 Yüksek Destek	 Düşük
Özel Hastaneler	Özel	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Özel Sektör	Özel	 Yüksek Destek	 Yüksek
Özelleştirme İdaresi Başkanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanı	Siyasi	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Çalışanları	Kamu	 Orta Destek	 Düşük
Sağlık Çalışanları	Bireysel	 Orta Muhalefet	 Düşük
Sağlık İdarecileri Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafsız	 Düşük
Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
SB KÖO Program Danışmanı ve Diğer Danışmanlar	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
Sosyal Güvenlik Kurumu	Kamu	 Tarafsız	 Yüksek
Tıp Kurumu Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Türk Tabipler Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Uluslararası Para Fonu	Uluslararası	 Tarafsız	 Yüksek



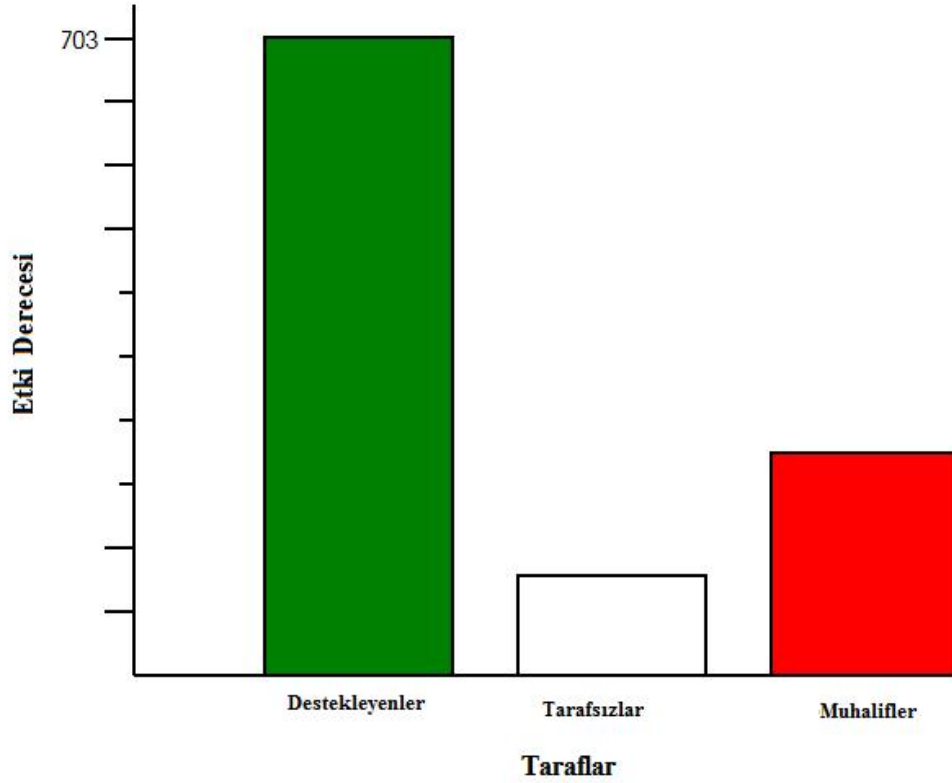
Şekil 4.1. Politika Aktörlerinin Etki, Güç ve Pozisyonlarına Göre Dağılımları

Tablo 4.1 ve Şekil 4.1’de görüldüğü üzere Sağlık Bakanı, Başbakan, Hükümet Partisi (AKP), MB, İngiltere, İspanya, DB, AB, Sağlık Bakanlığı danışmanları, HM, Öİ, bankacılık sektörü, International PPP Türkiye Platformu, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği (SAYED), Müteahhitler Birliği, Kamu Özel Ortaklığı Derneği, NKY Mimarlık Türkiye sağlık sektöründe finansman yöntemi olarak KÖO politikasını güçlü şekilde destekleyen aktörlerdir. DPT ve sağlık çalışanları ise politikaya orta düzeyde destek veren aktörler olarak sayılabilmektedir. Şekil 4.1’in ortasında yer alan tarafsızlar arasında Uluslararası Para Fonu, SGK, medya, Hasta ve Hasta Yakınları Derneği ile Sağlık İdarecileri Derneği yer almaktadır. Şekil 4.1’in sağ tarafında ise yine güç ve etkilerine göre politikaya muhalefet eden aktörler yer almaktadır. Bunlar orta düzeyde muhalefet gösteren Barolar Birliği ve sağlık çalışanları; yüksek düzeyde muhalefet gösteren Türk

Tabipler Birliği (TTB), Cumhuriyet Halk Partisi (CHP), Milliyetçi Hareket Partisi (MHP), Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, Tıp Kurumu Derneği, hasta ve hasta yakınlarıdır. Şekil 4.2’de ise Tablo 4.1’de yer alan aktörlerin koalisyon haritaları yer almaktadır. Bu tablo ve şekile göre ortaya çıkan fizibilite grafiği ise Şekil 4.3’de verilmektedir. Tablo 4.1, Şekil 4.1, 4.2 ve 4.3’e göre politika mevcut durumu ile yüksek oranda desteklenen bir politika özelliği taşımaktadır. Politikayı destekleyen aktörlerin güçleri ve etkileri de dikkate alındığında bu politikanın uygulanabileceği sonucuna varmak mümkündür (Bkz. Şekil 4.3). Politikanın tarafları, tarafların etki ve güçleri görüşmecileden elde edilen bilgiler ışığında daha ayrıntılı şekilde bu başlık altında ele alınmaktadır.



Şekil 4.2. Politika aktörlerinin koalisyon haritası.



Şekil 4.3. Politikanın uygulanabilirliği.

Şekil 4.3’de politikayı destekleyenlerin politikanın uygulanabilirliğine etkileri 703 olarak görülmektedir. Bu değer politikanın güçlü şekilde desteklendiğini ve uygulanabilirliğinin mümkün olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

4.4.1. Politikayı Destekleyenler

Bu bölümde politikayı destekleyen aktörler amaçlı etki ve güçleri açısından ele alınmaktadır. Politikayı destekleyen aktörler sağlık bakanı, başbakan, sağlıkta KÖO program danışmanı ve diğer danışmanlar, AKP, DPT, HM, MB, Öİ, İngiltere, İspanya, Mütahhitler Birliği, bankacılık sektörü, International PPP Platform Türkiye, SAYED, Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, NKY Mimarlık, DB, AB, özel sektör ve bazı sağlık çalışanları olarak sıralanabilmektedir.

Sağlık Bakanı (Recep Akdağ)

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, bu politikanın gündeme gelmesi ve uygulamaya geçmesinde katkısı olan en önemli aktördür. Akdağ, bu konuya yakın ilgi göstermiş yurtdışı örneklerinin incelenmesi, politikanın gündeme getirilmesi, olgunlaştırılması,

taraflar arasında diyalog sağlanması, mevzuat hazırlığı ve nihayetinde Sağlık Bakanlığı içinde kurumsal bir yapı oluşturulması konularında bizzat katkı vermiş bir bakandır. Bu politikanın uygulayıcı kurumunun yöneticisi olarak politikayı sahiplenmiş ve başarılı olabilmesi için çalışmış bir kişidir. Yapılan görüşmelerde de görüşmecilerin hepsi bu politikanın en önemli aktörü kimdir, sorusuna “Sağlık Bakanı” şeklinde cevap vermiştir. Sağlık Bakanı bu politika açısından güçlü ve etkili bir aktördür (G1-13; G16-31; G60-61).

Başbakan (Recep Tayyip Erdoğan)

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan politikanın yasal ve idari olarak geliştiği dönemlerde politikayı destekleyen önemli bir aktördür. Ancak bu konu başbakanın o dönemlerde gündemindeyken son zamanlarda ülke gündeminin değişiklik göstermesi nedeniyle gündemden düştüğü gözlenmektedir. Başbakan bu politikanın gündeminde olduğu 2006’da Mütteahhitler Birliği, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) ve sektör temsilcileri ile ayrı ayrı görüşmeler yapıp, politikaya destek olmalarını istemiştir. Başbakan ayrıca hastanelerin yanı sıra okulların da özel sektör tarafından yapılıp devlete kiralanması modelini birlikte düşündüklerini katıldığı toplantılarda dile getirmiştir (Medimagazin, 17 Şubat 2006).

Başbakanın sağlıkta KÖO politikasına etkisi ve desteği tüm görüşmeciler tarafından dile getirilmiştir. İktidarda bulunan Adalet ve Kalkınma Partisi ve başbakan tek partili bir hükümet olmanın avantajı ile bu politikayı güçlü şekilde desteklemektedir (G1-31; G60-61).

Sağlık Bakanlığı KÖO Program Danışmanı ve Diğer Danışmanlar

Sağlık Bakanlığı KÖO program danışmanı olarak 2007 yılında atanan Dr. Erkan Topal politikanın her aşamasında etkisi ve gücü olan önemli bir aktördür. Sağlık Bakanlığı’nın işleyişi içinde çeşitli konularda danışmanlık hizmeti alınması yaygın bir uygulamadır. KÖO politikası da bu açıdan Sağlık Bakanlığı’nın danışmanlık hizmetine başvurduğu bir politikadır. Bakanlığın KÖO ile ilgili deneyimi yeterli olmadığı için politikanın ilk aşamalarından itibaren program danışmanı atanmıştır. Program danışmanı dışında şehir planlaması, hukuk, mimari ve finansman konularında bireysel danışmanlarla çalışılmaktadır. Program danışmanı ve diğer alan danışmanları bu politikayı desteklemekte, bilgi ve uzmanlıkları

çerçevesinde politikanın başarısı için çalışmaktadırlar. Yapılan görüşmelerde görüşmecilerden hepsi danışmanların politikayı desteklediğini ancak güçlerinin uzmanlıklarıyla sınırlı olduğunu düşünmektedir (G1-31; G60-61).

Adalet ve Kalkınma Partisi

Adalet ve Kalkınma Partisi 2002 yılında kurulmuş ve o tarihten beri iktidar partisidir. AKP politika ile ilgili mevzuat görüşmeleri döneminde parti olarak politikaya destek olmuştur (TBMM, 3 Haziran 2006). Özellikle parti içinden vekil oldukları bölgeye KÖO yöntemi ile yatırım yapılacak olan milletvekilleri politikayı güçlü şekilde desteklemektedir (G9; G11). Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı eski bürokratı olan milletvekilleri politikayı daha etkili ve güçlü şekilde desteklemektedir (G9). AKP Türkiye’de tek parti hükümeti olmanın getirdiği avantaj ile politikayı güçlü şekilde desteklemektedir. Bu destek politikanın mevzuat çalışmasında kendisini daha net görülmüş, kanun görüşmelerinde parti milletvekilleri desteklerini göstermişlerdir (TBMM, 3 Haziran 2006).

Devlet Planlama Teşkilatı

Türkiye’de kamu yatırımları DPT’nin uhdesinde yürütülmektedir (Ayanoğlu ve diğerleri, 1996). Bütün kamu yatırımları sektörel bazda ve proje bazında DPT tarafından takip edilmektedir. Günümüzde kamu yatırımları ihtiyaca cevap vermede yetersiz kalmaktadır. Bu gerçeklikle DPT alternatif finansman bulan kurumları ve bu amaçla gündeme gelen politikaları desteklemektedir. Görüşmecilerden G4 bu desteği şu sözlerle dile getirmektedir:

“Yatırım ihtiyacı çok, mevcut yatırım bütçesi ise bunun hemen hemen yarısını karşılayacak kadardır. Bu nedenle yatırımcı kurumların alternatif modeller teklif etmesi DPT tarafından her zaman teşvik edilmektedir. Dolayısıyla sağlık altyapı finansmanında KÖO yöntemi DPT açısından olumlu değerlendirilmektedir.”

Yapılan görüşmelerde görüşmecilerin hepsi DPT’nin bu politika için önemli bir aktör olduğuna vurgu yapmışlardır. DPT bu politikada doğrudan değil fakat YPK sekreteryası olarak dolaylı katkı sağlayan bir kurumdur. KÖO ile yapılması düşünülen projelerin ön fizibilite raporu YPK onayına sunulmaktadır. DPT bu

süreçte YPK'nın sekretaryasını yürüten kurumdur. DPT'nin KÖO ile ilgili bir diğer rolü ise tüm sektörler için çözüm üretmek üzere düşünülen KÖO çerçeve kanun çalışmasını yürüten kurum olmasıdır. Bu görev hükümet tarafından DPT'ye verilmiştir. Bu kapsamda çalışmaları devam eden DPT bünyesinde açıkca ifade edilememesine rağmen bir düşünce hakimdir. Bu düşünce, çerçeve yasa çıktığı taktirde oluşacak merkezi birimin DPT çatısı altında oluşturulmasıdır. DPT'nin resmi olarak açıkladığı bir görüş olmamasına rağmen özellikle politikanın geçirdiği süreçlerde yer alan görüşmecilerden G1-8'in gözlemleri böyle bir düşüncenin varlığına işaret etmektedir.

Hazine Müsteşarlığı

Hazine Müsteşarlığı devletin nakit yönetiminden ve borçlanmasından sorumlu, geleneksel altyapı tedarik sürecinde kamu adına borçlanan, klasik YİD ve Yİ gibi yöntemlerde ise garantör olan kuruluştur. Dolayısıyla devlet adına yükümlülüğe girecek kamu kuruluşlarının yaptıkları işlerin bütçeye etkileri açısından ve KÖO ile gerçekleştirilecek projeler açısından bu politikada resmin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Her ne kadar uygulayıcı kuruluş olmasa da, resmi kurumların yaptıkları işlemler nedeniyle devleti doğrudan ya da koşullu yükümlülük altına sokabilecek her türlü işlemlerinde HM'nın bilgisi ve görüşünün alınması gerekmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı projelerde de HM'nın görüşlerine başvurulmaktadır. Yıllık yatırım projelerinde kamunun yapacağı yatırımlar DPT, HM ve MB'nin ortak çalışması sonucunda ortaya çıkan bir yıllık yatırım programı ile planlanmaktadır. O yatırım programındaki projelerin finansmanı gerek iç parayla yapılacaksa projelerin nakit yönetiminden sorumlu kuruluş olduğu için, gerekse dış parayla yapılacak projelere finansman temini açısından HM önemli bir aktördür. HM, KÖO projelerinde YİD'lerde olduğundan farklı olarak, doğrudan finansman temin eden veya doğrudan garanti veren bir kuruluş değildir. Projelerin garantörü olmadığı için KÖO modeli uygulama sürecinde sadece YPK onayı sırasında müdahil olabilmektedir. Bu projelerde koşullu yükümlülük Sağlık Bakanlığı'na aittir. Ancak her şeye rağmen döner sermaye gelirleri projelerin geri ödemesi için yeterli olmazsa genel bütçeden bir aktarım olacağı için HM politikada önemli bir aktördür (G1-31; G60-61).

Sağlık altyapı yatırımlarının finansmanında kullanılacak olan KÖO yönteminde HM'nin yetki ve yükümlülükleri daha sınırlıdır. Örneğin HM'nden sorumlu bakan YPK üyesi olduğu için bu yöntemle yapılan projeler HM'nin bilgi ve görüşüne sunulmaktadır. Ancak HM bu yatırımlar için doğrudan garantör bir kurum değildir (G1; G3-4; G6-8).

Genel olarak sağlıkta KÖO politikasını destekleyen HM, projelerin ileriye dönük karşılanabilirliği konusunda tereddüt yaşamaktadır. HM yetkilileri ile yapılan görüşmede bu tür yatırımların geri ödemesinin zaman içinde düzgün şekilde yapılabilmesi için gereken önlemlerin yeterli şekilde oluşturulmadığı konusunda endişeleri bulunduğu görülmüştür. Kanun hazırlığı sırasında görüşlerini ve endişelerini ileten HM bu konuda halen net bir sonuç olmadığını düşünmektedir. Görüşmeci G3:

“Geri ödemeler ile ilgili bütün yetki Sağlık Bakanlığı’nın KÖO Daire Başkanlığı’na aittir ve bu konuda herhangi bir denetim mekanizması bulunmamaktadır. Ayrıca bu yöntemin finansal açıdan etkisinin ne olacağına dair henüz bir veri yoktur. Dolayısıyla pek çok taraf gibi Hazine Müsteşarlığı da KÖO yatırımı sonucunda ne ile karşılaşılacağını bilememekte ve ilk projelerin sonuçlarını beklemektedir.” sözleriyle HM'nin politikaya ilişkin görüşlerini açıklamaktadır.

Görüşmeci G3’ün önemle vurguladığı bir diğer konu ise:

“HM’nin resmi görüşüne göre bütün KÖO modellerini bir araya toplayacak mevzuat ve sisteme ihtiyaç vardır. Ancak bu sistemin kurulması için her geçen gün daha da gecikilmektedir.”

Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, bu politika kapsamında mevzuatta belirtilen şekli ile yapılacak olan sağlık tesisi için gerekli araziye tahsis etmekle görevli kurumdur. Bu kapsamda Milli Emlak Genel Müdürlüğü tarafından KÖO projeleri için tahsis edilen arsaların ön izinleri MB tarafından verilmektedir. Bunun yanında Maliye Bakanı aynı zamanda YPK üyesidir (G1-11; G30-31; G60-61).

Çalışma kapsamında yapılan görüşme sonuçlarına göre MB bu politikayı genel olarak desteklemektedir. Ancak görüşmecilerin diğer sağlık politikalarına

dayanarak vurgu yaptığı bir konu da KÖO yönteminin sağlık harcamalarını engellenemez şekilde artırması halinde MB'nın bu projelerin durdurulması için hükümete baskı yapabileceğidir. Bu kapsamda görüşmeciler MB'nı bu politikayı mevcut durumda destekleyen ancak şartlar değiştiğinde politikanın uygulamasını durdurabilecek güçte bir aktör olarak görmektedir (G1-11; G30-31; G60-61).

Özelleştirme İdaresi Başkanlığı

Özelleştirme İdaresi merkezi idareler içinde özelleştirmeler dışında YİD, Yİ ve YİS modelleri ile ilgili ciddi deneyim ve bilgi birikim oluşturmuş bir kurumdur. Kurumun yıllardır edindiği tecrübeler sonucunda standart sözleşmeler oluşturulmuş, hukuki ve yönetsel bir takım kazanımlar yaşanmıştır. Öİ Sağlık Bakanlığı'nın KÖO politika çalışmalarının mevzuat hazırlığı aşamalarında yer almış, deneyim ve görüşlerini aktarmış bir kurumdur. Bu politika ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın çabasını ve çalışmalarını yakından takip ve takdir eden idare genel olarak politikayı desteklemektedir. Ancak diğer kamu kurumlarında olduğu gibi Öİ de tüm sektörleri kapsayan bir mevzuat ve merkezi birim oluşturulması fikrini savunmaktadır. İdareye göre, bu güne kadar elde edilen tecrübeler ve oluşturulan kapasite artık tüm sektörler için kullanılabilir ve yaşanan hatalar tekrar edilmemelidir. Bu amaçla Öİ merkezi yapılanmanın kendi çatısı altında oluşturulmasını istemektedir. Merkezi bir birim ve çerçeve yasanın çıkması gerekliliğini her platformda dile getirmektedir. Dolayısıyla Öİ bu politikaya şartlı destek veren, güçlü, etkili, özelleştirme yanında KÖO projeleri açısından da deneyimi, uzman gücü, bilgi ve kapasitesi olan merkezi bir kurumdur (G1; G3-5).

Öİ'nin sağlıkta KÖO politikası ile ilgili yaklaşımını G1 şu sözlerle ifade etmektedir:

“Özelleştirme İdaresi bakanlıklar ve yerel idareler dışında merkezi bir idare olarak bu konuya en hakim birim olduğu için biraz daha ön planda olmalı, diye düşünüyoruz. Bütün KÖO unsurlarını yapan bir müesseseyiz. Onun için idare olarak da vizyonumuz bu konuda daha aktif olmaktır.”

İngiltere

Politikanın aktörleri ile ilgili yapılan görüşmelerde İngiltere üzerinde ortak bir görüş oluşmuştur. Bu görüşe göre, İngiltere'nin bu politikanın gündeme

gelmesinde önemli katkıları olmuştur. Özellikle İngiltere'nin özel finansman girişimi şeklindeki KÖO uygulamalarından elde ettiği ciddi bir bilgi ve deneyim birikimi vardır. Ayrıca birçok konuda KÖO uzmanlık alanları oluşturan İngiltere yeni bir pazarda bu uzman ve bilgi birikimini pazarlama isteği taşımaktadır (Holden, 2009; G1-7; G30; G60). İngiltere için Türkiye sadece sağlık değil birçok kamu altyapı ihtiyacı nedeniyle proje cenneti olarak görülmektedir. Bu nedenle İngiltere bu politikanın Türkiye'de gündeme gelmesi ve kurumsallaşması için her türlü katkıyı yapmaktadır. Bu noktada İngiltere Büyükelçiliği Ticaret ve Yatırım Departmanı (UK Trade Investment-UKTI) Türkiye-İngiltere arasındaki ticari işbirliğini geliştirmek üzere çalışmalar yürütmektedir (G2). Genel olarak birimin bu politika ile ilgili misyonu, İngiltere'de başarılı olmuş KÖO yönteminin Türkiye'de de kurumsallaşmasını ve yaygınlaşmasını özendirmek ve hızlandırmaktır.

UKTI politika kapsamında Türkiye'de bilincin oluşturulması amacıyla bir takım seminerler düzenlemiş, İngiltere'de uygulanan KÖO modelinin daha iyi anlaşılması için İngiltere'ye heyetler göndermiş, İngiltere'den uzmanları Türkiye'ye davet ederek, taraflar arasında diyalogu sağlayan girişimlerde bulunmuştur. Bunun dışında Türkiye'nin KÖO proje potansiyelini ortaya çıkaracak çalışmalar yürüten bu birim politika üzerinde etkili olabilecek sivil toplum örgütlerinin (PPP Türkiye Platformu gibi) yapılanması için de destek sağlamıştır (G1-2; G8).

Birimin amacı, iki ülke arasında ticari bir köprü oluşturmak, İngiltere bazlı mal ve hizmetlerin Türkiye'de tanıtılması ile aynı zamanda Türkiye'deki imkân ve fırsatların da İngiltere'de anlaşılmasını sağlamaktır. Türkiye'de büyük bir KÖO potansiyeli olduğunu düşünen UKTI her türlü alanda altyapı yatırımı ihtiyacının KÖO ile yapılabilirliğini savunmaktadır. Görüşmecisi G2 İngiltere Büyükelçiliği UKTI biriminin politika ile ilgili yaklaşımını şu sözlerle açıklamaktadır:

“UKTI'nın İngiltere bazlı görüşmeleri var. İngiltere'den Türkiye'ye uzmanlar gelip incelemeler yapıyorlar. İngiltere'de danışmanlık sektörü çok ilerlemiştir. İngiltere'de bir çok önemli firmanın danışmanlığını yapan firmalar geliyor. Onların UKTI'ye ilettiği şey, müşterilerinin Türkiye'de KÖO ile ilgili bir çerçeve görürlerse daha fazla yatırıma girişebilecekleri yönündedir. Yani o çerçeveyi kurabilirsek daha çok yabancı yatırımcıyı çekebiliriz.”

İspanya

Görüşmecilerden elde edilen bilgilere göre İspanya'nın da tıpkı İngiltere gibi bu politikanın gündeme gelmesinde önemli katkıları olmuştur. Özellikle İspanya'nın sağlık sektöründe KÖO uygulamalarından elde ettiği bilgi ve deneyim birikimi vardır. Ayrıca sağlık sektörü KÖO projelerine yatırım yapan İspanyol firmaların Türkiye'ye yakın ilgisi önemlidir. İspanyol yatırımcılar KÖO yöntemi ile yeni bir pazarda yatırım yapma isteği taşımaktadır. Bu nedenle İspanya hükümeti bu politikanın Türkiye'de gündeme gelmesi ve kurumsallaşması için yapılacak girişimlerde kullanılmak üzere hibe krediler vermektedir. Görüşmeci G1-11 politika ile ilgili İspanya'nın rolünü şu sözlerle dile getirmişlerdir:

“Sağlık Bakanlığı DB, İspanya ve İngiltere’den aldığı hibelerle KÖO uygulamaları hakkında çalışmalar başlattı. İspanya’ya İngiltere’ye insanlar gönderildi ve oradaki KÖO ile yapılmış hastaneler ve gelişmeler incelendi.”

Müteahhitler Birliği

Müteahhitler Birliği henüz yasal düzenleme yapılmadan önce görüşlerinin alınması ve Sağlık Bakanlığı'nın kendileriyle işbirliği içinde olmasından dolayı bu politikaya çok olumlu yaklaşan taraflardan birisi olmuştur. Bu olumlu görüşle Sağlık Bakanlığı'na her türlü konuda destek olmayı düşünen birlik, genel bütçeden karşılanması mümkün olmayan sağlık yatırımları için özel sektörün devreye sokulmak istenmesini olumlu bir adım olarak algılamaktadır (Medimagazin, 17 Şubat 2006; G6-8).

Sağlıkta KÖO politikasına olumlu bakan ve destekleyen Müteahhitler Birliği'nin bu konu ile ilgili kaygıları da bulunmaktadır. Bu kaygılar Müteahhitler Birliği Başkanı'nın basında yer alan demeçlerinden anlaşılabilmektedir. Müteahhitler Birliği'nin en önemli kaygısı geçmiş deneyimlerden dolayı yargı kararları ile ilgili ortaya çıkabilecek sorunlardır. Bakan ya da hükümet değişikliği olsa dahi yapılan ihalelerin yasal garantiye alınması gerektiğine inanan Müteahhitler Birliği, işlerin üst mahkemelerden ya da düzenleyici kurumlardan geri çevrilmesi riskinden çekinmektedir. Geçmişte uygulanan YİD gibi bazı modellerin zaman içinde birçok sakıncasının ortaya çıkması nedeniyle bu yeni modele tereddütle yaklaşılmaktadır.

Bu nedenle birlik özel sektör adına hükümetten baştan sağlam bir yapı oluşturmamasını istemektedir (Medimagazin, 17 Şubat 2006; G6-8).

Bankacılık Sektörü

Proje finansmanı ile gerçekleştirilecek olan bu projeleri çeşitli ulusal ve uluslar arası bankalar desteklemektedir. Bu konuda bünyelerinde proje finansman bölümleri kuran bankalar tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de proje finansman kredileri sayesinde önemli sağlık yatırımlarına finansman sağlayarak kar elde edebilecektir. Başarılı bir KÖO projesini finanse eden bankalar bu başarı ile reklamlarını yapabilecek ve başka projeler için de referans oluşturmuş olacaklardır. Türkiye’de proje finansman birimi kuran ve bu konuda hazırlıklarını tamamlayan bankalardan birisi Deniz Bank’tır. Ana hissedarı Dexia’nın kamu ve proje finansmanı alanındaki uzmanlığını Türkiye’ye taşımayı hedefleyen Denizbank 2007’de “Kamu ve Proje Finansman Grubu”nu kurmuştur. Bu kapsamda Dexia’nın odaklandığı önemli konulardan birisi kamu/proje finansmanı olmuştur (Deniz Bank, 2007).

Türkiye’deki KÖO politikalarıyla ilgilenen bir diğer finans kuruluşu ise Unicredit Menkul Değerlerdir. Unicredit Menkul Değerler Genel Müdür Yardımcısı Şule Kılıç medyaya verdiği demeçlerde, Avrupa ve ABD’de standart KÖO kanunlarının olduğunu hatırlatmaktadır (Emlak Kulisi, 2010):

“Çok büyük projeler olduğunda finans kurumlarının söz konusu projeleri desteklemelerine yardım edecek kanuni bir çerçevenin olması çok önemli. Bakanlıklara rehberlik edecek yönlendirici bir kanun şart.”

Kılıç kanunun KÖO projelerinin akıbetinde önemli rol oynayan uygulama sözleşmeleri açısından kritik öneme sahip olduğunu şu sözlerle dile getirmektedir (Emlak Kulisi, 2010):

“Şu mevcut durumda devletle özel sektör arasında imzalanan bir uygulama sözleşmesi var. Diğer yanda da özel sektörle banka arasında imzalanan kredi anlaşması yer alıyor. Ancak bankayla devletin birebir konuşmasını sağlayan bir anlaşma yok. Yani devlet, bankayı direkt muhatap almıyor. Ancak toplam projelerin

en az yüzde 60'ını bankalar finanse ediyor. Kredi ödemelerinde problem olması halinde de doğal olarak devletle nasıl muhatap olacaklarını sorguluyorlar. Yurtdışı uygulamalarda KÖO kanunu “direct agreement” adı verilen ve devlet-özel sektör-banka arasında imzalanan üçlü anlaşmanın yapılmasına müsaade eden bir sistem.”

Kılıç düzgün çalışan bir KÖO kanunun olması halinde yabancı bankaların Türkiye'ye girmekte daha atak davranacağını savunuyor ve Unicredit olarak KÖO kanunu çıkarsa en aktif bankalardan olacaklarını belirtiyor (Emlak Kulisi, 2010).

International PPP Platform Türkiye

Türkiye'nin ilk ve tek KÖO platformu olan International PPP Platform Türkiye 31.12.2007 tarihinde kurulmuştur. Kuruluşu IFSL, UKTI ve European PPP Platform tarafından desteklenen derneğin üyeleri çeşitli kamu ve özel sektörden, KÖO projeleri ile ilgilenen kişilerden oluşmaktadır. Alternatif çerçeve kanun ile ilgili çalışmalar yapan dernek, KÖO konusunda bilinç oluşturmaya yönelik toplantılar, eğitim faaliyetleri ve yurt dışından uzman getirip çeşitli seminerler düzenlemekte, yurt dışından Türkiye'ye Türkiye'den de yurt dışına heyetler göndermektedir (International PPP Platform Türkiye, t.y.; G1-2).

Tüm sektörlerde KÖO projelerinin üretilmesi ve hayata geçirilebilmesi için çalışan derneğin üyeleri arasında özel sektörden bankacı, hukukçu, müteahhitler; kamu sektöründen Ulaştırma Bankalığı, Özelleştirme İdaresi, Dış Ticaret ve Hazine Müsteşarlığı gibi kurumlardan uzmanlar yer almaktadır. Dernek bu sayede ciddi bir uzman gücüne sahiptir. Tüm bu nedenlerden dolayı bu politika açısından güçlü ve etkili bir aktördür. Derneğin amaçlarından bazıları (International PPP Platform Türkiye, t.y.; G1-2):

- Kamu ve özel sektör arasında köprü oluşturmak,
- Mevzuat çalışmalarına katkı sağlamak,
- Tartışma ve tıkanma noktalarında fırsatlar oluşturmak,
- Uygulamadaki hatalarda uyarıcı ve çözüm sunucu olmak,
- Tarafların buluşma zeminini oluşturmak,
- Ülkenin KÖO kurumsal kültürünü oluşturmak,
- Akademik çalışmalar yapmak,
- Sempozyum ve eğitimler düzenlemek, şeklinde sıralanabilmektedir.

Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği

Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği mevcut hükümetin sağlık politikalarını desteklemek amacıyla 2005 yılında Ankara’da Prof. Dr. Nihat Tosun önderliğinde kurulmuş bir dernektir (Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği [SAYED], t.y). Üyeleri çoğunlukla Sağlık Bakanlığı bürokrat ve çalışanlarından oluşan dernek, Sağlık Bakanlığı işbirliği ile KÖO politikasının tanıtılması amacıyla 5-6 Aralık 2007 tarihlerinde Ankara’da “Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Konferansı”nı (Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, t.y.; SAYED, t.y.) düzenlemiştir. Bu konferans politika ile ilgili ülkemizde düzenlenen ilk konferans olma özelliğini taşımaktadır. Derneğin faaliyetleri ve üyeleri göz önüne alındığında sağlıkta KÖO politikasını destekleyen güçlü ve etkili bir atör olduğu söylenebilmektedir.

KÖO Derneği

Kamu-Özel Ortaklığı Derneği sadece sağlıkta KÖO politikasının desteklenmesi amacıyla bakanlık danışmanlarınca kurulmuş bir dernektir. Politikanın kamuoyuna tanıtılması, duyurulması ve politikayı destekleyen taraftar oluşturmak için kurulmuş bir sivil toplum örgütüdür (G8). Üyeleri çoğunlukla Sağlık Bakanlığı bürokrat, danışman ve çalışanlarından oluşan ve çok fazla etkinliği olmayan dernek bugüne kadar KÖO politikasının tanıtılması amacıyla 2008’de “Sağlıkta KÖO 08’ Kongresi”ni düzenlemiştir (Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, t.y.; G8)

NKY Mimarlık (TEKNO MEDİKA)

NKY Mimarlık spor, ticari ve konut alanlarında 30 yıldır faaliyet gösteren bir mimari danışmanlık firmasıdır. Firma 2006’dan itibaren Sağlık Bakanlığı’nın KÖO ile yapmayı planladığı projelerine mimari danışmanlığını yapmaktadır. Sağlık altyapı yatırımlarında KÖO uygulamaları kapsamında Kayseri, Etlik ve Bilkent kampus projelerinde konsept proje ve teknik şartname çalışmalarını mimari danışmanlık şirketi olan Amerikalı NBBJ Mimarlık firmasının yerel ortağı olarak birlikte yürütmüştür. Bu kapsamda Etlik, Bilkent ve Kayseri projeleri için konsept projeler oluşturulmuş, bakanlığın projelerle ilgili beklentileri teknik şartnamelere yansıtılmış ve 2008’in ikinci yarısında bu çalışmalar tamamlanmıştır. Bir sonraki aşamada Bakanlığın Etlik’teki projenin detaylandırılması ile ilgili çalışmasını ABD’li firma OWWP ile birlikte yürüten NKY Mimarlık bu çalışmayı da kısa sürede

tamamlamıştır. Bu projelerin gerçekleşmesinden sonra İstanbul İkitelli sağlık kompleksi projesinin nazım plan master çalışması, Elazığ, Adana, Samsun'da KÖO ile yapılacak projelerin fizibiliteleleri, KÖO dışında Malatya'da 600 yataklı, Akçaabat'ta 200 yataklı birer hastane projesi, Diyarbakır'da bir acil servis ve yoğun bakım projesi, Dicle Üniversitesi'nin acil servis projesi, Ankara Dışkapı Çocuk Hastanesi Kemik İliği Nakil Merkezi projelerini de NKY Mimarlık hazırlamıştır. NKY mimarlık bu politikayı destekleyen güçlü ve etkili aktörlerden birisidir (Arkitera, t.y.; NKY, t.y.; G6; G20).

Dünya Bankası

Dünya Bankası SDP kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın tüm projelerini destekleyen önemli bir uluslar arası kuruluştur. Kamu yatırımlarının tamamen kamu tarafından gerçekleştirilemeyeceğini savunan DB, bu politikanın maddi ve manevi destek sağlayan güçlü ve etkili bir aktörüdür (Pala, 2007; G6-7; G16-17).

Avrupa Birliği

Yapılan görüşmelerde ve literatür taramasından çıkarılan sonuca göre kamu yatırımlarının tamamen kamu tarafından gerçekleştirilemeyeceğini savunan AB, üye ve aday ülkelerde kamu altyapı yatırımlarının finansmanı için KÖO politikalarını desteklemektedir. Bu nedenle AB'nin sağlıkta KÖO politikasını destekleyen güçlü ve etkili bir aktör olduğu görüşü yaygındır (G1-3; G6-7; G16-17; G30; G60).

Özel Sektör (Yerli ve Yabancı)

Bu başlık altında sağlık sektörü yatırımlarında rolü bulunan tüm özel sektör ele alınmaktadır. Sağlık sektörü küresel ölçekte dünyanın en büyük sektörlerinden birisidir ve bu büyüklük birçok özel sektörün iştahını kabartmaktadır. Görüşmecilerin özellikle üzerinde durdukları konu sağlık sektörüne yönelik yatırımın çekiciliğidir. Bu çekicilik yerli yabancı birçok özel sektörü bu alana yönlendirmektedir. Bu cazibeye bir de kamu sektörü ile ortaklık eklendiğinde yatırım yapma isteği daha da artmaktadır. Bu nedenle görüşmeciler özel sektörün sağlıkta KÖO politikasını destekleyeceğini düşünmektedir. Bu kapsamda yerli ve yabancı finansörler, yatırımcılar, müteahhit, avukat, muhasebeci, bankalar, danışmanlık şirketleri, müşavir firmalar, bilişim teknolojileri firmaları ve tedarikçi firmaların bu politikayı sonuna kadar destekleyeceği düşünülmektedir. Yeni bir tesis kurulacağı

için buraya teknoloji satacak/sağlayacak grupların özellikle politikayı destekleyeceği yönünde güçlü bir inanç bulunmaktadır. Aynı zamanda görüşmeciler arasında bulunan özel sektör temsilcileri kamunun bu politikadaki ciddiyet ve kararlılığını görmeleri halinde yatırım yapmada istekli davranacaklarını söylemektedirler (G1-31; G60).

Sağlık Çalışanları

Hekimler ve diğer sağlık çalışanları sağlıkta KÖO politikası ile yapılacak projeler sayesinde daha modern tesislerde çalışma imkânına sahip olacakları için bu politikayı desteklemektedirler. Daha önce bahsedilen projelerin mimari ve teknik özellikleri çalışanlar için sağlıklı çalışma koşulları oluşturma özelliğine sahiptir. Yine eğitim hastanesi olarak inşa edilecek tesisler tıp ve diğer sağlık çalışanlarının eğitimi için son teknolojiye sahip modern tesisler olacaktır. Görüşmecilere göre bu koşulların gerçekleşebilme ihtimali bile sağlık çalışanlarının bu politikayı desteklemelerini sağlayabilecektir (G4; G6-9; G11) .

4.4.2. Politikayı Desteklemeyenler

Bu bölümde politikayı desteklemeyen aktörler amaç, etki ve güçleri açısından ele alınmaktadır. Politikaya muhalefet eden aktörler Barolar Birliği, hasta ve hasta yakınları, CHP ve MHP gibi muhalefet partileri, özel hastaneler, sağlık çalışanları, TTB, HASUDER ve Tıp Kurumu Derneği gibi sivil toplum örgütleri ve üniversiteler şeklinde sıralanabilmektedir.

Barolar Birliği

Sağlık Bakanlığı için geliştirilen bu yeni yapılanmanın hukuki açıdan bazı eksiklikleri olduğunu düşünen Barolar Birliği ve bazı hukukçular bu politikayı desteklememektedir. Bu çalışma devam ederken başlayan KÖO projelerinden ilki dava konusu olmuştur (G1-3). Davanın kim tarafından açıldığı henüz tespit edilememiş olmasına rağmen barolar birliğinin bu konudaki şüphelerinin gerçek olduğu bu gelişme ile ortaya çıkmaktadır. Ancak politikaya karşı net bir tutumu olmayan Barolar Birliği de diğer tüm taraflar gibi bu politikadaki tutumlarını belirlemek için ilk projelerin hayata geçirilmesini beklemektedir (G1-3).

Hasta ve Hasta Yakınları

Yapılan görüşmelerden çıkarılan sonuçlara göre, kamu hastanelerini kullanan hasta ve yakınları bu projelerden en çok etkilenecek taraftır. Bu etkiler şüphesiz olumlu olabileceği gibi olumsuz da olacaktır (G1-31; G60-61). Özellikle halkın yoğun olarak kullandığı kamu hastanelerinin farklı bir semtte bir araya toplanacak olması kendi içinde olumlu bir gelişme olsa da, bu durum daha önce o tesislerden yaralananlar için ulaşım, konaklama ve ihtiyaçlarını giderme açısından sıkıntı doğurabilecektir. Mevcut koşullarda kamu hastanelerini tercih eden halkın sosyo ekonomik durumu göz önünde bulundurulduğunda hasta ve yakınları daha modern ve teknolojik hizmet alabilecekler, fakat bu hizmetin bedelini de karşılamak zorunda kalabileceklerdir. Örneğin sağlık kentleri içinde yer alacak olan otel, motel ve pansiyonlar, restoran, kafe ve alışveriş merkezleri kar getirmesi amacıyla yapılan tesisler olacaktır. Daha önce Ankara'nın en ucuz otellerinden ve alışveriş merkezlerinden yararlanabilen hasta ve yakınları bu modern tesislerden yararlanamayabilecektir. Bu ve benzeri nedenler hasta ve yakınlarının bazı alışkanlıklarını değiştirecek niteliktedir (G31). Sağlık hizmetine ulaşmada sorun yaşayan halk için bu modern ve pahalı tesislerle birlikte eski tesislerin ortadan kalkması halkı alternatifsiz bırakacaktır. Bu nedenle hasta ve yakınları bu politikaları desteklemeyebilecektir. Ancak onların da politikayı etkileyebilecek gücü ve etkisi oldukça sınırlıdır.

Bu konuda görüşmeci G59:

“Daha önceden o hastaneleri kullanıp da şimdi buraları kullanmak zorunda kalacak olan alışkanlıkları değişecek hastalar desteklemeyecektir. Ama onların da politika üzerinde çok etkisi olmayacaktır.” diyerek konuyu özetlemektedir.

Cumhuriyet Halk Partisi

Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerin tamamında Cumhuriyet Halk Partisi bu politikanın karşısında yer alabilecek bir aktör olarak görülmüştür (G1-31; G60-61;). CHP'yi temsil eden görüşmeci ve partinin resmi politikaları incelendiğinde ise sağlıkta KÖO politikasına ilişkin net bir görüşün olmadığı görülmektedir (Cumhuriyet Halk Partisi Programı, 2008). Herkesin üzerinde

uzlaştığı bir görüş, bu politika iktidarın politikası olduğu için muhalefetin bunu desteklememesi gerektiği şeklindedir. Ancak daha önce de değinildiği gibi meclisteki kanun görüşmeleri, CHP temsilcisi milletvekili ile yapılan görüşme ve partinin resmi programında bu politikaya karşı özel bir muhalefet olmadığı yönündedir (G28). Bunun sebebi muhalefet partisi olarak CHP'nin henüz bu politikanın farkına varmamış olması veya bu politikanın partinin gündeminde olmaması ile açıklanabilmektedir. Görüşmeler sonucunda CHP'nin politikaya ilişkin bilgisinin eksik, etkisinin ise zayıf olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda ortaya çıkan bir diğer yaklaşım ise (G6; G8-9; G11; G30; G60):

“...muhalefet her şeye karşı çıktığı için buna da karşı çıkacaktır. Ama kendileri iktidara geldiğinde belki bu politikayı uygulamaya devam edeceklerdir.” şeklindedir.

Nitekim CHP'nin parti programında doğrudan bu politikayı reddeden bir görüş bulunmamaktadır. Bu politika ile ilgili kanun görüşmeleri sırasında itirazda bulunan muhalefet parti temsilcileri iktidar partisini “...özel sektörle ortak kullanacağınız bir daire kuruyorsunuz” şeklinde eleştirmiştir (TBMM, 3 Haziran 2007). Ancak bu konuda yanlış anlamalar düzeltilince ciddi bir muhalefet oluşmadan kanun tasarısı yasalaşmıştır. Politikanın uygulamaya başlandığı şu günlerde ise CHP'nin ciddi bir muhalefeti bulunmamaktadır (G9; G11).

Milliyetçi Hareket Partisi

Milliyetçi Hareket Partisi TBMM'nde CHP'den sonra ikinci büyük muhalefet partisidir. Çalışma kapsamında MHP'nin bu politika ile ilgili resmi görüşleri araştırılmış, parti programı incelenmiş ve partiyi temsil edecek bir milletvekili ile görüşülmüştür. Parti programı ve resmi açıklamalarda MHP'nin bu politika ile ilgili görüşünü yansıtacak herhangi bir bilgi elde edilememiştir (Milliyetçi Hareket Partisi Programı, 2009). Yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilere göre ise, MHP bu politikanın karşısında yer alabilecek bir partidir (G31). TBMM'de kanun görüşmeleri sırasında itirazda bulunan CHP gibi MHP'de iktidar partisini “...özel sektörle ortak kullanacağınız bir daire kuruyorsunuz” şeklinde eleştirmiştir (TBMM, 3 Haziran 2007). Ancak bu konuda yanlış anlamalar düzeltilince ciddi bir muhalefet

oluşmadan kanun tasarısı yasalaşmıştır. Politikanın uygulamaya başlandığı şu günlerde ise MHP'nin ciddi bir muhalefeti bulunmamaktadır.

MHP'nin parti olarak görüşüne ilişkin G31 MHP'nin iktidar dönemlerine atıfta bulunmuş ve şunları dile getirmiştir:

“MHP iktidar döneminde 2 deprem, ekonomik kriz, en düşük SB bütçesi gibi olumsuz koşullarda bile 9 hastane binasını kamu eliyle en kısa zamanda ve en uygun maliyetle yapmıştır. Bu nedenle kamu tarafından yapılabilecek sağlık tesislerinin özel sektör tarafından yapılmasını doğru bulmuyoruz. Ve bu politikayı desteklemiyoruz.”

Ancak MHP'nin muhalefet partisi olmasına karşın politika karşısındaki gücü ve etkisi yeteri kadar güçlü değildir. Yapılan görüşmeler sonucunda ortaya çıkan genel yargıya göre (G6; G8-9; G11; G30; G60):

“...muhalefet her şeye karşı çıktığı için buna da karşı çıkacaktır. Ama kendileri iktidara geldiğinde belki bu politikayı uygulamaya devam edeceklerdir.”

Nitekim MHP'nin parti programında doğrudan bu politikayı reddeden bir görüşü bulunmamaktadır (Milliyetçi Hareket Partisi Programı, 2009).

Özel Hastaneler

Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilere göre, KÖO yöntemi ile yapılacak sağlık tesisleri ileri teknoloji ve yüksek standartlar taşıyacağı için özel sağlık sektörü için ciddi bir rekabet oluşturacaktır. Böyle bir rekabette küçük ölçekli özel hastaneler rekabete dayanamayacak, hastane zincirleri ve büyük kurumsal özel hastaneler ise ortaya çıkacak ciddi rekabet ile karşı karşıya kalacaktır. Çok büyük yatırımlarla hizmet veren özel sağlık kurumları karlarını kamu ile paylaşmak istemeyecek ve yatırımlarının karşılığını almak isteyecekleri için bu politikayı desteklemeyeceklerdir. Bu konuda görüşmecisi G7 görüşmenin yapıldığı tarihlerdeki görüşünü şu sözlerle ifade etmiştir:

“...özel hastaneler için kamu çok daha ciddi bir rakip olabilir. Tam gün yasası çıkarsa ve iyi doktorlarda kamuda olursa çok ciddi bir fark yaratacak kamu.

Bu projelerde tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri de özel sektöre devredilecek ve bunlarda son teknolojiyle donatılacak. Dolayısıyla bu alandaki özel sektör ciddi zarar görebilir.”

G4 ise bu konuda şunları söylemektedir:

“Bu projeler özel hastanelere ciddi bir rakip olmuş olacak, özel hastane sektörüne bir zarar verebilir, zaten şu anda öyle, gittikçe Sağlık Bakanlığı’nın hastaneleri iyileşiyor, rakip haline geliyor, tam gün yasası çıkıyor, özel hastanelerin rakibi konumunda Sağlık Bakanlığı.”

G6 ise KÖO ile yapılacak projeleri şu sözlerle anlatmıştır:

“Bizim hastaneler kalitesiyle özel hastanelere ciddi bir rakip olacak. Şöyle bir durum kabul edilemez. Biz eski hastanelerimizle hizmet verelim öbür taraftan yeni özel hastanelerin açılmasına izin verelim. Nerede kaldı o zaman sosyal devlet anlayışı. Devlet de vatandaşına kaliteli sağlık hizmeti sunabilmelidir.”

G26 çok daha radikal bir değerlendirme ile özel sektörün tamamen ortadan kalkabileceğini şu sözlerle dile getirmektedir:

“...Aile hekimliği ile kent hastaneleri arasında başka kademe kalmaz. Bu ikili yapı bir birinci basamak bir de üçüncü basamak dediğimiz yapıdan oluşur. Aradaki ikinci basamağı kaldırmış olursunuz. ...Aradaki fakülte hastaneleri numune hastaneleri bütün özel hastaneler ortadan kalkacaktır. O zaman tek seçenek bu sağlık kentleri olacaktır. ...Bu politika hayata geçerse Türkiye’nin bütün sağlık iş ve işlemleri bu sağlık kentleri üzerinden yapılacaktır.”

Yine görüşmeci G59 “rekabet” konusuna vurgu yaparak:

“Rekabet oluşursa özel hastane sahipleri desteklemeyecektir.” diyerek aslında konuyu özetlemektedir.

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) yönetiminin medyada yer alan açıklamalarında sağıkta KÖÖ yöntemi ile yapılacak olan sağık tesisleri ile ilgili kaygıları olduğu anlaşılmaktadır. 15 Şubat 2008’den beri Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin yürürlükte olduğuna değinen OHSAD Genel Sekreteri Cevat Şengöl (Emlak Kulisi, 2010):

“Bu yönetmeliğe göre özel hastaneler şu an yeni hekim dahi alamıyor. SGK ve sağık uygulama tebliği düzenlemeleri ağır. Biz hareket edemezken kamu sağık yatırımlarının Kamu Özel Ortaklığı desteği ile de son hızla devam etmesinin özel hastaneciliği olumlu etkileyeceğini söylemek saflık olur.” diyor.

Şengöl isimlerinin tabelada özel olduğunu ama devlete birebir bağı olduklarını anlatıyor ve *“Bakanlık özel hastaneleri üvey evlat gibi görmemeli”* diyor (Emlak Kulisi, 2010). KÖÖ modelini açık tehdit olarak algılamalarına rağmen bugüne kadar Bakanlık ile bu konu özelinde konuşmamışlar.

“Görev yaptığım özel hastanenin terasına her çıktığımda Anadolu yakasının en büyük devlet hastanesinin sırtımda yükseldiğini görüyorum” diyen Şengöl, bu şartlarda 2010-2011 yıllarında yeni yatırımların duracağını ve özellikle küçük ve orta ölçekli hastanelerin kapanmaya başlayacağını savunuyor. Özel Nene Hatun Hastanesi’nin kurucusu olan ve hastanesine bugüne kadar yaklaşık 20 milyon dolarlık yatırım yapan Şengöl (Emlak Kulisi, 2010):

“Bizim rahat branş idaresi yapmamız, elimizin kolumuzun çözülmesi gerekiyor. Vatandaş sanıyor ki teşvik alıyoruz ancak özel hastane için hiçbir teşvik yoktur, maaştan elektrik su harcamalarına kadar her şeyi siz ödersiniz, devlet hastanesi bunları merkezi bütçeden alır. Sizinle yaptığı işlem için SGK’dan aynı fiyatları alır. Muayeneye gelen hasta da oraya beş lira öderse bize 12 lira öder. Özel Hastaneler yönetmeliği değiştirilmeli. Yoksa büyük tehditle karşı karşıyayız.” diyerek endişelerini dile getiriyor.

Sağık Çalışanları

Yapılan görüşmeler sonucunda çalışmanın politikayı destekleyenler başlığı altında verilen sağlık çalışanlarının bazı koşullarda politikayı desteklemeyen gruplar arasında sayıldığı görülmüştür (G12-13; G21-27). Özellikle mevcut durumdan memnun olan sağlık çalışanlarının politikayı desteklemeyecekleri yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu görüşlerden bir tanesi görüşmeci G59 tarafından şu sözlerle dile getirilmiştir:

“...statükodan yana olan sağlık çalışanları bu politikayı desteklemeyecektir.”

Türk Tabipler Birliği

Türkiye’deki hekimlerin örgütlü sesi olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) anayasal güvence altında, 6023 sayılı yasa ile kurulmuş kamu kurumu niteliğinde ve ülkedeki hekimlerin %80’inin (83.000) üye olduğu bağımsız bir örgüttür (Türk Tabipler Birliği [TTB], t.y.).

Ülkedeki hekimleri büyük oranda temsil eden ve sağlık alanındaki politikaları yakından takip eden TTB ile yapılan görüşme ile örgütün resmi görüşü alınmıştır. Buna göre TTB’nin sağlıkta KÖO politikasına bakışı aşağıda yer almaktadır (G27):

“Uluslar arası terminolojide Public-Private Partnership adıyla anılan yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve pazara açılması biçiminde yorumlayan Türk Tabipler Birliği bu politikaya karşı çıkmaktadır. Bu politika ile sergilenen tutumun sağlığın temel bir insan hakkı olduğunun, fiilen, kabul edilmemesi anlamı taşıdığını düşünen birliğin bu konudaki pozisyonunun orta düzeyde güçlü olduğu söylenebilir. Kısacası TTB’nin gücü bu girişimi durdurabilecek kadar güçlü olmasa da hükümetin görmezden gelebileceği kadar zayıf da değildir. Ancak pek çok farklı konuda muhalefet gösterdiği için bazı çevrelerce ciddi karşılanmama eğilimi vardır. TTB dışında, SES gibi bazı sendikalar ile “Sağlıkta Herkese Güvenli Gelecek” platformu ve benzeri kampanya grupları ile bu politikaya muhalefet edilmektedir.”

TTB’nin resmi görüşü dışında görüşmecilerden alınan bilgilerden bazıları ise şöyledir:

G7:

“TTB nin yapabileceği muhalefet de hastanelerin özelleştirileceği endişesiyle olabilir ama içinde özel lafı geçiyor diye özelleştirmeden söz edemeyiz. Onlarda konuyu çok fazla anlamadan muhalefet edebilirler.”

G8:

“Bu politikaya sivil toplum örgütlerinden TTB karşı çıkacaktır.”

G29:

“TTB bu politikayı özelleştirme olarak algılayarak karşı çıkmaktadır. Ama bu bilgisizlikten kaynaklanıyor. Bakanlık kamuoyunu bu konuda bilgilendirmelidir.”

G59:

“Sivil toplum örgütü olarak TTB ve benzeri örgütler var ama onlar her şeye muhalefet ettikleri için çok ciddiye alınmayacaklardır.”

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 1995 yılında Prof. Dr. Remzi Aygün ve arkadaşları tarafından kurulmuştur. HASUDER Türkiye’de yaşayan herkesin sağlığını korumak ve geliştirmek için, çalışma alanına giren konularda ve halk sağlığı uzmanlığının gelişimi ile ilgili konularda çalışmalar yapmak, bu konulardaki çalışmalara katkıda bulunmak ve halk sağlığı uzmanlarının gelişimi amacı ile kurulmuş bir meslek örgütüdür (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği [HASUDER], t.y.).

Sağlık alanında yapılan politikalarda görüşleri olan HASUDER ile temsilcileri aracılığıyla görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen bilgilere göre, HASUDER sağlıkta KÖO politikasının temelde kamu adına büyük sağlık yatırımları için para yatırabilecek büyük sermaye sahiplerinin kazançlarını artırıcı ve büyük tekellerin bu sektöre girişini kolaylaştıracı uygulamalar olarak yorumlamaktadır. SDP’nin küçük sağlık gruplarını elimine edici ve daha büyük tekellerin yaşamasına olanak tanıyan bir sağlık pazarını Türkiye’de oluşturma etkisi olduğu görüşünü savunan dernek, polikliniklerin çalışma izinlerinin iptal edilmesi ve benzeri girişimleri bu politikaya zemin hazırlayan yaklaşımlar olarak yorumlamaktadır. Dolayısıyla KÖO’da bu tekelleşmeyi hızlandıracak ve yabancı

sermaye tekellerinin kullanımına açacak bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. HASUDER'e göre ülkemizde geçmişten bu yana sağlık yatırımları konusunda büyük yatırımlar yapılmış ancak bu yatırımlarda yer seçimi, düşük maliyet gibi yanlış yaklaşımlarla maliyet etkisiz işler yapılmıştır (G13; G21-26).

Bu konuda görüşüne başvurulmuş HASUDER temsilcisi görüşmeci G13 görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir:

“Gelişmemiş ülkelerde çok büyük bir kaynak savurganlığı olduğu bilimsel bir gerçektir. İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğü (İSGÜM) bunun tipik örneklerinden bir tanesidir. Bunun dışında Hıfzıssıhha Okulu, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi için aynı şey söylenebilir. Kendi aşısını ve serumunu üretebilen bir ülke iken 12 Eylül sonrası serum çiftliklerinde atların öldüğü, hayvanların telef edildiği, toprağa gömüldüğü, sonrada aşı için dünyanın parasını ödeyen bir ülkedir burası. Dolayısıyla gelişmemiş ülkelerin kaynaklarını etkili ve akılcı kullanımı çok güçlü, ulusal ve politik kararlılık gerektirir.”

G13 politika ile ilgili HASUDER'in resmi görüşünü ise şu sözlerle dile getirmektedir:

“Sağlık kuruluşlarının insani, sağlık kuruluşu olarak tasarlanmış, ulaşımı kolay, hasta yakınının kalabileceği olanaklara sahip ve işlevsel yapılar olması gerektiği fikrine ve bunun için bir yerden başlamak gerektiğine katılıyoruz. Ancak kaynak bulma konusunda tercih edilen alternatife katılmıyoruz. Dernek, ülke olarak ulusal kaynakların heba edilmeden doğru kullanıldığında dışa bağımlılığın azalacağını düşünüyor. Ama bunun için politik gücün gerekliliğine inanıyor. HASUDER'e göre bu politika mevcut hükümetin ve bürokratların ürettiği bir politika değil, 80'li yıllardan beri uluslararası örgütlerin oluşturduğu ve uygulamaya koydukları politikaların bir devamıdır.”

HASUDER'in bu politikayla ilgili diğer görüşleri aşağıda sıralanmaktadır (G13; G21-26):

“İngiltere’nin bu yöntemdeki başarısı sanayi devrimi ve ilk emperyal ülkelerden biri olması ile ilişkili görülmekte, aynı başarının başka ülkelerde beklenmesinin yanlış olacağına inanılmaktadır.”

“SDP’ye bakacak olursak devlet burada hizmeti sunan değil hizmet denetleyen bir yapıya kavuşacak. Ama hizmetin kamu tarafından üretiliyor olması her zaman için daha maliyet etkilidir. Sigorta şirketi gibi başka yerden alınması maliyeti artırmaktadır. Bu ilaç üretiminden teknoloji üretimine kadar böyledir.”

“Sağlık Bakanlığı SDP’de hizmet kullanıcıları için hekim ve sağlık kurumu seçme hakkını bir özgürlük olarak duyurdu. Ancak böyle bir özgürlük hizmet kullanımını ve maliyeti artırdı. Sonuçta bu maliyeti SGK karşılayacaktı, ama olmadı. SGK hastanelerin borçlarını ödeyemez oldu. Ve geçici bir çözüm olarak SGK’nın hastanelere olan borcu silindi. Bu sefer hastaneler su paralarını ödeyemez oldu. Olmayan bir kaynağın harcanması zincir etkisi ile bir şekilde sorun yumağı haline geldi. Sağlık için ayrılan kamusal kaynak ve primlerle elde edilen kaynak kısıtlı ve bu kaynak akıl dışı kullanılıyor. Hastanelerde yolsuzluklar olmaya başlıyor ve bu süreç hekimleri, başhekimleri çeteymiş gibi suçlanmaya kadar gidiyor. Aslında onların yaptıkları da işletmelerini döndürmektir. Yani sistem giderek bozuluyor.”

“Bütün bunlara ek olarak küresel krizin ülkedeki etkisi ile SGK’nın pirim ödemeleri azalıyor. İstihdam azalıyor ve dolayısıyla SGK’nın primleri azalıyor. Diğer yandan sağlık bütçesi yapacağı harcamaları aşmış durumda. Ayrıca gelir dağılımı dengesi bu kadar bozuk ülkelerde sağlığın kar getirici bir alan olması da mümkün değil.”

“Kısacası tek yol çok akılcı davranıp ulusal kaynağımızı doğru şekilde kullanmaktan geçiyor.”

Tüm bu görüşlerle HASUDER’in sağlıkta KÖO politikasıyla ilgili olumsuz düşünceleri olduğu ve politikayı genel olarak desteklemediği sonucu çıkarılabilmektedir. Ancak HASUDER’in bu politikaya karşı gücü ve etkisi düşünüldüğünde TTB gibi çok güçlü bir örgüt olmadığı ve etkisinin de düşük olduğu çıkarılabilecek sonuçlardan bir diğeridir.

Tıp Kurumu Derneği

Tıp Kurumu Derneği, 2002’de Türkiye’nin ulusal sağlık politikalarını oluşturmak, geliştirmek ve katkıda bulunmak için kurulmuş bir dernektir. 70’li yıllardan beri hekim örgütleri içinde görev almış birikimli hekimlerin oluşturduğu ve nicelikten çok niteliksel yönü ağır basan bir dernektir. Başta ulusal sağlık politikaları olmak üzere raporlar hazırlayan, gördüğü bir takım yolsuzlukların üzerine giden, deşifre eden, hem toplumu bilgilendiren hem basın aracılığıyla hem de resmi kurumlar aracılığıyla uyarılarda bulunan bir dernektir (Tıp Kurumu, t.y.). Derneğin raporları bazı dönemlerde TBMM’de yazılı soru önergeleri olarak gündeme gelmiştir. Kurumları da etkilemeye ve yönlendirmeye çalışan dernek bu şekilde zaman zaman etkili olmayı başarmış bir örgüttür. Bu özelliklerinden dolayı çalışma kapsamına alınan derneğin resmi görüşlerini alabilmek amacıyla dernek temsilcisi ile görüşme yapılmıştır. Bu görüşmenin ana hatları görüşmeci G12 tarafından şu ifadelerle dile getirilmiştir:

“Tıp Kurumu bu politikayı 80’lerden beri gündemde olan ve AKP hükümetiyle SDP adı altında yeniden ısıtılan sürecin bir parçası olarak algılamaktadır. Buradaki yatırım alanlarının -ki milyarlarca liralık yatırımlardan söz ediliyor- genel bütçeden fonlanması mümkün olmadığı için uzun dönemde geri ödeme kurumlarının yani kamusal kaynakların hizmet karşılığı fonlayacağı bir taşeronlaşma modeli olarak algılanmaktadır. Dernek bu politikayı bütüncül bir sağlık hizmetini Kamu Yönetimi Temel Kanunu’nun içinde yer alan hastanelerin yerel yönetimlere devri, mütevellî heyetleri, kamu hastane birlikleri sürecinin bir parçası ve küçük küçük parçalayıp taşeron şirketlere farklı hizmet karşılıklarında devretmek olarak yorumlamaktadır.”

Görüşmeci G12 Tıp Kurumu derneğinin sağlıkta KÖO politikasına hükümetin genel sağlık politikaları genelinden bakışını şu sözlerle ifade etmektedir:

“İlk etapta daha sosyo-ekonomik düzeyi yüksek katmanlara hitap edecek gibi geldi. Daha gösterişli bir takım hastaneler incelenecek, yani çekici bir yanı olacak, başlangıçta bir kamu hastanesi gibi görüntülü ama bu programın sonunda bir bakıma altyapının tamamlanması bu sürecin olgunlaştırılması ve operasyonda

entegrasyonun tamamlanması şeklinde algılanmaktadır. Dernek AK Parti Hükümetinin genel sağlık anlayışına farklı bir bakışla bakıyor. Hükümetin amacının Amerika'daki gibi sağlığı hem tanı hem tedavi açısından çok tüketilen bir hizmet haline getirmek olduğunu düşünüyor. Yüksek teknoloji, çok sarf malzemesi ve ilaç tüketerek, çok muayene ve ameliyat yaparak fazla tetkik yaparak toplum sağlığının düzelebileceği yaklaşımına katılmıyoruz. Dernek ameliyat sayısının 2 milyondan 4 milyona çıkması, poliklinik sayısının artması ile toplum sağlığının düzelmeyeceğini düşünüyor. Burada koruyucu ve önleyici sağlık anlayışının göz ardı edildiğini tamamen tüketime dayalı tedavi edici yüksek teknolojili bir sağlık hizmeti anlayışının ağır bastığını düşünüyoruz. Bu da aslında ulus ötesi medikal kartelin dayattığı bir süreçtir ve küresel güç odaklarının hükümete dayattığı bir politika olduğunu düşünüyoruz. AB ile ilgili birtakım yükümlülükler ilaçta patent veri koruması, veri imtiyazı gibi bir takım alanlar mülkiyet hakkı gibi haklı nedenlere bağlansa da kazıdığınızda altından başka şeyler çıkan süreçler ile Türkiye ulus ötesi sağlık pazarına entegre ediliyor. SDP'de olduğu gibi bir anlamda devletin ayrıştırılması ve özünde küreselleşmenin makro politikaları olarak algılanmaktadır. Dolayısıyla bu politika ve diğer sağlık politikalarının sonucu devletin bir takım görevlerinin ulus ötesi şirketlere aktarılmasıdır. Önce yerelleşme ile desentralizasyon sonra "özerkleştirme" ama gerçekte piyasaya entegrasyon denilebilecek bir süreç gelişmektedir. ...Devletin sağlık, adalet, eğitim ve sosyal güvenlik gibi temel fonksiyonları için kaynak ayıramaması bu alanlardaki yatırımlar için alternatif fonlama yöntemleri üretmesi söz konusudur. Ancak bu konuda politika ve öncelik stratejisi yok. Burada daha çok tüketim odaklı, albenili, daha fazla gösterişli bir süreç ve sonuçta medikal kartelin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık talebini kamçılایarak kabartacak, ama toplumsal sağlık çıktıları itibarıyla bakıldığında getirisi çok tartışmalı bir süreç yaşanacaktır. SDP başlangıcı olan 2002 yılının sonunda 13 milyar dolar olan sağlık harcaması şimdi 40 milyar dolar. Sosyal güvenlik harcamaları patlamış vaziyette. 2004 de 6,5 milyar olan harcamalar 2009'da 40 milyara yaklaşıyor. Yani ilaç harcamaları muazzam bir artış içinde özellikle SSK'nın tasfiyesi bu operasyonun temel ayaklarından birisidir. Dünyanın en avantajlı ilaç alım modeli olan SSK ilaç alım modeli büyük bir uluslar arası baskı ile tasfiye edildi. Bunlara bakıldığında hiçbir şeyin rastlantısal olmadığı anlaşılıyor.

Hizmet kullanımı artıyor, sağlığa olan talep artıyor, daha fazla tetkik, daha fazla muayene ve daha fazla ameliyat ama çıktılara baktığımızda DSÖ'nün Ekim 2008'deki Avrupa Sağlık Atlası'nda Kafkasya, Orta Asya ve Avrupa coğrafyasından 53 ülke arasında Türkiye toplumsal sağlık çıktıları açısından son sıralarda yer alıyor. Bir taraftan olabildiğince kaynak ayrılıyor. Diğer taraftan çıktılara baktığınız zaman elde ettiğiniz sonuç kötü. Çünkü burada bir stratejik planlama veya öncelik belirleme yok. Bu tamamen piyasanın ihtiyaçlarına yönelik ulus ötesi medikal kartelin dayatacağı ihtiyaçlara göre hızlandırılan bir takım süreçlerden oluşuyor. Kısacası devlet temel yükümlülüklerinden ve bu alandaki yatırım önceliklerinden vazgeçiyor, bir planlama yapmıyor. Sonra da başarısız oldu deyip, piyasaya devrediyor. Bu uzun vadeli bir borçlanma modeli ama sonucunda da tüketici bir model. 49 yılın sonunda elimizde avucumuzda bir şey kalmamış olabilir. Tıp kurumu bu konuda hükümetin adeta bir kumar oynadığını düşünüyor.”

Yukarıda yer alan değerlendirmeden sonra Tıp Kurumu Derneği'nin bu politika ile ilgili eleştirileri ise maddeler halinde aşağıda sıralanmaktadır (G12):

“...Kazan-Kazan (Win-win) denilen bu yaklaşımda bu işin kaybedeni kim olacak? Bir oyunda herkes kazanabilir mi?

...Ayrıca özel sektör ortaklık sürecinde yönetimin neresinde yer alacak bu da belirsiz.

...Bu projelerdeki rant düzeyi bilinmiyor.

...İngiltere'de başarılı olmuş bizde de olur mu, diye düşünürken bazı şeylere bakmak gereklidir. Bunların başında kişi başı gelir vardır. Türkiye nin 2-3 misli kişi başı gelire sahip ülkelerde başarılı olmuş olabilir ama bu ülkede de başarılı olacağı anlamına gelmez. Yolsuzluk, işsizlik, gelir dağılımı adaletsizliği, vergi sisteminin adaletsizliği, yine ulus ötesi dayatmalarla tarım ekonomisinin çökertilmiş olması ve buna dayanılarak milyonlarca Bağ-Kur'lunun sistem dışına itilmesi, Bağ-Kur'luların %60'ının primlerini ödeyemiyor oluşu, yeşil kartlı vatandaş sayısının 10-15 milyonla değişen rakamlarda olması üzerinde düşünülmesi gereken konulardır.

...Bu politika için taraflar bir araya gelmeli ve üzerinde iyice düşünülmelidir. Aynı bakış açısı toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik bir uygulama için yapılırsa daha doğru olmaz mı? Daha gösterişli kalp damar cerrahisi üniteleri mi, yoksa toplumun beslenme alışkanlıklarını değiştirmek mi ya da yürüme programları

geliştirmek mi ya da daha çok çocuğu aşılama mı? Bütün bunlar varken hastalıkları ortaya alıp bataklıkla tek tek mücadele etmek doğru değil.

...Rekabet ortamında daima daha fazla teknoloji daima daha fazla tüketim olur.

...Bu tür politikalar politik getirisi yüksek, popülist politikalar.

Üniversiteler

Bu bölümde çalışma kapsamında sağlıkta KÖO politikası ile ilgili üniversitelerin görüşlerine başvurulmuştur. Bu görüşmelerden elde edilen bilgiler ışığında üniversitelerin politikaya bakışı incelenmiştir. Bu başlık altında Sağlık Bakanlığı'nın politikalarını yakından takip eden, sağlık yönetimi ve sağlık politikaları alanında lisansüstü eğitim veren ve bu politika ile ilgili görüşleri olduğu düşünülen üç üniversitenin Halk Sağlığı Anabilim Dallarından öğretim elemanları ile görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü'nün görüşlerine de başvurulmuştur. Bu görüşmelerden sadece Gazi ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan derlenen bilgiler kurumsal görüşleri yansıttığı için özellikle başlıklar altında ele alınmıştır.

Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile yapılan görüşme sonucunda politikanın Sağlık Bakanlığı'nın diğer sağlık politikalarının bir paraleli olarak yorumlandığı görülmektedir. AK Parti Hükümeti'nin Türkiye'de sağlık yatırımları konusundaki sağlık politikaları iyi görünse de arkasında farklı niyetler yattığı düşünüldüğü için desteklenmemektedir. Görüşmeci G31 bu görüşü şu sözlerle ifade etmektedir:

“AK Parti hükümeti 2002’de iktidar olduğunda Sağlık Bakanlığı Kamu Reformu Yasa Tasarısı bağlamında yaptığı açıklamalar ile sağlığa bakış açılarını ortaya koymuşlardır. Hükümetin tüm sağlık hizmetlerini mahalli idarelere devretmek istemesi ve sağlık personeli sözleşmeli personel statüsüne çevirerek mahalli idarelere devretmesi kamunun sağlık hizmetlerinden çekilme planını ortaya koymaktadır. Hükümet SDP başlığı altında üç şey sunmaktadır. Bunlardan ilki

birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelen aile hekimliği, ikincisi Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve üçüncüsü hastaneleri özelleştirilmesidir. Tüm bunlar hükümetin yapmak istedikleri ile uyumlu politikalar. Kısacası AK Parti Hükümeti'nin esas niyeti sağlık hizmetlerini özel sektöre devretmektir."

Görüşmeci G31 politikanın tedavi edici hizmetleri önceleyen bir politika olmasını ise şu sözlerle dile getirmektedir:

"Bu politika ile sağlık hizmeti olarak sadece tedavi hizmetleri düşünülüyor. Oysa Sağlık Bakanlığı'nın işi tedavi edici hizmetleri ön plana çıkarmak değildir. Tabii ki insanlar hasta olacak ama teorik olarak olsa bile Sağlık Bakanlığı'nın amacı insanların hasta olmadığı bir dünya oluşturmak olmalıdır"

Tedavi edici hizmetleri, sağlık sektörünün rantının yüksek olduğu ve çok taraflı çıkar elde edilebilen bir piyasa, olarak niteleyen G31:

"Küresel güçler sağlık sektörünün silah ve enerji sektöründen sonra en çok paranın döndüğü 3. sektör olmasını kullanarak özel sektörleri sağlık alanına yatırım yapmaya davet ediyor. Bu bir oyundur ve oyunu iyi okumak gerekir. Şu an küresel sermaye sağlık alanına yatırım yapmak ve sağlık sektörünü yönetmek istiyor. Özelleştirmenin altında yatan neden de budur. IMF'nin DB'nin Türkiye'ye verdiği rapor ve görüş de bu yöndedir. DB "artık kamunun yatırım yapmasına ihtiyaç kalmamıştır", diyor. Bunun paralelinde politikalar üretiyor. Sağlık Bakanlığı ve AK Parti Hükümeti bilerek ya da bilmeyerek buna paralel politikalar yürütüyor." diyerek politikanın özüne vurgu yapmaktadır.

Politikanın dayandığı mevzuatı eleştiren G31'e göre:

"Özellikle bu hükümet döneminde kanunlar kurum içinde yeterince olgunlaştırılmadan meclise geliyor, mecliste muhalefet partileri de işi çok iyi bilmiyor ve bu kanun tasarıları ciddi biçimde tartışılmadan yasalaşılıyor. KÖO politikasının mevzuatı da böyle oluşmuştur. Kanuna bir ek madde eklenmesi ve

yönetmelikle şekillenmiş bir politikadır. Bu yaklaşım bütüncül yaklaşımı da ortadan kaldırmaktadır.”

G31’e göre genel olarak bu politika özel sağlık sektörün önünü açmak için ya da sermayenin yatırım yapmasının önünü açmak için yapılmış bir oyundur. Bu konuda ise:

“80 sonrası gelişen, her şeyin özelleştirilmesi saplantısının hastane uzantısı olan bu politikayla aslında hükümet hastaneleri satmak istiyor ama çok tepki çekebileceği için bu şekilde hastaneleri satamıyor, başka yollara başvurarak özelleştiriyor. Örneğin bugünkü kanunlarla radyoloji, biyokimya ya da yataklı servislerin işletmesini özel sektöre devredilebiliyor. Bu da özelleştirmedir aslında.” diyor.

Özel sektöre karşı olmadığını belirten G31 bu konuda dikkat edilmesi gereken iki konu olduğuna vurgu yapıyor. Bunlardan ilki kamunun çıkarlarını korumak, vatandaşın sağlık hizmeti almasının devamlılığını sağlamak, diğeri ise tümüyle özelleştirildiğinde gelecekte neler olabileceğini görmek gerekliliğidir.

Bu politikanın bir gerekliliğe hizmet etmediğini savunan G31’e göre mevcut yataklar bile verimli kullanılmıyorken böyle bir yatırıma gerek var mıdır? Bu politikanın getirilerinden bir diğeri son teknoloji donanımdır. Ama daha iyi bir donanıma ihtiyaç var mıdır, bu da iyi sorgulanmalıdır. Türkiye’deki plansız yatırım kararlarına vurgu yapan G31’e göre böyle yatırım kararlarından önce nerede, ne kadar ve hangi özelliklerde bir sağlık tesisine ihtiyaç olduğunun veriye dayalı gösterilmesi gerekmektedir. Hastane yapılması düşünülen ildeki hastalık yükleri, mevcut sağlık tesisinin yapısı, doluluk oranı gibi bilgilerin bilinmesi gerekir. Donanım konusunda da Türkiye’nin tam anlamı ile bir sağlık teknoloji çöplüğü olduğunu düşünen G31 bu kadar çok teşhis merkezinin olduğu bir ülkede yeni donanıma ihtiyaç olmasının düşündürücü olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu konuda G31’in yaptığı değerlendirme dikkat çekicidir:

“Sonuçta arzı yaratan bir talep görüntüsü çizen politika çok tehlikeli bir süreci beraberinde getirebilmektedir. Bu durum sağlık harcamalarını artırabilecektir ve bu yük kamunun üzerinde kalabilecektir.”

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı’ndan görüşmecilerle yapılan görüşme sonuçları bu başlık altında yer almaktadır. Bu görüşmelere göre bölümün sağlıkta KÖO politikasına bakışı görüşmecilerin ifadelerine de yer verilerek aşağıda incelenmiştir. Bu kapsamda görüşlerine başvurulmuş G21 sağlık hizmetlerini kamu hizmeti bağlamında ele alarak aşağıdaki değerlendirmeyi yapmıştır:

“Devletler insanların ortak ihtiyaçlarını karşılayacak bir yapı olarak kurulur. Devlet bu ortak ihtiyaçların nasıl sağlanacağını, bunların nasıl koordine edileceğini, kimin, ne zaman, hangi işi yapacağını organize eden bir üst yapıdır. Bu temel felsefeyi hiçbir zaman unutmamak gerekir. Sağlık hizmetleri adalet, eğitim, güvenlik gibi ortak ihtiyaçtır ve devletin görevidir. İşte bu alanlarda kar olmaz. Bunlar devlet olmanın asıl nedenidir. Devletin asli görevi zengin fakir ayırt etmeden bu vatani kuran bütün fertlere eşit ve adil bir sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık hizmeti sunumunda kar olmaz. Ama tabii ki bu hizmetlerin de bir maliyeti vardır. Bütün kavga bu harcamalara nereden para sağlanacağı ve önceliğin neye verileceği üzerinde yaşanıyor. Ama bizdeki öncelik sıralamasında sağlık hizmetleri devlete bir yük, bir kambur olarak algılanıyor ve gözden çıkarılıyor. Sağlık hizmetleri vazgeçebileceğimiz şeyler uğruna gözden çıkarılıyor. Bu kamburdan vazgeçilirken özelleştirmelerden yararlanılıyor. Örneğin Aile Hekimliği Türkiye’de sosyalleştirmenin alternatifi olarak kurulmuştur. Ama sosyalleştirme bir kamu hizmetidir, aile hekimliği ise özel hizmettir. Aile hekimi sözleşme ile çalışan bir özel hekimdir. Bu kişilere paralar ödenir. Ancak bu yapılan pahalı bir iştir. Nihayet Maliye Bakanlığı bu uygulamayı pahalı buldu ve genişlemesini durdurdu. Demek ki bu mantık o kadar da ucuz bir mantık değil. Yani Türkiye’de sağlık hizmetlerini herkese eşit, kaliteli ve ucuz götürelim derken işi berbat edebilirsiniz. Tam bir çıkmaz hatta kaos (karmaşa, karışıklık) olur. Bu politika bizi öyle bir noktaya getirdi

ki birinci basamak sosyalleştirme midir, aile hekimliği midir, belli değil. Aile Hekimliği Pilot Kanunu çıkarıldı. Ancak Türkiye’de başka bir pilot kanun yoktur. Pilot ne demek? Denenecek, test edilecek, düzeltilecek ve ondan sonra asıl kanun çıkacak ve yaygınlaştırılacak, demektir. Hiç birisi yapılmadı ya da yapılanın da ne olduğu belli değil. Çok büyük bir hata var bu pilot kanunda. Bu kanunda Aile hekimliği ve tedavi hizmetleri tanımlanmış. Ancak topluma dönük programlar, koruyucu pek çok hizmet tanımlanmamıştır. Bu fark edilince bir genelge ile Toplum Sağlığı Merkezi adı altında bir oluşum kurulmuştur. Buna reform diyemeyiz. Böyle reform olamaz. Reform için düşünülür, plan yapılır ve ondan sonra kanun çıkarılır. Burada bunlar yapılmamış, koskoca toplum sağlığı merkezinin görevleri unutulmuştur. Böyle bir Bakanlığın ürettiği politikalara nasıl güvenilebilir? “Göç yolda düzülür”, diye bir kavram var. İşte Bakanlık sağlık politikalarına bu mantıkla bakıyor ve bunu politika olarak uyguluyor. Sadece bakanlığın değil hükümetin bütün politikalarında bu yaklaşım var. Eğitimde, YÖK’de, dış politikada ve sağlıkta hep aynı yaklaşım ile “Allah kerim!” diyorlar. Sağlıkta böyle bir mantık kabul edilemez. Böyle yola çıkılarak aile hekimlerine 6500 TL net maaş verildi. Türkiye de 28 bin aile hekimi olacak, denildi. 120 milyon dolar yapıyor. 3500-10000 TL arası alabiliyorlar. Bu SB bütçesinin yarısından fazlası. Bu sadece 28000 doktora ödeniyor. Ama geri kalan sağlık harcamaları nasıl finanse edilecek bu düşünülmüyor. Bu maaşlar DB kredileri ile ödeniyor. İleride benim torunum bu maaşları ve faizini ödeyecek. SGK oluşturuldu. Önce paralar saçıldı. Sonra toparlanmaya çalışıldı. Paket uygulama denildi. Yetmedi hastadan 10 TL alındı. Danıştay iptal etti. Sonra 15 TL’ye çıkarıldı. Sigortada mantık risk paylaşımıdır. Herkes bir prim öder, bu paralar havuzda toplanır ve ihtiyacı olanların ihtiyacı bu havuzdan karşılanır. Şimdi kişi başı 15 TL alınıyor. Bir sağlık merkezine paket programla 20 TL veriliyor. En yükseği kadın doğum 29 TL’dir. Bunun 15 TL’si hastadan alınıyor. Hasta cezalandırılıyor. Böyle risk paylaşımı olmaz. Sigortada katkı payı vardır, ama bu hastaneye gidenler 15 TL verecek, şeklinde olmaz. Katkı payı pahalı tedavilerde veya gözlük gibi maliyeti yüksek hizmetlerde oranları değişik olmak kaydıyla alınır. Ama ilaç alırsan 3 TL, hastaneye gidersen 5 TL olmaz. Bu hiç bir şeye benzemiyor. Göç yolda düzülür, deniliyor. Ama bu aşiret yönetimi bile değil. Bütün bu hengâme içinde Sağlık Bakanlığı arsayı verecek, otel yaptırır gibi verilen

arsaya hastane yapılacak ve otelcilik hizmetleri özel sektöre verilecek. Çok garantili bir otelcilik hizmetidir bu. Hatta destek sağlık hizmetleri de özel sektöre verilecek. Yatırımcı bu işe kar için girer. Ama sağlıkta kar olmaz, demiştik. Para olur ama sağlıkta kazanılan para tekrar sağlığa dönecekse olur. Ama öyle olmayacak özel sektörün cebine girecek. O da kendisine yat alacak. Bütün bunları onaylamamız mümkün değil. Keşke insan sever ve vatansever olmayıp kendimizi düşünen iş adamları olsaydık bu işe biz de girerdik.”

Yukarıda görüşmeci G21’in kamu hizmeti olarak sağlık hizmeti, AK Parti SDP ve sağlıkta KÖO politikaları hakkındaki görüşlerine kendi ifadeleri ile yer verilmiştir. Sonuç olarak görüşmeci G21 Sağlık Bakanlığı ve hükümetin sağlık politikalarını “politikasızlık” olarak değerlendirmektedir.

G21 gibi G22’de sağlıkta KÖO politikasını eleştirel bir yaklaşımla şu şekilde değerlendirmiştir:

“KÖO belki çok seçilmiş alanlarda uygun bir yöntem olabilir ama sağlık için çok yanlış bir seçimdir. KÖO’nun özel sektörün karlılığını ön plana çıkaran bir uygulama olduğunu düşünüyoruz. Özel sektörün mantığında kar etme vardır. Özel sektör kar etmeyeceği işe girmez. Ama sağlık kar duygusunun ön planda olmaması gereken kamusal bir alandır. Başka ülke örneklerinde KÖO ile %30 kar edildiği söyleniyor. Bu kar işçi çıkarılarak, ya da düşük ücretle çalıştırılarak ediliyor. Ülke için karar vericilerin kamunun yararına artıyı eksiye iyi değerlendirmesi gerekir. Bu projeler bir süre sonra bütçeye ağır yükler getirebilir. Bu devasa tesislerin oluşturulmasında uluslar arası şirketler kar edecektir. 1990’lı yıllarda sağlıkta bu tartışmaların başladığı zamanlarda “korkarız ileride Türkiye’de sağlıkta kaos yaşanacaktır” diyorduk. Korktuğumuz başımıza geldi. Kaos yaşıyor sağlıkta. İlkesel olarak böyle bir yöntemi onaylayamayız. Ama üzülererek söylemek zorundayız ki yöneticilerimiz bu yola girmişlerdir.”

G22’nin yıllar önce öngörülen kaosun gerçekleşmesine ve bu politikanın kaosun devamı olacağına yönelik vurgusu önemlidir. Ancak dikkat çekici bir tespit öngörülmesine rağmen bu politikaların önlenememiş olmasıdır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı öğretim elemanları, Anabilim Dalı Başkanlığı ve üyesi oldukları HASUDER çatısı altında sağlıkta KÖO politikasına karşı bir an önce harekete geçip ortak görüş beyan etmeyi planlamaktadır. Bu noktada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı öğretim elemanlarının politikaya muhalefet etmekte kararlı oldukları, ancak etki ve güçlerinin politikayı etkileyebilecek kadar güçlü olmadığı görülmektedir.

4.4.3. Politikaya Karşı Tarafsızlar

Çalışmada sağlıkta KÖO politikasına çeşitli nedenlerle tarafsız yaklaşan aktörler de ele alınmaktadır. Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde yaygın kanı böyle bir politikada mutlaka taraf olunacağı, tarafsız kalınamayacağı (G1; G4; G7-8; G12-13; G21-28; G30-31) yönünde olmasına rağmen, henüz bu politika ile ilgili görüş oluşturmamış ya da politikanın sonuçlarına göre taraf olabilecek aktörlere bu başlık altında yer verilmiştir.

Bu kapsamda SGK, Hasta ve Hasta Yakınları Derneği, Sağlık İdarecileri Derneği ve medya sağlıkta KÖO politikasının tarafsız aktörleri olarak ele alınmışlardır.

Sosyal Güvenlik Kurumu

Bu çalışma kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu'nu temsil eden yetkililerle görüşme yapılmıştır. Görüşmecilerden alınan bilgiler ve gözlemlere göre, politika kurumun gündeminde bulunmamaktadır (G60). Hatta görüşmeciler SGK'nın politika için bir aktör olamayacağını savunmaktadır. Bu değerlendirmenin konunun çok iyi anlaşılamamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Görüşmecilere politika hakkında daha detaylı bilgi verilip politika ile ilgileri açıklandıktan sonra ise görüşmeci G60, bir taraf olunması gerektiğinde kurumun tarafsız kalacağını dile getirmiştir. Ancak diğer görüşmecilere göre politika sağlık harcamaları artırmadığı sürece SGK tarafsız kalacaktır. Ancak projelerin yarattığı mali baskı sonucunda taraf değiştirebilecektir (G4; G7; G26; G30-31; G59). Çok ciddi bir yatırım gerektiren bu projeler için maliyet ve özel sektörün kar edebilmesi için sağlık harcamalarının artması kaçınılmazdır. Etkili bir denetim mekanizması da kurulamazsa sağlık harcamaları kamu aleyhine artabilecektir. Bu çalışmada yapılan görüşmelerdeki birçok görüşmeci bu politikanın sağlık harcamalarını artırabilecek bir politika

olmasına ve böyle bir harcamayı SGK'nın karşılayamayacağına vurgu yapmıştır (G1; G4; G7-8; G12-13; G21-28; G30-31; G59).

SGK 2009 yılında 28,5 milyar lira açık vermiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK], t.y.; Finans Gündem, 5 Mayıs 2010) ve 2010 yılında bu açığın daha fazla olacağı öngörülmektedir. Bu durum ileriki yıllarda SGK'nın bazı hizmet bedellerini ödeyemeyeceği görüşünü desteklemektedir. Nitekim mevzuata göre her yıl hangi hizmete ne kadar ödeme yapılabileceğine kurum kendisi karar verebilmektedir. Günümüzde uygulanmaya başlayan kısıtlara bakıldığında ileride ekonomik durumu yeterli olmayan vatandaşın sağlık hizmetlerinden yararlanamayabileceğini öngörmek zor olmayacaktır (G26; G31).

Nitekim SGK Başkanı'nın basın açıklamalarında kamu sağlık harcamalarının azaltılması yönünde çalışmalar yürütüldüğüne yönelik ifadeleri bulunmaktadır. Bu açıklamalarda SGK Başkanı artan sağlık harcamaları ve bu konuda izleyecekleri yolu şu şekilde dile getirmektedir (Radikal, 8 Eylül 2009):

“Yıllar itibariyle harcamalar yükseldi, bunu aza indirmek için yeni bir çalışma yapıyoruz. Sağlık Bakanlığı 2003 yılından itibaren sağlık programı başlattı ve bu sene kamu sağlık harcamaları 4 kat arttı. Bu yapı böyle devam ederse sıkıntılı bir süreç bizi bekliyor. ...Sağlık kuruluşlarına vatandaşların kolayca erişebilmesi için hizmet konusunda alınması gereken tedbirleri alacağız ve kamu sağlık harcamalarında tasarruf yapacağız.”

Bu açıklamalar ışığında KÖO politikasının sonuçlarını göremediği için SGK'nın bu politikaya karşı açık bir fikri olmadığı, ancak projeler hayata geçtikten sonraki aşamada yaşanabilecek olası sağlık harcama artışı ile tarafını seçebileceği düşünülmektedir.

Uluslar Arası Para Fonu

Uluslar Arası Para Fonu genel olarak bu tür politikaları destekleme eğilimindedir. Ancak politikanın sağlık harcamalarını artırmasına sıcak bakmayacağı yönünde görüşler bulunmaktadır (G26; G30-31; G60). Görüşmecisi G26:

“IMF bu politikayı destekler görünse de zaman zaman karşısında yer alacaktır. Nedeni ise artan sağlık harcamaları ile yapı çökecek olursa, IMF bundan

olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle IMF bu politika için dönem dönem frene basabilecektir.” sözleri ile bu politikada IMF’in rolüne değinmektedir.

Hasta ve Hasta Yakınları Derneği

Hasta ve Hasta Yakınları Derneği ile ilgili edinilen bilgiler ve yapılan görüşmelere göre, derneğin sağlıkta KÖO politikası ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu nedenle Hasta ve Hasta Yakınları Derneği politikaya karşı herhangi bir tarafta yer almadıkları için tarafsız olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık İdarecileri Derneği

Hasta ve Hasta Yakınları Derneği gibi Sağlık İdarecileri Derneği de sağlıkta KÖO politikası için bir aktör olarak görülerek görüşleri alınmıştır. Ancak dernek yetkililerinden alınan bilgiye göre derneğin bu politikaya ilişkin herhangi bir görüşü bulunmadığı öğrenilmiştir. Bu nedenle Sağlık İdarecileri Derneği politikaya karşı herhangi bir tarafta yer almadıkları için tarafsız olarak değerlendirilmişlerdir.

Medya

Bu politika ile ilgili özellikle yazılı basının, politikanın ve projelerin duyurulması açısından katkısı olmuştur (Medimagazin, 17 Şubat 2006; Radikal, 25 Şubat 2006; TGRT Haber, 5 Aralık 2007; Cihan Haber Ajansı, 5 Aralık 2007). Medyada politikanın karşısında yer alan bir haber veya röportaja rastlanmamıştır. Hemen hemen bütün medyada bu politikanın duyurulması yönünde haberler yapıldığı görülmektedir. Bu açıdan medyanın politikayı destekleyen ya da karşısında yer alan bir tutum sergilememesi nedeniyle tarafsızlar arasında yer verilmiştir.

4.5. Politikaya İlişkin Senaryolar

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerden yola çıkılarak politikanın geleceğine ilişkin senaryolar üretilmiş ve bu senaryolara göre politikanın uygulanabilirliği PolicyMaker programı ile analiz edilmiştir. Bu senaryolar ve politik sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Senaryo1: Hükümet değişikliği.

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

1. Uygulanan proje yok ise, politikadan tamamen vazgeçilebilir.

2. Uygulanan projeler varsa, bu projeler sürdürülür ancak yeni projeler üretilmez.
3. Uygulanan projeler başarılı olursa politika sürdürülebilir.

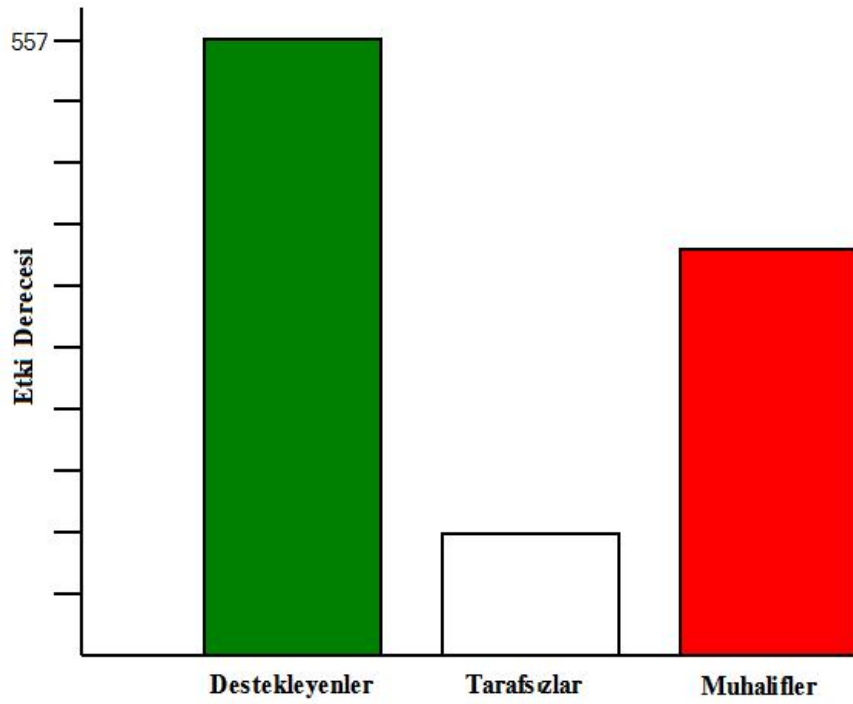
Nitekim PolicyMaker analizi sonucunda Tablo 4.2, Şekil 4.4, 4.5 ve 4.6’da görüldüğü gibi politika devam edebilecektir. Her ne kadar politikanın en önemli aktörleri ortadan kalksa ya da güçleri ve etkileri zayıflasa da politikayı destekleyen diğer aktörlerin gücü politikayı sürdürülebilir kılmaktadır. Aynı zamanda hükümet değişikliği DPT, MB, Öİ ve HM gibi politikanın kamu sektörü aktörlerinin yaklaşımında önemli bir değişim yaşanmayacağı varsayılmaktadır. Bu durum kurumların idari yapılanmalarındaki farklılıkla açıklanabilmektedir. Senaryo 1’e göre politikanın uygulanabilirliğini etkileyen etki derecesi 557’ye düşmektedir. Ancak sonuç olarak politika halen uygulanabilir durumdadır.

Tablo 4.2. Senaryo 1’e göre politika aktörlerinin sektör, pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.

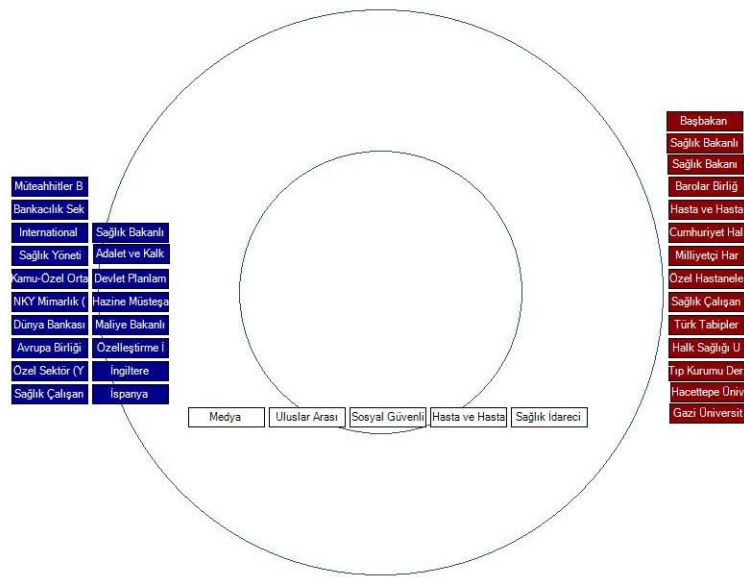
Aktörler	Sektör	Pozisyon	Güç
Adalet ve Kalkınma Partisi	Siyasi	 Düşük Destek	 Orta
Avrupa Birliği	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Bankacılık Sektörü	Özel	 Yüksek Destek	 Yüksek
Barolar Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Orta Muhalefet	 Yüksek
Başbakan	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Cumhuriyet Halk Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Devlet Planlama Teşkilatı	Kamu	 Orta Destek	 Yüksek
Dünya Bankası	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
GÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Hasta ve Hasta Yakınları	Bireysel	 Yüksek Muhalefet	 Düşük
Hasta ve Hasta Yakınları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafaz	 Düşük
Hazine Müsteşarlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
HÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
İngiltere	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
International PPP Platform Türkiye	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
İspanya	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Kamu-Özel Ortaklığı Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Düşük
Maliye Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Medya	Medya	 Tarafaz	 Orta
Milliyetçi Hareket Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Müteahhitler Birliği	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
NKY Mimarlık	Özel	 Yüksek Destek	 Düşük
Özel Hastaneler	Özel	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Özel Sektör	Özel	 Yüksek Destek	 Yüksek
Özelleştirme İdaresi Başkanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanı	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Sağlık Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Sağlık Çalışanları	Kamu	 Orta Destek	 Düşük
Sağlık Çalışanları	Bireysel	 Orta Muhalefet	 Düşük
Sağlık İdarecileri Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafaz	 Düşük
Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
SB KOO Prog. Dan. ve Diğer Dan.	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
Sosyal Güvenlik Kurumu	Kamu	 Tarafaz	 Yüksek
Tıp Kurumu Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Türk Tabipler Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Uluslararası Para Fonu	Uluslararası	 Tarafaz	 Yüksek



Şekil 4.4. Senaryo 1'e göre politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.



Şekil 4.5. Senaryo 1'e göre politikanın uygulanabilirliği.



Şekil. 4.6. Senaryo 1'e göre politika aktörlerinin koalisyon haritası.

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

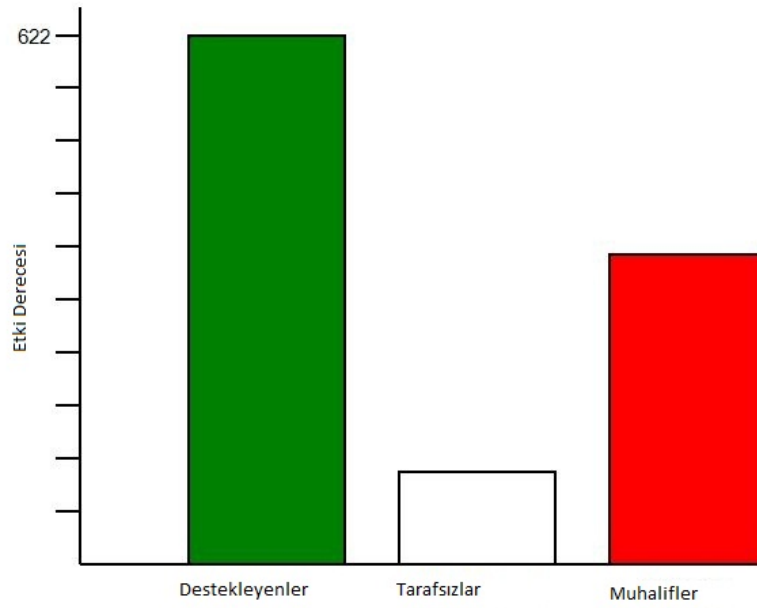
Sağlıkta KÖO politikasının ilk projelerinde meydana gelebilecek maliyet artışı ya da projelere yönelik açılan davaların sayısı ve etkisi arttıkça politikanın aktörlerinde bazı değişiklikler yaşanabilecektir. Örneğin KÖO ile kurulan sağlık kentleri daha önce görüşmecilerin de dile getirdiği gibi sağlık harcamalarını aşırı ölçüde artırması halinde SGK tarafsız kalmayacak ve politikanın karşısında yer alacaktır. SGK'nın gücü düşünüldüğünde politikanın bundan sonraki uygulamalarında etkisi olacağı düşünülmektedir. Aynı şekilde projelere karşı açılan davalar ve bu davaların etkisi hukuki çevreleri ya da hukuktan güç alan aktörlerin tarafını, gücünü ve etkisini etkileyecektir. Bu senaryoya göre SGK, Barolar Birliği, IMF, HM ve MB'nın pozisyon, güç ve etkileri Tablo 4.2'de olduğu gibi düzenlenmiş ve bu değişikliğe göre politikanın uygulanabilirliği analiz edilmiştir. Bu durumda ortaya çıkan tablo Şekil 4.7'de, koalisyon haritası ise Şekil 4.8'de verilmiştir. Senaryo 2'ye göre politikanın uygulanabilirliğini gösteren etki derecesi 622'ye düşmüştür (Bkz. Şekil 4.9). Ancak sonuç olarak politika halen uygulanabilir durumdadır.

Tablo.4.3. Senaryo 2'ye göre politika aktörlerinin sektör, pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.

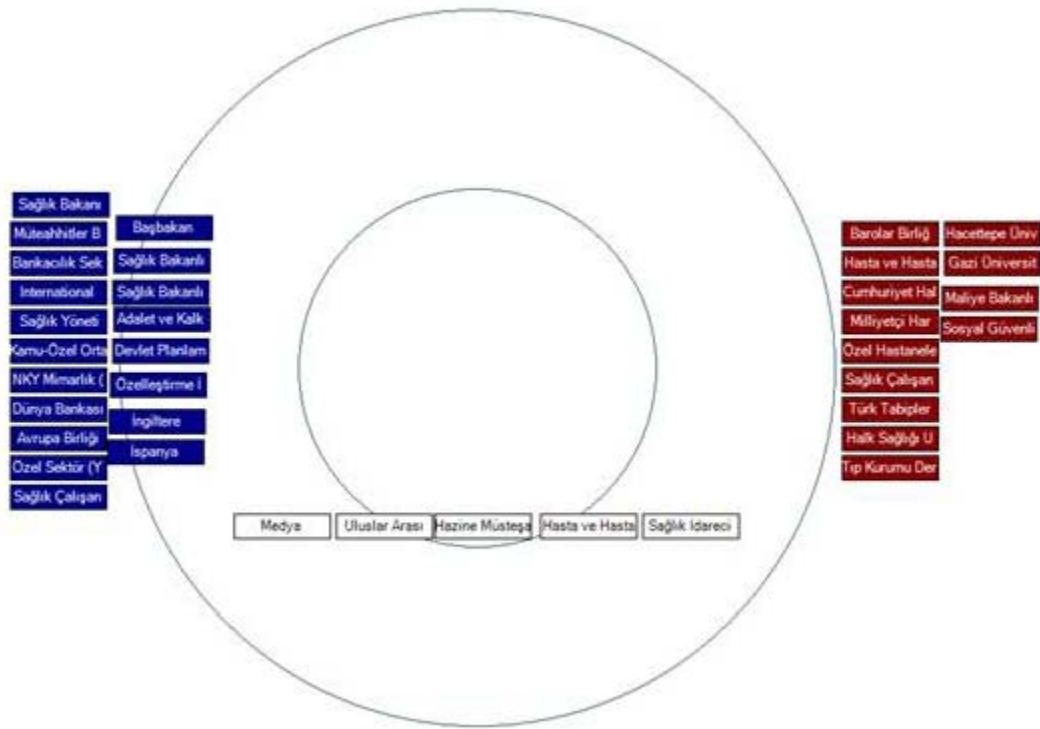
Aktörler	Sektör	Pozisyon	Güç
Adalet ve Kalkınma Partisi	Siyasi	 Yüksek Destek	 Orta
Avrupa Birliği	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Banksacılık Sektörü	Özel	 Yüksek Destek	 Yüksek
Barolar Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Başbakan	Siyasi	 Yüksek Destek	 Yüksek
Cumhuriyet Halk Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Devlet Planlama Teşkilatı	Kamu	 Orta Destek	 Yüksek
Dünya Bankası	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
GÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Hasta ve Hasta Yakınları	Bireysel	 Yüksek Muhalefet	 Zayıf
Hasta ve Hasta Yakınları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafsız	 Zayıf
Hazine Müsteşarlığı	Kamu	 Tarafsız	 Yüksek
HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
İngiltere	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
International PPP Platform Türkiye	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
İspanya	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Kamu-Özel Ortaklığı Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Zayıf
Maliye Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Medya	Medya	 Tarafsız	 Orta
Milliyetçi Hareket Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Müteahhitler Birliği	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
NKYMimarlık	Özel	 Yüksek Destek	 Zayıf
Özel Hastaneler	Özel	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Özel Sektör	Özel	 Yüksek Destek	 Yüksek
Özelleştirme İdaresi Başkanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanı	Siyasi	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Çalışanları	Kamu	 Orta Destek	 Zayıf
Sağlık Çalışanları	Bireysel	 Orta Muhalefet	 Zayıf
Sağlık İdairecileri Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafsız	 Zayıf
Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
SBKÖO Program Danışmanı ve Diğer Danışmanlar	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
Sosyal Güvenlik Kurumu	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Tıp Kurumu Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Türk Tabipler Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Uluslararası Para Fonu	Uluslararası	 Tarafsız	 Yüksek



Şekil 4.7. Senaryo 2'ye göre politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.



Şekil 4.8. Senaryo 2'ye göre politikanın uygulanabilirliği.



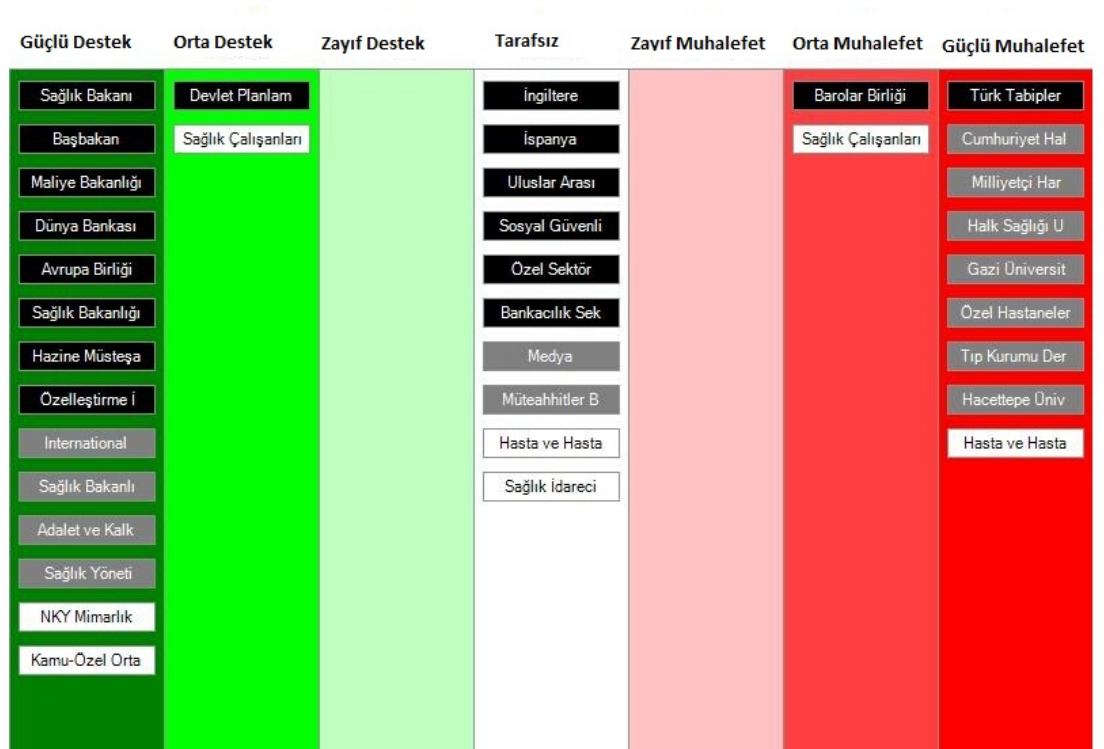
Şekil. 4.9. Senaryo 2'ye göre politika aktörlerinin koalisyon haritası.

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

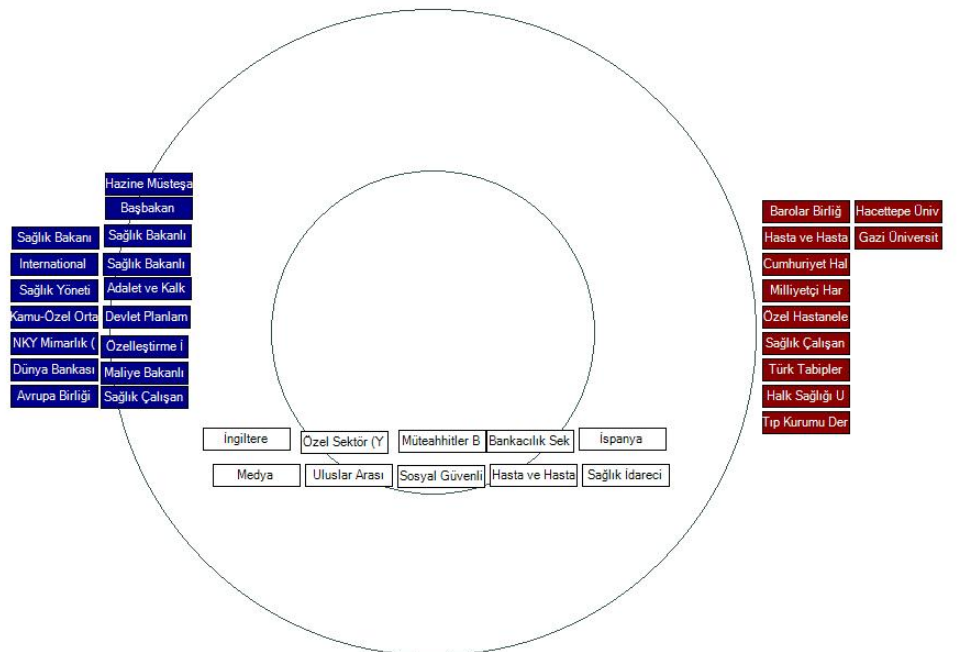
Araştırma kapsamında elde edilen bilgilere göre, politika özel sektör tarafından güçlü şekilde desteklenmektedir. Özel sektör yatırımcıları, finansör kuruluşlar ve diğer ülkelerin politikaya destekleri değiştiği takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar bu senaryo altında incelenmektedir. Yukarıda sayılan aktörlerin politikaya karşı yaklaşımını etkileyebilecek durumlar arasında küresel ekonomik kriz, politik istikrarsızlık ya da projelerin cazip bulunmaması gibi sebepler yer alabilir. Bu senaryoya göre özel sektörün politikaya karşı tarafsız kalacağı varsayılmıştır. Bu durumda projenin aktörlerine ilişkin ortaya çıkacak yeni tablo Tablo 4.4'de yer almaktadır.

Tablo 4.4. Senaryo 3'e göre politika aktörlerinin sektör, pozisyon ve güçlerine göre dağılımları

Aktörler	Sektör	Pozisyon	Güç
Adalet ve Kalkınma Partisi	Siyasi	 Yüksek Destek	 Orta
Avrupa Birliği	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
Bankacılık Sektörü	Özel	 Tarafsız	 Yüksek
Barolar Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Orta Muhalefet	 Yüksek
Başbakan	Siyasi	 Yüksek Destek	 Yüksek
Cumhuriyet Halk Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Devlet Planlama Teşkilatı	Kamu	 Orta Destek	 Yüksek
Dünya Bankası	Uluslararası	 Yüksek Destek	 Yüksek
GÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Hasta ve Hasta Yakınları	Bireysel	 Yüksek Muhalefet	 Düşük
Hasta ve Hasta Yakınları Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafsız	 Düşük
Hazine Müsteşarlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	Kamu	 Yüksek Muhalefet	 Orta
İngiltere	Uluslararası	 Tarafsız	 Yüksek
International PPP Platform Türkiye	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
İspanya	Uluslararası	 Tarafsız	 Yüksek
Kamu-Özel Ortaklığı Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Düşük
Maliye Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Medya	Medya	 Tarafsız	 Orta
Milliyetçi Hareket Partisi	Siyasi	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Müteahhitler Birliği	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
NKY Mimarlık	Özel	 Tarafsız	 Düşük
Özel Hastaneler	Özel	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Özel Sektör	Özel	 Tarafsız	 Yüksek
Özelleştirme İdaresi Başkanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanı	Siyasi	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Bakanlığı	Kamu	 Yüksek Destek	 Yüksek
Sağlık Çalışanları	Kamu	 Orta Destek	 Düşük
Sağlık Çalışanları	Bireysel	 Orta Muhalefet	 Düşük
Sağlık İdaresicileri Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Tarafsız	 Düşük
Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Destek	 Orta
SB KÖO Program Danışmanı ve Diğer Danışmanlar	Özel	 Yüksek Destek	 Orta
Sosyal Güvenlik Kurumu	Kamu	 Tarafsız	 Yüksek
Tıp Kurumu Derneği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Orta
Türk Tabipler Birliği	Sivil Toplum Örgütü	 Yüksek Muhalefet	 Yüksek
Uluslararası Para Fonu	Uluslararası	 Tarafsız	 Yüksek

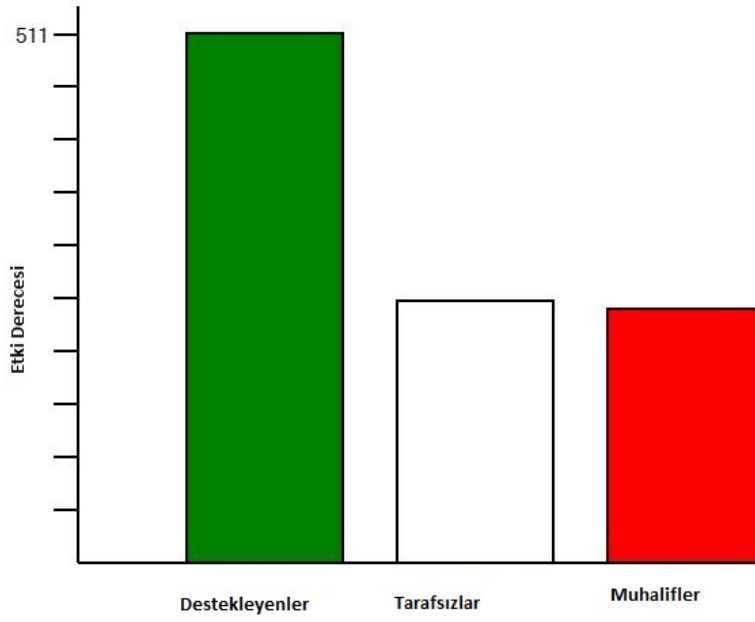


Şekil 4.10. Senaryo 3'e göre politika aktörlerinin pozisyon ve güçlerine göre dağılımları.



Şekil. 4.11. Senaryo 3'e göre politika aktörlerinin koalisyon haritası

Sonuç olarak Senaryo 3'e göre aktörlerin koalisyon haritası Şekil 4.11'de ve ortaya çıkan politikanın uygulanabilirlik durumu ise Şekil 4.12'de görülmektedir. Grafiğe göre tarafsızlar ve politikaya karşı olanlara rağmen politikanın destekleyenlerinin sağladığı etki derecesi 511'dir. Bu senaryoda politika uygulanabilir durumda görülmektedir. Ancak ortaklık temeline dayanan politikada ortaklardan birinin olmamasına rağmen hükümetin bu politikayı uygulayabilmesi pratikte mümkün olamayacaktır.



Şekil 4.12. Senaryo 3'e göre politikanın uygulanabilirliği.

4.6. Politika İçin Stratejiler

Araştırmanın bu bölümünde Sağlıkta KÖO politikası ile ilgili yapılan görüşmeler ve derlenen bilgiler ışığında politikanın uygulanabilirliğine yönelik geliştirilen 30 strateji gerekçe, yöntem ve uygulanabilirlik açısından ele alınıp, değerlendirilmiştir.

- Strateji 1:** Sağlıkta KÖO politikasının uygulamasında yaşanacak sorunlar için çözüm üretilmesi.
- Gerekçe:** Yapılan görüşmelerde dile getirilen en önemli konu, politikanın uygulama aşaması ile ilgili çıkabilecek sorunlardır. Özellikle Sağlık Bakanlığı'nın uygulayıcı bakanlık olması nedeniyle çıkacak sorunlara karşı hazırlıklı olmadığı yönünde endişeler yoğunluktadır. Bu nedenle uygulamada yaşanabilecek sorunların tespit edilmesi ve çözüm üretilmesi bu yöndeki eleştirileri ve dolayısıyla muhalefeti azaltacaktır.
- KÖO'nda ortaklığa iyi hazırlanmış bir kamu tarafının olması, projelerde daha az sorunla karşılaşılmasına yardım edecektir.
- Ayrıca politikanın başarısını büyük ölçüde etkileyecek bir stratejidir.
- Yöntem:** Projelerde rant alanları (otel, restoran vs) iyi planlanmalıdır. Bu planlama bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilmelidir. Yapılan hesaplamalar kamu geri ödeme yükünü azaltacak şekilde yapılmalıdır. Bu analizleri yapmak KÖO Dairesi Başkanlığı'nın sorumluluğundadır. Kendisi yapabilir ya da hizmet satın alma yoluyla yaptırabilir. Fizibilite çalışmalarında kurulacak sağlık tesisinin kendi döner sermayesi ile geri ödemeleri gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği iyi analiz edilmelidir. Sağlık tesislerinin hasta potansiyeli bilimsel yöntemlerle hesaplanmalıdır. Bu tesislerin iyi işletilmesi yönünde projeler başlamadan yönetim yapısı oluşturulmalı, yönetimin KÖO içindeki yeri ve rolü belirlenmelidir.
- Uygulanabilirlik:** Sağlık Bakanlığı'nın politikayı ciddi şekilde ele alması bireysel değil kurumsal sahiplenme ile uygulanabilecek bir stratejidir.

Strateji 2: KÖO politikasının sektör politikası olmaktan çıkarılıp kurumsallaştırılması.

Gerekçe: Görüşmelerden elde edilen en önemli tespitlerden birisi KÖO politikasının bugüne kadar farklı sektörlerde uygulanmış olmasına rağmen bazı sektörlerde başarılı olması, bazılarında ise başarılı olamamasıdır. Bu konuda görüş bildiren görüşmeci G1-11'in ortak görüşü şu şekilde özetlenebilmektedir:

“Buraya kadar gördüğümüz Türkiye KÖO deneyiminden çıkan sonuç bazı sektör uygulamalarından öteye gidilemediği, KÖO konusunda kurumsallaşmanın sağlanamadığı, parçalı bir mevzuat ve uygulama deneyimi olduğunu göstermektedir. Kısacası Türkiye bu alana ilk giren ülkelerden biri olmasına rağmen her uygulamada bir yere kadar gelmiş ve süreç tıkanmıştır. Tıkanmasının nedeni bu konunun genel bir çerçeve içinde görülüp anlaşılamaması yani kurumsallaşamamasıdır.”

KÖO projelerine ilgi duyan uluslar arası yatırımcıların handikapı da yine aynı sorundur. Uzun süreli projelere katılan özel sektör için hangi kanuna tabi olacağını bilmek ileriye planlamak açısından önemlidir. Risklerin, hakların ve karın ne olacağını baştan hesaplamak ve ona göre yatırım kararı vermek her yatırımcının hakkıdır. Belirsizliklerin olması yatırımcıları beklemeye veya başka alanlara yönelmeye itebilir.

Yatırıma karar veren özel sektör ise belirsizliklerden dolayı risk yüksek olacağı için kar payını yüksek tutmak isteyecektir. Bu çerçevede mevzuat açısından bir an önce bir belirginlik yaratılması önemlidir. Görüşmeci G3'ün tespiti bu konunun önemini vurgular niteliktedir:

“Sonuç olarak Türkiye'ye yapılacak yatırımlar çerçeve kanunun gecikmesi ile ciddi şekilde etkilenmektedir.”

Yöntem:

Görüşmecilerden elde edilen görüşlere göre, KÖO politikasının kurumsallaşması çerçeve yasa yani bütün sektörleri kapsayan bir KÖO mevzuatının oluşturulması ile mümkündür. KÖO ile ilgili çerçeve kanunun çıkarıldıktan sonra diğer ilgili kanunlar hızla bu kanuna adapte edilmelidir.

Mevzuat ile birlikte, KÖO ile ilgili olarak merkezi bir yapı oluşturulması kurumsallaşmanın diğer ayağını oluşturmaktadır. Merkezi KÖO birimi ile ilgili olarak görüşmecilerin görüşleri şöyledir:

G3: “Sağlık Bakanlığı içinde oluşan birikimin genel bir çerçeve içinde değerlendirilmesi doğru olabilir. Bu yaklaşım bakanlığın yetkilerini almak şeklinde değil, genel bir birim çatısı altında uygulamada bulunma şeklinde olabilir.”

G1, G3-4: “Merkezi yapı sektör temsilcilerinin bir araya gelip konuşacağı ve ortak bir platformun oluşacağı, her kurumda temsil edilen bir birim olmalıdır.”

G1: “Ulaştırma Bakanlığı, Enerji Bakanlığı, Özelleştirme İdaresi gibi merkezi idarelerde ve bazı yerel yönetimlerde ciddi bir deneyim ve bilgi birikimi oluşmuştur. Bu idarelerin hepsi büyük ve uzun vadede kontratlar yapmış kurumlardır. Yıllardır yaşanan tecrübenin sonucunda standart sözleşmeler oluşturulmuş, hukuki ve yönetsel bir takım kazanımlar yaşanmıştır. Ancak bu deneyim ve birikimlerin diğer sektör, merkezi ve yerel idarelere aktarılması için bir yapı eksikliği vardır.”

G4: “Oluşturulacak merkezi birimin rolü düzenleme, denetleme ve KÖO projesi uygulayacak birimlere “helpdesk” sağlamakla sınırlı olmalıdır. Burada denetleme Sayıştay denetlemesi gibi algılanmamalıdır.”

G2, G4: “Kurulacak bu merkezi birim bir kurum içinde olmamalı, Kamu İhale Kurumu, Maliye Bakanlığı, DPT Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı ve sektörleri de içine alan bir üst yapı olmalıdır. Dolayısıyla ihale, planlama, maliye, finans, hukuk ve sektöre ilişkin uzmanların görev aldığı bir birim olmalıdır.”

G1-4: “Merkezi birim Sağlık Bakanlığı adına ihale yapacak bir kurum olmamalıdır. İhale sözleşmelerinin taslaklarını hazırlamaya hatta standart sözleşme hazırlanmasına ya da standartlaşmaya yardımcı olan belki de her bir sektörde standart sözleşmeler hazırlayan bir kurum olabilir.”

G4: “Bu merkezi yapıda sadece kamu tarafı olmamalı, özel sektörün de beklentileri yer almalıdır. İsmi Kamu-Özel Ortaklığı ise her iki tarafında temsil edildiği bir yapı olmalıdır. İngiltere örneğinde bu merkezi birimin kendisi de bir KÖO’dur. Buna benzer bir yapı oluşturulabilir.”

G1: “Merkezi yapı için alternatiflerden birisi Özelleştirme İdaresi’dir. Bir görüşe göre bakanlıklar ve yerel idareler dışında merkezi bir idare olarak bu konuya en çok hâkim birim olduğu için Özelleştirme İdaresi biraz daha ön planda olmalıdır. Çünkü Özelleştirme İdaresi bütün KÖİ unsurları ile deneyim kazanmış bir müessesedir. Nitekim Özelleştirme İdaresinin vizyonu da bu konuda daha aktif olmak, merkezi yapının kendi içinde oluşturulması yönündedir.” (Ancak KÖO özelleştirmeden farklı bir konudur. Özellikle kamuoyunun özelleştirmeye olan tepkisi bu projeler açısından sorun yaratabilecektir.)

G1-4: “Çok uzmanlaşmış bir birimin oluşturulması gerekmektedir. Bu konuda Avrupa Birliği Genel Sekreterliği örneği gibi bir yapılanma oluşturulabilir. Orada merkezi bir kapasite yaratılıp sonra yerel kapasitelerin oluşturulmasına çalışılabilir. Yerel yönetimlerde “focus point” denilen irtibat kişileri veya belli birikimler oluşturulup o kapasiteler merkezi kapasiteyle işbirliği içinde çalışabilir. Yani merkezi bir kapasite yaratılıp yerel yapılara eğitim sağlanabilir.”

G1-4: “Kurulacak olan merkezi birimde çerçeve çizici ve çok büyük projelerde de bizzat müdahaleci olabilecek bir yapının oluşturulması gerekir.”

G1-4: “Bu yapının özel yetkileri olmalı ve mümkünse Özelleştirme İdaresi gibi doğrudan Başbakan’a bağlı veya Yatırım Destekleme Ajansı gibi Başbakanlık bünyesinde bir yapı oluşturulmalıdır. Gerçekleştireceği projeler makro işler olacağı için bu yapının çok güçlü olması gerekmektedir. Bu bir düzenleme kurulu şeklinde de olabilir veya merkezi birim diğer ülke örneklerinde olduğu gibi task force (görev gücü) olarak kullanılabilir.”

G1-4: “Bu birimde ve farklı sektörlerde KÖO projelerinde çalışacak “KÖO uzmanlık” alanları oluşturulmalıdır. KÖO uzmanı hukukçu, KÖO uzmanı mimar, KÖO uzmanı finansçı, KÖO uzmanı işletmeci, KÖO uzmanı Sağlık Kurumları Yöneticisi, KÖO uzmanı muhasebeci gibi.”

Uygulanabilirlik: KÖİ kapsamında çerçeve kanun çalışması DPT tarafından yürütülmektedir. Bu kanun çalışması KÖİ ile ilgisi olan birçok tarafın görüş ve önerilerinden yararlanılarak taslak olarak hazırlanmıştır. Ancak henüz kanun çıkarılıp hayata

geçirilememiştir. Bu kanun çalışması kapsamında yukarıda önerilen stratejinin uygulaması mevcuttur (DPT, t.y.). Ancak kanun taslağının merkezi KÖİ birimi ile ilgili kısmı burada önerilen yöntemlerden farklıdır. Taslak çalışmada:

“...özel sektörle projeleri yürütecek ve koordine edecek merkezi bir birimin bulunmayışı gibi çeşitli hukuki, iktisadi ve idari sebeplerle ülkemizde bu süreç istikrarlı bir şekilde işleyememiştir.” ifadesiyle böyle bir birime olan ihtiyaç belirtilmiştir (DPT, t.y.).

Kanun taslağının 24. Maddesinde:

“Kamu-Özel İşbirliği sürecini, proje seçimi aşamasından projelerin kamuya devrine kadar geçen süreçte bu projeleri koordine edecek, izleyecek ve değerlendirecek, kamunun finansal yükümlülüklerini dikkate alacak merkezi bir birimin olmaması, bu sebeple uygulamada bazı aksaklıkların görülmesi ve uluslararası örneklerde merkezi bir birimin varlığı gibi nedenlerle bu süreci etkin bir şekilde yönetecek bir genel müdürlük DPT Müsteşarlığı bünyesinde oluşturulmaktadır.” ifadesiyle merkezi birimin DPT Müsteşarlığı bünyesinde bir Genel Müdürlük olacağı anlaşılmaktadır. Bu çalışmada kanun taslağından farklı olarak kurulması gereken merkezi birim ile ilgili farklı görüşler yer almaktadır. Bu görüşleri dikkate aldığı takdirde DPT Müsteşarlığı’nın kanun taslağında merkezi birim ile ilgili maddede değişiklik yapması olasıdır.

Strateji 3:

DPT’nin yürüttüğü çerçeve kanun çalışmasının durdurulması.

Gerekçe:

Görüşmeci G3’ün dile getirdiği bir konu:

“Sağlık sektörü her yatırımcının ilgilendiği bir alan değildir. Hitap ettiği özel bir yatırımcı kitlesi vardır ve bu yatırımcılar çıkılan ya da çıkılacak ihalelerde mevcut mevzuatı inceleyip, öğrenmiş ve hazırlıklarını bu mevzuata göre yapmıştır. Şimdi

yeni kanun çıkar ve sağlık projeleri bu kanun yürürlüğe girdikten sonra ona tabi olursa bu durum yatırımcılar için de ilave bir öğrenme süreci gerektirecektir. Doğru olan bu büyük projelere başlamadan önce çerçeve kanunu çıkarmış olmak ya da bu projeleri biraz daha ötelemektir.”

Sağlıkta KÖO yöntemi ile proje uygulamalarının başlamış olması nedeniyle bu strateji G3’ün belirttiği gerekçelerle uygulanabilecek bir stratejidir.

Yöntem: Sağlık sektöründe başlayan KÖO projelerinin başarısı için başbakanlık yetkisi ile DPT’nin yürütmekte olduğu çerçeve yasa çalışması durdurulabilir.

Uygulanabilirlik: Başbakanlığın yetkisi ile uygulanabilir bir stratejidir.

Strateji 4: Şeffaflık ve standardizasyonun gerçekleştirilmesi.

Gerekçe: Görüşmecilerin önemle üzerinde durdukları bir diğer konu KÖO’larında kamu menfaatinin korunması ve yolsuzlukların önüne geçilmesi gerekliliğidir. KÖO projeleri için iyi bir standardizasyon yapılmazsa her türlü yolsuzluğun yapılabileceği projeler olacaktır. Görüşmeci G1’in değerlendirmesine göre:

“... Standartlaşma olmazsa dikkat tek tek maddelere verilip esas hamut dediğimiz büyük kısım gözden kaçırılabilir, yani büyük görüntü kaçırılabilir.”

Görüşmeci G1-4’ün ortak görüşlerine göre:

“Standart sözleşmelerin en büyük avantajı yatırımcının da kamunun da riskini daha sağlıklı hesaplayabilmesine olanak tanımasıdır.”

Görüşmeci G1 Transparency International’ın “Corruption Perceptions Index”e vurgu yapmaktadır. “Corruption

Perceptions Index-2006'da Türkiye'nin dürüstlük notu 10 üzerinden 3,8; 2007'de göre 4,1 ve 2008'de ise 4,6'dır (Transparency International, t.y.). İndekse göre şeffaflığa doğru bir iyileşme olsa da, bu kamu vicdanını rahatlatacak düzeyde değildir. Böyle bir ülkede standardizasyon ve şeffaflık bu tür politikalar açısından daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle buna özellikle dikkat etmek gerekir. O zaman kamunun vicdanı da daha rahat olacaktır. Sonuçta sözleşmelerde ve ihalelerde standardizasyon ve şeffaflık politikaya yönelik desteği de artıracaktır.

Yöntem:

Bu stratejinin gerçekleştirilmesi sözleşme ve ihalelerde standardizasyon ve tüm süreçlerde şeffaflığın sağlanması ile mümkündür.

Görüşmeci G1 bu konuda uygulanabilecek bir yöntem olarak delegasyonu önermektedir:

“Bir şeyin çok geniş ve kapsamlı yapılması gerekiyorsa en iyi yöntem delege etmektir. Bu konuyu anlatan güzel bir söz vardır: ‘şelalenin suyunu iğne deliğinden geçiremezsiniz.’ Ama kaygıları ve şüpheleri ortadan kaldırmak için standart sözleşmelerle ve şeffaf yöntemlerle delege etmek gerekmektedir.” sözleriyle çözüme ışık tutmaktadır.

Uygulanabilirlik:

Sağlık Bakanlığı'nın ve hükümetin çabaları ile gerçekleştirilecek bir stratejidir.

Strateji 5:

Olası sorunlara yönelik hukuki altyapının yeniden düzenlenmesi.

Gerekçe:

Sağlık Bakanlığı'nın KÖO uygulamalarında mevzuata ilişkin hukuki sorunlarla karşılaşmaktadır. Şu anki anayasal algıya göre bazı hususların (İhale komisyonunun oluşturulması gibi) kanunla düzenlenmesi gerekmektedir. Nitekim sağlıkta KÖO yönteminin kullanıldığı projeler çok büyük ölçekli projelerdir. Bu nedenle kanunun kapsamı ve uygulayıcısı gibi konular

taraflar arasında tartışmalar yaşanmasına neden olmaktadır. Kayseri Entegre Sağlık Kampusü projesinin veri odası ihale ve kanun aleyhine açılan bir dava nedeniyle 5 Mayıs’a kadar açılmamıştır ve projenin başlaması gecikmiştir. Davanın gerekçesi ihale sürecinin ve yönetmeliğin kanuna, kanunun anayasaya aykırılığı ile ilgilidir. 22 Mayıs 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan 27588 sayılı “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile mevcut yönetmeliğin 1, 4, 7, 10, 12, 31, 34, 35, 36, 41, 48. maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Bu süreçte açılan davalardan birisi ise SLF ortaklığından alınan danışmanlık hizmetinin iptaline yönelik olmuştur.

Yönetmeliğe karşı açılan bir dava da TEİS tarafından açılan davadır. Bu dava sonucunda yönetmeliğin 4. maddesinin “1” bendi değiştirilmiştir. Hukuki sorunlar projelerin hayata geçirilmesini geciktirmekte, özel sektörde yılgınlık ve motivasyon kaybı yaratmaktadır.

Görüşmeci G1 geçmiş tecrübelerle dayanarak KÖO projelerinde kamunun hukuken çok sağlam olması gerektiğine, vurgu yapmaktadır.

Ayrıca uluslar arası ortaklıklarda uluslar arası tahkim konusu özel bir önem taşımaktadır. 1999’dan beri uluslar arası tahkime tabi olan Türkiye’nin geçmiş tecrübelerde uluslar arası hukuku bilmemekten kaynaklanan ciddi sıkıntıları olmuştur.

Yöntem:

Uluslar arası tahkim konusunda son zamanlarda bu konuda iyi bir kapasite oluşmaya başlamıştır. Bu noktada uluslar arası hukuk kurallarını bilip onlarla dişe diş mücadele edebilecek çok iyi hukuki kurumların olması, KÖO ile ilgili hukukçuların yabancı dillere hakim olması, uluslar arası Anglosakson hukukunu bilmesi, kıta Avrupa hukukunu bilmesi ve

uygulayabilmesi kamu menfaatlerinin korunması açısından son derece önemlidir.

Uygulanabilirlik: Bu strateji ile ilgili olarak bakanlığın bütün KÖO sürecini yürütmek üzere bir danışmanlık hizmeti satın alması olumlu bir gelişmedir.

Strateji 6: Sağlık Bakanlığı KÖO Dairesinin kurumsal altyapısına ilişkin sıkıntıların giderilmesi.

Gerekçe: Sağlıkta KÖO politikasının uygulayıcı idaresi olarak Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanlığı'nın böyle bir politikanın uygulamasını gerçekleştirecek kapasiteye sahip olmaması kamunun danışmanlık hizmetlerine bağımlı olmasına neden olmaktadır.

Ayrıca kamunun böyle büyük projelerde uzmanlık gücünün ve idari altyapısının zayıflığı özel sektörün ve kamuoyunun güvenini zayıflatmaktadır.

Politikanın karşısında yer alan aktörlerin politikaya karşı sahip oldukları en güçlü silah kamunun politikanın uygulaması için gerekli idari ve teknik altyapıya sahip olmaması nedeniyle kamu menfaatlerinin korunamayacağıdır.

Bu konuda görüşmeci G1:

“KÖO ile uygulanacak projelerde kamu menfaatlerini koruyabilmek için kamunun da özel sektör ve danışmanlar kadar uzman olması gerekmektedir. Aksi taktirde danışmanlar-kamu ve özel sektör-kamu arasında ciddi bir bilgi ve uzmanlık asimetrisi olacak ve bunun giderilememesi çeşitli konularda zafiyete yol açacaktır.” değerlendirmesi ile konunun önemine değinmektedir.

Görüşmecilerin ortak görüşü ise bu stratejiyi desteklemektedir:

“Sağlık Bakanlığı KÖO Dairesi'nde kurumsal altyapının oluşturulması çok önemlidir. 3-5 kişiyle bu kadar büyük projelerin yürütülmesi mümkün değildir.”

Yöntem:

Görüşmecilerin bu stratejinin uygulaması ile ilgili önerileri şöyledir:

“Mimar, mühendis, finansçı, muhasebeci, sağlık kurumları yöneticisi, hukukçu yetiştirilebilir. Bu amaçla eğitim ve kapasite yaratılması için yurtdışından uzmanlar getirilip burada çalışan personel eğitilebilir ya da çalışanlar rotasyonla yurtdışına gönderilip eğitim ve deneyim kazanmaları sağlanabilir. Bir diğer alternatif de dil bilen personelin internet ortamında bilgi birikimi oluşturmastır. Kısa eğitimlerle çerçeve çizilebilir, örnek projeler veya diğer ülke deneyimleri incelenerek bilgi sahibi olunabilir. Ancak hem mimari, hem de finansal açıdan bir projenin baştan sona nasıl oluşturulabildiği, geri ödeme hesaplamaları, alternatif yatırım karşılaştırmaları ve olası problemlerin simülasyonlarla anlatıldığı bir eğitim programı faydalı olabilecektir.”

Çalışanların kadro ve gelecek kaygısı ortadan kaldırılmalıdır. Oluşan kapasite ve hafızanın silinmemesi, işlerin ve sorumlulukların devamı için hükümet değişiklikleriyle buradaki yapının değiştirilemeyeceği bir sistem oluşturulmalıdır. 20–30 yıllık bir sözleşmede özel sektör, muhatabı olan kamu yetkilisinin bu kadar çok değişmesinden etkilenecektir.

KÖO uygulayıcıları/yöneticileri sık sık değişmemelidir. Zorunluluklar dışında uygulayıcı/yöneticilerin değiştirilmesi politik bir oyun olabilir. Ancak bu değişiklikler güven kaybı yaratır. Ayrıca bu alanda uzmanlaşmanın zaman alan bir süreç olduğu ve insan kaynağının kolay yetişmediği düşünülürse, KÖO uygulamalarında vakit kaybına sebep olabilecek bir durumdur. Dairenin ya da bu politikanın uygulayıcısı birimin yönetsel anlamda bu işi çok iyi bilmesi ve tutarlı bir şekilde bu konuda çalışabilmesi önemli bir konudur. İnsan kaynakları

konusunda uzman kadrolar oluşturulup kalıcı atamalar yapılabilir. DPT veya HM’nda olduğu gibi uzman, uzman yardımcısı gibi KÖO uzmanlığı adı altında farklı alanlardan uzmanların yetiştirildiği bir yapı oluşturulabilir.

Uygulanabilirlik: Bakanlığın bütçe ve olanakları yukarıda sayılan stratejinin uygulaması için imkan tanımaktadır. Bu konuda yapılması gereken böyle bir ihtiyacın algılanıp çözümüne yönelik girişimlerde bulunacak bir iradenin oluşturulmasıdır.

Strateji 7: KÖO’larında riski azaltıcı önlemler alınması.

Gerekçe: 25 ila 30 yıllık sözleşmeler söz konusu olduğu için koşullarda beklenmedik değişiklikler olabilir.

Yöntem: İşin finansman ayağında öne çıkan en önemli risk “kur riski”dir. KÖO ile ilgili çevrelerde kur riskine ilişkin iki yaklaşım öne çıkmaktadır. Bunlardan ilki, uzun vadeli finansman sağlamada dövize endeksli çalışma alışkanlığı, diğeri ise Türkiye ekonomisinin verdiği güvenle Türk Lirası ile anlaşmalar yapılmasıdır.

Sağlık Bakanlığı KÖO Program Danışmanı Dr. Erkan Topal’ın Kayseri Entegre Sağlık Kampusü projesi ile ilgili olarak dile getirdiği şu ifadeler kur riski konusunda Sağlık Bakanlığı’nın izlediği yolu göstermektedir:

“Hazinemiz artık 20 yıllık eurobondlar ihraç ediyor. Konjonktür liradan yana. Körfez fonlarından yoğun ilgi var ve onların da liradan yana sıkıntısı yok. Avrupa fonları biraz daha temkinli. Bizim ihaleler liradan açıldı. Ancak onlar da ısınacak bu fikre. Veri odası henüz açılmadığı için ödeme mekanizmalarımızın detaylarını henüz görmediler. Görünce çok rahat ikna olacaklar.”

Enflasyona endeksli esnek ödemeler ile yabancı yatırımcılar rahatlatılabilir. Böylece kur dalgalanmalarına karşı finansörler

korunmuş olur.

Diğer yandan risk paylaşımı da bir diğer önemli konudur. Tarafların, yani kamu ve özel sektörün göreceli yetkinliklerine göre riskleri paylaşması gerekmektedir. Riskler ve riske maruz kalacak taraf KÖO modeli ve projenin özelliklerine göre değişebilmektedir. Sağlık Bakanlığı KÖO modelini çalışırken İngiliz sağlık sisteminden önemli oranda faydalanmıştır. İngiltere’de risk paylaşımı hem yatırımcıyı hem de fonları gözetir niteliktedir.

Uygulanabilirlik: Sağlık Bakanlığı ve danışman firmaların bu konuya özel önem verdikleri gözlenmektedir. Bu nedenle risk konusunda ciddi çalışmalar yapılabilmesi olasıdır.

Strateji 8 : KÖO modelinin sadece alternatif bir finansman modeli olarak algılanmaması.

Gerekçe: KÖO modeli alternatif bir finansman modeli olmakla beraber aynı zamanda uzun dönemli bir ortaklık yöntemidir. Bir finansman yöntemi olması nedeniyle teknik yanı ağır basan KÖO yöntemi aynı zamanda ortaklığın gerektirdiği iş yapış ve anlayışında da bir değişim getirmektedir. Kamu ve özel sektör KÖO’nı doğru şekilde algılayıp uygulayamazsa finansman yöntemi olarak başarı sağlaması mümkün olmayacaktır.

Yöntem: Görüşmeciler KÖO’nın sadece alternatif finansman modeli olarak algılanmaması gerektiğine vurgu yapmışlardır.

“KÖO topyekûn bir zihniyet değişimini gerektiriyor. Özel sektör de, kamu da, finans dünyası da iş yapış şekillerini yenilemek zorundadır.” sözleri bu durumu özetleyen bir ifadedir.

Görüşmecilerden G5’in DHMİ havaalanları KÖİ deneyiminden yola çıkarak verdiği tavsiyeler Sağlık Bakanlığı için yol gösterici niteliktedir:

“Adı 80’li, 90’lı yıllarda Kamu-Özel İşbirliği olarak anılmasa da bu projelerde özel sektörle ilişkilere hep bir işbirliği

projesiymiş gibi bakılmıştır. Dolayısıyla DHMİ Genel Müdürlüğü KÖO konusunda Türkiye’de çok iyi bir noktaya gelmiştir... Bu uzun vadeli sözleşmelerde her şeyi satır satır tanımlamanız mümkün değil. Bazı şeyler var ki yoruma muhtaç oluyor. Bazı şeyleri yaşamadan öngöremiyorsunuz, tanımlayamıyorsunuz. Dolayısıyla sözleşmeler yaşıyor, yıllar geçiyor. Biz 20-25 yıllık sözleşmeden bahsediyoruz. Keşke o tarihte şunu da düşünseymişiz dediğimiz pek çok madde oluyor, ama artık imzalar atılmış oluyor. İşte o aşamada bu sözleşmenin kamu tarafı olan bürokratların son derece esnek, yılmadan kamunun menfaatine halel getirmeden, özel sektörün mobilitesinin önüne de ket vurmaktan doğru yorumları yapıp bu sözleşmeyi yaşatmaları çok önemli. O kadar önemli ki aslında işin sırrı bir noktada burada yatıyor. Aman teftiş bana hesap sorar bana ne canım çok kazanıyor, hiç önemli değil ortada bir madde devletin yararına kamunun yararına bir yorum yapayım onun hesabını kimse benden sormaz, özel sektör nasılsa bizimle kötü olmayı göze alamaz, bana ne mantığıyla baktığınızda çok iyi bir noktaya getirdiğiniz sözleşmelerin ve uygulamaların bir anda geriye düştüğünü görebilirsiniz. Bu heyecan hiç bitmiyor. Bu takip hiç bitmiyor. Başından sonuna emek verdiğiniz işi bir noktadan sonra artık bundan sonrası ne olursa olsun diye bıraktığınızda rahatlıkla başa dönebiliyorsunuz.”

Yukarıdaki ifedelerden KÖO’nın bir çocuk gibi özenle ele alınması ve büyütülmesi gerektiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Uygulanabilirlik: Farklı sektörlerde uygulanmış ve başarı getirmiş bu strateji böyle politikaların başarısı için bir fener niteliğindedir. Uygulayıcıların gerçekten bu politikanın başarısına inanması ve işbirliği anlayışını rehber edinmesi ile uygulanabilecek bir stratejidir.

- Strateji 9:** Projelerin bir an önce hayata geçirilmesi ile deneyim kazanılması.
- Gerekçe:** Politikayı destekleyen görüşmecilerin dile getirdiği önemli bir konu da politikaya yönelik eleştirilere karşı bir an önce projelerin hayata geçirilmesi gerekliliğidir. Özellikle başarı ile uygulanan projeler eleştirileri övgüye dönüştürecek ve politikayı destekleyen tarafın daha da güçlenmesini sağlayacaktır. Projelerin hayata geçirilmesinin bir önemi de edinilecek tecrübelerdir. Bir sonraki projelerin başarısı için ilk projelerin hayata geçirilip deneyim kazanılması önemlidir.
- Yöntem:** SLF ortaklarından Çamlıca, Kayseri projesinde: “...Eşeği mayınlı araziye gönderdiklerini ama ancak bu yolla öğreneceklerini” söylüyor ve ekliyor “...nerede doğru, nerede hata yaptığınızı uygulamada görebilirsiniz ancak.”
- Uygulanabilirlik:** Sağlık Bakanlığı Kayseri Entegre Sağlık Kampusü Projesi’nin veri odasını 5 Mayıs 2010 tarihi itibarıyla ön yeterlilikten geçen firmalara açmıştır. Böylece süreç kesintilere uğrasa da devam etmektedir. Ve en azından Kayseri projesi ile bu stratejinin gerçekleşebileceği düşünülmektedir.
- Strateji 10:** Kurum içinde bölümler arası ittifakın sağlanması için etkili bilgilendirme ve ikna sürecinin uygulanması.
- Gerekçe:** Başarı için gerekli stratejilerden birisi de kurum içi bilgilendirme ve ikna sürecinin tam olarak gerçekleştirilmesidir. Bakanlık içindeki diğer bölümlerin bu politikanın uygulamasında desteğinin alınabilmesi için kurum içi bilgilendirme ve ikna sürecinin tam olarak gerçekleştirilmesi gereklidir. Aksi takdirde diğer bölümlerin gizli muhalefeti ile bu projeler olumsuz etkilenebilir, yanlış yönlendirilebilir.
- Yöntem:** Bakanlığın farklı birimlerinden ihtiyaç duyulan insan kaynağı sağlanabilmelidir. Örneğin teknik bir konuda inşaat bakım onarım biriminden personel temin edilebilir. Bu konuda bakanlık içinde esnek bir yapı geliştirilebilir. Proje planlama

aşamasında Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın görüşü alınmalıdır. Bakanlık döner sermayesinden sorumlu birim olarak Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın Merkez Döner Sermaye Dairesi ile görüşülmesi önemlidir. Dolayısı ile Sağlık Bakanlığı projeleri sadece Kamu-Özel Ortaklığı Dairesi ile değil, özellikle finansal açıdan Merkez Döner Sermaye, Stratejik Planlama, Tedavi Hizmetleri ve İnşaat Bakım Onarım Dairesi ile koordineli bir şekilde planlanmalı ve işbirliği içinde sürdürülmelidir. Düzenli toplantılar ve görüş alışverişi ile diğer birimler de sürece dahil edilebilir.

Uygulanabilirlik: Bakanlık kapsamında uygulanacak olan bu proje uygulanabilirliği en yüksek stratejilerden birisidir.

Strateji 11: Sağlıkta KÖO politikasının tüm süreçlerinde üniversiteler, konunun uzmanları ve akademisyenlerle işbirliği yapılması.

Gerekçe: Çalışma kapsamında politikaya en çok muhalefet eden tarafın üniversiteler olduğu görülmektedir. Bu strateji ile üniversitelerin politikaya olan muhalefeti desteğe dönüştürülebilir. Aynı zamanda politikanın başarısı için bilimsel bilgiden yararlanmak önemlidir. Bunun dışında özel sektörden sağlanabilecek bir hizmet üniversitelerden daha uygun maliyetle karşılanabilir.

Yöntem: Bakanlık gerek bünyesindeki insan kaynağı yeterli olmadığında gerekse danışmanlık ihtiyacını karşılamada üniversitelerden destek alabilmelidir. Örneğin, sağlık kurumları yönetimi, organizasyonu ve finansmanı konularında Hacettepe Üniversitesi'nden, mimari ve mühendislik konularında Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nden, hukuki konularda Ankara Üniversitesi'nden yardım ve destek alabilmeli hatta ortaklıklar kurabilmelidir. Üniversitelerde üretilen akademik ve bilimsel bilgiden yararlanılabilir. Üniversitelerin KÖO politikasına katkı sağlayacak projelerine destek olunabilir. Danışman seçiminde üniversite ve akademisyenlerin görüşü ve önerisi alınabilir. Politika belirlemede bilimsel bilgiden yararlanılmalı, üniversite

ve akademisyenlerin görüşleri alınmalıdır.

Uygulanabilirlik: Üniversiteler ürettikleri bilimsel bilginin gerçek hayatta kullanılmasını isterler. Ayrıca ülkemizde bu alanda bilimsel bilgi üreten ve üretebilecek birçok akademisyen mevcuttur. Üstelik ülkemizde üniversiteler ve akademisyenler işbirliğine açık bir tutum sergilemektedir. Bu stratejinin uygulanması Sağlık Bakanlığı'nın insiyatifindedir ve uygulanabilirliği yüksek bir stratejidir.

Strateji 12: Politikanın her aşamasında yapılan analizlerin bilimsel yöntemlerle yapılması, analiz edilmesi ve bu analizlerin sonuçlarından yararlanılması.

Gerekçe: Görüşmeci G59'un "*Kamu politikası tesadüfî oluşturulmamalı, yaklaşımının aksine Türkiye'de politika belirleme tesadüfî olarak gelişmektedir. Bir yerlerden yurtdışı kaynaklı ya da her hangi bir danışman kaynaklı bir fikir gelir ve bu fikrin Türkiye sağlık sistemine uygunluğu çok da fazla araştırılmadan politika olarak uygulamaya konulur.*" ifadeleri kamu politikaları ile ilgili yaygın bir düşünceyi ifade etmektedir. Bu düşünce geçmiş kamu politika deneyimleri ile oluşan bir görüştür. Bu önyargının mevcut politika için geçerli olmaması bu stratejinin uygulanması ile mümkün olacaktır.

Yöntem: Böylesi büyük ve önemli bir politikada gerekli verileri de kullanarak analizlerin doğru ve sağlam biçimde yapılması gerekmektedir. Hastaların kullanım oranı nedir, bu hastalar o hastaneleri kullanıyor ama yeni düzenlemeyle tepkileri ne olacak, tercihleri ya da eğilimleri ne yönde olacak gibi kullanım incelemesi analizlerinin yapılması gerekmektedir.

Önemli bir nokta da bu konuyla ilgili yapılmış veya yapılmakta olan analiz ve çalışmaların çok dikkatli ve doğru düzgün yapılması ve sonuçlarının kamuoyuyla paylaşılmasıdır. En azından konunun uzmanlarının görüşlerinin alınması önemlidir. Sağlık politikası kararlarını veren insanların da bu alanlarda

teorik bilgileri eksik olabiliyor. Sonuçta teorisi eksik olanların politik kararlar vermesi durumunda bugün karşılaştığımız pek çok problem ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle politikayı destekleyecek araştırmalar yapılabilir. Politikanın altyapısını hazırlayacak, muhtemel sonuçlarını ortaya koyacak, maliyet ve kaynakları hesaplayacak ve uygulanabilirliğini ortaya koyacak çalışmalar yapılabilir.

Uygulanabilirlik: Bakanlığın inisiyatifi ile uygulanabilecek bir stratejidir.

Strateji 13: KÖO ve özelleştirme arasındaki ayrımın anlaşılabilir hareket edilmesi.

Gerekçe: Bu strateji görüşmeci G1'in önemle üzerinde durduğu bir stratejidir. Bu konuda G1:

“KÖO özelleştirmeden farklı özel bir uzmanlık alanıdır ve hata kabul etmez. Tek şans iyi bir ortaklık yapmaktır.” der.

Yöntem: G1 bir benzetme ile KÖO ve özelleştirme arasındaki ince çizgiye işaret eder ve bu konuda yapılması gerekeni net şekilde ifade eder:

“Özelleştirme normal bir ameliyata benzetilebilir. Hastayı iyi ameliyat etmezseniz de, bırakırsanız da hasta ölür. Ameliyat çok uzun sürerse o zaman da kan kaybından ölür. O nedenle işi iyi yapmanız gerekir. Ama KÖO öyle değildir. KÖO beyin ameliyatıdır ve KÖO’nda tam anlamıyla uzman olmanız, milim kaçırmamanız gerekir. Aksi takdirde en ufak bir hatada hasta felç olur ve hiçbir zaman eski sağlığına kavuşamaz. Birçok alanda küresel rekabet yaşanırken KÖO gibi alternatiflerden uzak kalmak mümkün değildir. KÖO uygulamalarında gecikilirse birçok sektörde rakip ülkelerin gerisinde kalınır. O nedenle KÖO’larını birçok sektörde hayata geçirmek ve iyi bir ortaklık kurmaktan başka şans yoktur. Bu iş iki tarafı keskin bıçak gibidir. Kötü yaparsanız gidersiniz, yapmazsanız da gidersiniz. İyi yapmaktan başka şansınız yoktur.”

- Uygulanabilirlik:** Politikayla ilgisi olan pek çok tarafın bu konuda önemli endişeleri bulunmasına rağmen bu stratejinin uygulanıp uygulanamayacağını uygulamalar gösterecektir.
- Strateji 14:** Ülke koşullarına uygun çözümler üretilmelidir.
- Gerekçe:** Her ülkenin koşulları farklıdır. Ülke koşullarına uygun çözümler üretilmelidir.
- Yöntem:** Özellikle sağlık hizmet sunum yapısı, sağlık sistemi, politikaları, ülkenin sosyal, ekonomik ve coğrafi koşulları başka ülkelere göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle ülke koşullarına uygun çözümler üretilmelidir. Diğer ülke örnekleri ve deneyimleri incelenmeli ancak Türkiye koşullarına uygun çözümler üzerinde çalışılmalıdır.
- Uygulanabilirlik:** Mevcut uygulamada en azından ilk projelerde bu stratejinin uygulanmasına çalışıldığı gözlemlenmektedir. Ancak gerek seçilen KÖO modelinin İngiltere’den uyarlanması gerekse deneyim eksikliği ve yetersiz uzmanlık nedeniyle hukuki ve teknik bazı konular dışında pekçok konuda ülke koşullarının gözardı edilebilmesi söz konusudur.
- Strateji 15:** Kamu kesiminde çatışılan konular ortadan kaldırılmalıdır.
- Gerekçe:** Politikaya karşı diğer kamu kuruluşlarının muhalefetini azaltarak daha fazla destek sağlayabilmek.
- Yöntem:** Sağlık Bakanlığı “Kamu-Özel Ortaklığı” adından vazgeçip, diğer uygulayıcı kurumlar gibi “Kamu-Özel İşbirliği” adını kullanabilir. DPT, HM, MB, Ulaştırma ve Enerji Bakanlıkları’nda “Kamu-Özel İşbirliği” ismi kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu konuda yalnız kalmakta ve bazen yanlış anlaşılmalara ve görüş farklılıklarına neden olmaktadır.
- Uygulanabilirlik:** DPT Müsteşarlığı tarafından hazırlanan genel KÖİ yasa tasarısı yasalaşırsa zaten bu isim değişikliği gerçekleşmiş olacaktır.
- Strateji 16:** İşleyiş ve iş yapma felsefesi açısından özel sektörün olumlu yanlarının kamuya aktarılması.
- Gerekçe:** Özel sektörün kamuya göre en büyük avantajı en iyilerle çalışmak,

gelişime açık olmak, iyi hesaplayıp sonra uygulamak ve iyi denetlemektir. Kamunun da en az özel sektör kadar bu konulara özen göstermesi kamu menfaatlerinin korunması açısından önemlidir.

Yöntem:

Kamu sektörünün iş yapma felsefesi özel sektörden farklıdır. Yapılan görüşmelerde sıklıkla dile getirilen konu kamunun iş yapma yaklaşımı ile özel sektörden ayrılmasıdır. Bu görüşlere göre kamuda hakim durum “kervan yolda düzülür”, “başlamak işin yarısıdır”, “biz batarsak devlet batır”, “B planımız yok” gibi yaklaşımların kullanılmasıdır. Bu yaklaşımlar böyle uzun soluklu işler için son derece zarar vericidir. Bu gibi sözler özel sektörün ve KÖO’nun doğasına terstir. KÖO’nun temeli iyi bir fizibilite yapmaktır. Yani işi baştan iyi planlamaktır. Bu projelerde işin sonuna kadar sorumluluk almak gerekir. Dolayısıyla KÖO’nda yola çıktıktan sonra ne yapılacağına, nasıl yapılacağına karar verirsiniz kamu olarak baştan kaybedersiniz. Bu nedenle kamu bu sözleri kendisine yol ve yöntem olarak almamalıdır.

Uygulanabilirlik:

Ancak kamu felsefesini özel sektör felsefesi haline getirmek oldukça zor bir iştir. Kamu yaklaşımını Milton ve Rose Friedman “Free to Choose” kitabında oluşturdıkları matriks yaklaşımı ile ele almışlardır. Geliştirdikleri “Friedman matriksi” ne göre (Bkz. Şekil 4.13), para harcama yaklaşımı kimin parasını kimin için kullandığınıza göre değişiklik göstermektedir. Sahiplik olarak kişi kendi parasını veya başkasının parasını kullanabilir. Para kimin için kullanılır? Kendisi veya bir başkası/başkaları için kullanılır. Kişi bu parayı kullanırken iki şeye dikkat eder: Kalite ve fiyat. Friedman’a göre, paranın etkin kullanımında kişi kendi parasını yine kendisi için kullanırsa onun için para da kalite de çok önemli olur. Kendi parasını başkası için kullanırsa sadece fiyat önemlidir. Başkasının parasını kendisi için kullanırsa fiyatı başkası ödediği için bu defa kalite daha önemli olur. Başkasının parasını başkası için kullandığında ise hem fiyat hem de kalite önemsizdir. İşte burası

devlettir (G1; Aktan, 2001; Sarısu, 2008).

	Kendisi için	Başkası için
Kendi parası	I (Kalite de fiyat da çok önemli)	II (Fiyat önemli, belirlediği fiyat içindeki kaliteye razı)
Başkasının Parası	III (Fiyat değil, kalite önemli)	IV (Kalite de fiyat da önemli değil)

Şekil 4.13. Friedman matrisi

Kaynak: G1 ve Aktan (2001)'in Milton ve Rose Friedman (1980)'dan aktardıklarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Strateji 17: Avrupa Birliği ile Türkiye'deki KÖO uygulamaları arasındaki anlayış farklılığının ortadan kaldırılması.

Gerekçe: Avrupa Birliği Direktifleri rekabetçi bir diyalogu gündeme getirmektedir. Rekabetçi diyalog açısından bakıldığında Avrupa KÖO'nı bir alım politikası olarak algılarken, Türkiye'de satış politikası olarak algılanmaktadır. Avrupa'da KÖO için; “*bu bir hizmet alımıdır*” yaklaşımı varken, Türkiye'de, “*lisans satışı*” yaklaşımı hâkimdir ve KÖO ile yapılan işe “*bir işin yapma lisansını satmak*” denilir. Türkiye AB arasında böyle bir yaklaşım farklılığı bulunmaktadır.

Büyük KÖO projelerinde AB ülkelerinin ilgisini çekebilmek için bu stratejinin uygulanması gerekmektedir. Ayrıca Avrupa'da liberalleşmeye yönelik adımlar, şeffaflık ve hesap verilebilirlik konusunda ilerlemeler gerçekleşmektedir. Bu ilerleme ve bakış açısının direktifler ve uyum prosedürü çerçevesinde Türkiye'ye yansıtacağı düşünülmektedir.

Yöntem: AB'ne uyum sürecinde KÖO politikası da bu kapsamda ele alınarak gerekli düzenlemeler yapılabilir.

Uygulanabilirlik: AB uyum sürecinde bu stratejinin gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir.

- Strateji 18:** KÖO projelerinin cazibesinin artırılması.
- Gerekçe:** Cazibesi artırılan projelere yatırımcı ilgisi yüksek olacağı için en iyi ortaklığı kurma şansı yakalanacaktır. Bu ilgi ve kurulan ortaklık projelerin başarısını ve kamuoyunun algısını etkileyecektir.
- Yöntem:** Bu konuda görüşmecilerin bazı önerileri aşağıda sıralanmaktadır:
- “İspanya’da KÖO sağlık sektörü uygulamalarında kamu özel sektöre hasta garantisi vermektedir. Türkiye’de de özel sektör bu yatırımlara çekecek şekilde yatırımcıya daha fazla garanti verilebilir veya projelerin cazibesi artırılabilir. Aksi taktirde özel sektör bu projeler yerine kendi hastanesini kurup işletmeyi tercih edecektir.”*
- “İngiltere’de 25 yıllık sözleşmeler için projeleri sigortalayan ciddi sigorta şirketleri vardır. Sigorta sisteminin oluşturulması yatırımcıyı çekmede önemli bir etken olabilir. Türkiye’de de böyle bir sigorta yapısı oluşturulabilir.”*
- “49 yıllık sözleşmeler yerine daha kısa süreli projeler gündeme getirilebilir. Özellikle yurtdışından gelecek yatırımcıları çekmede 49 yıl bir dezavantaj oluşturabilir. Yurt dışında normal bir KÖO sözleşmesi 25 yıllık yapıldığı için yatırımın uluslar arası finansman kaynaklarından sağlanabilmesi için Türkiye’deki KÖO projelerinin süresi 20-25 yıl olmalıdır.”*
- “Bu tür projelerde güçlü yatırımcı bulabilmek için dünyada tanınmış danışman firmalarla çalışmak gerekir.”*
- “Uluslar arası yatırımın tanınmış kişilerle iş yapmak gibi bazı görünmeyen kuralları vardır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı’nın çalıştığı danışmanlar yeterli olmayabilir. Türkiye içinde hazırlanmış bir ihale detayı yurt dışında ilgi görmeyebilir.”*
- “Sağlık Bakanlığı tercih ettiği KÖO modelleri konusunda biraz daha çalışabilir. Bazı çevrelere göre bakanlığın seçtiği model özel sektörün ilgisini çekmemiştir. Bu nedenle Sağlık*

Bakanlığı'nın seçtiği modelde hata yaptığını düşünen taraflar vardır. Model konusunda biraz daha çalışılması gerekebilir.”

Uygulanabilirlik: Bu konuda bakanlık çok ciddi çaba sarfetmektedir.

Strateji 19: Politikaya karşı çıkışlara karşı çözümler geliştirmek.

Gerekçe: Politikaya karşı çıkan tarafların haklı oldukları konularda yeniden çözüm üretilmesi politikanın başarısı için önemlidir.

Yöntem: Politikaya karşı geliştirilen eleştirilerden en önemlileri ve bunlara yönelik yapılabilecekler görüşmecilerden toplanan önerilerle aşağıda ele alınmıştır.

KÖO modelleri daha küçük projelerde denenebilir:

G2: *“Sağlık Bakanlığı'nın mevcut kapasitesiyle bu kadar büyük sağlık tesislerini yapması sakıncalı olabilir. KÖO yöntemi İngiltere'deki Local Improvements Finance Trust (LIFT)'lar gibi daha küçük projelerde denenebilir ve pilot uygulamalar şeklinde yapıp deneyim kazanıldıktan sonra daha büyük projelere başlanılabilir.”*

G3: *“Küçük bir iki proje yapıp “learning by doing” yani yaparak öğrenme deneyimi kazanılabilir.”*

G1: *“Benzer şekilde enerji sektörü deneyimlerinde aynı hatalar yapılmış, başlangıçta 5000 MWatt'lık çok büyük projelerle başlanarak kamu zarara uğratılmıştır.”*

G5 *“Uzun dönemli projelerde bugün yapılan bir sözleşme 20-30 yıl sorumluluk yükler. Dolayısıyla uzun vadede çok büyük yükümlülükler yerine daha az mali riski olan küçük bir projeyle başlamak doğru bir yaklaşım olacaktır.”*

G3: *“Başarılı olan ülkelere bakıldığında hepsinin çok daha küçük, mütevazı pilot projelerle işe başladığını ve burada bir kapasite yarattıktan sonra daha büyük işlere yöneldikleri görülmektedir.”*

G8: *“Küçük projelerle başlamak yatırımcı için güven verici bir durumdur. Muhtemel bir başarısızlıkta sonuçtan bütün taraflar etkileneyecektir. Dolayısıyla KÖO ile proje gerçekleştiren ülke*

veya sektör ne kadar sağlıklı ve kararlı giderse yatırımcının güvenini o ölçüde kazanacaktır ve yatırımcı ona göre sektöre veya ülkeye yatırım yapmaya istekli olacaktır.”

Politikanın faydaları daha iyi ve daha geniş platformlarda anlatılabilir.

G3: *“Politika başarılı örnekler üzerinden kamuoyuna aktarılabilir.”*

G7: *“Bir an önce başarılı bir uygulaması gerçekleştirilerek bu uygulama üzerinden kamuoyu bilgilendirilebilir.”*

G7, G30, G59: *“Proje planlama, finansman hesaplamaları, risk hesaplamaları ve bunların nasıl yönetileceği gibi teknik konularda bilimsel bilgiden ve tekniklerden yararlanmak pek çok tereddüdü olan tarafı ikna edilebilir.”*

G4, G7: *“Avrupa’da ve dünyada bu modellerin ciddi bir uygulama alanı bulduğu bilgisinden yararlanılabilir.”*

G1-11: *“Kamu yatırımları için kamu finansman yetersizliğine yönelik alternatif çözüm boyutuna vurgu yapılabilir.”*

G1-11: *“Toplumsal faydası, toplumun kaliteli sağlık hizmetine kamu hizmet sunumu ile kavuşacağı vurgusu yapılarak kamuoyu tepkisi azaltılabilir.”*

G30: *“İhale aşamasında, sözleşme imzalanırken ya da inşaat aşamasında projenin duyurulması için halkla ilişkiler araçlarından (reklam, medya yoluyla duyurum gibi) yararlanılabilir.”*

Kamuoyunda oluşan olumsuz görüşlerin önemli bir kısmı sağlık sektörünün denetimsiz kalacağı yönündedir. Bakanlık bu noktada kuracağı etkili ve güvenilir bir denetim mekanizması ile bütün bu kaygıları önemli ölçüde ortadan kaldıracaktır. Ulusal ve uluslar arası alandaki farklı sektörlerin sağlık alanına yatırımlarını artırmak amacıyla teşvik çalışmaları gerçekleştirilebilir.

KÖO ile yapılacak projelerin yer seçiminde sağlık hizmetlerine

ulaşım açısından doğru değerlendirmeler yapılabilir.

KÖO ile yapılacak projeler planlanırken hastaneler arasındaki rekabet üzerindeki etkilerini değerlendirmek önemli bir konudur.

Görüşmecilerin ortak görüşlerinden bir tanesi de politikanın sağlık sektörüne olan etkisidir. Makro projeler ülkenin sağlık sistemini etkileyebilir. Sağlık piyasasına (hastane sektörüne) çok müdahale edilirse bu alanda yatırım yapan özel sektör zor durumda kalabilir. Özel sektör yaptığı yatırımın karşılığını alamazsa sektörden çekilebilir. Bu çekilme arz daralmasına sebep olabilir. Böyle bir durumda kamu kaynakları bu daralmaya çözüm bulamayabilir. Kamu kesimi özel, kamu ve KÖO hastaneleri arasındaki dengeyi koruyabilmelidir. Ayrıca;

“Kamu-Özel Ortaklığı kapsamında kurulacak sağlık kentleri her ne kadar başlangıçta ülke halkının sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak olsa da planlamada bir sonraki aşamanın uluslar arası hizmet üretme aşaması olacağı (sağlık turizmi) göz ardı edilmemeli ve mevzuatta bu merkezlerin uluslar arası hizmet verebilmelerine olanak sağlayan düzenlemelerin şimdiden yapılması sağlanmalıdır.”(G30)

Uygulanabilirlik: Yukarıda sıralanan çözüm önerilerinden;

“KÖO modelleri daha küçük projelerde denenebilir” önerisi için bakanlığın KÖO ile ilgili farklı planlamaları olduğu hatırlanmalıdır. Bunlar sağlık kampuslerinden 400 yataklı daha küçük hastane projelerine kadar çeşitlilik taşımaktadır. Aynı anda hem sağlık kampusü projeleri hem de 400 yataklı hastane projeleri uygulamaya konmuştur. O nedenle bakanlığın böyle bir stratejiyi bu aşamadan sonra dikkate alacağı düşünülmemektedir.

“Politikanın faydaları daha iyi ve daha geniş platformlarda anlatılabilir” önerisi bakanlığın bu politika kapsamında çeşitli amaçlarla uyguladığı bir stratejidir. Bundan sonraki süreçte de

uygulayabileceği düşünülmektedir.

“KÖO projeleri için ön hazırlıklar aceleye getirilmeden daha uzun sürede daha detaylı ve titiz bir çalışma ile gerçekleştirilebilir.” önerisi bakanlık aleyhine açılan davalarla önemi anlaşılan bir konu olmuştur. Bu nedenle uygulanan bir strateji olmuştur.

“Bakanlık KÖO projeleri için kendi bünyesinde bir denetim mekanizması kurup, işletebilir.” önerisi bakanlık içinde bir yapılanma olarak değil ancak projeler kapsamında Müşavirlik Hizmeti satın alımı ile gerçekleştirilmesi düşünülen bir konudur. Ancak bu hizmet satın alımı görüşmecilerin önerdikleri anlamda bir kamu denetimi olarak değerlendirilememektedir.

Strateji 20:

Bu politika ile ilgili olarak olumlu görüşler yanında olumsuz görüş ve eleştirilerin de aynı ciddiyet ve samimiyetle karşılanması, değerlendirilmesi ve üzerinde düşünülmesi.

Gerekçe:

Politikayı çok iyi anlayamadan yapılan olumsuz eleştiriler kadar yine iyi anlamadan yapılan olumlu değerlendirmeler de uygulayıcılar açısından zararlıdır. Olumlu görüşler objektif olmayan bir değerlendirme ile ve eksik bilgi ile yapılmışsa bir hatanın veya yanlışın görülmesini veya anlaşılmasını engelleyebilir. Ama aynı şekilde objektif bir olumsuz görüş de ciddi bir hatanın görülüp düzeltilmesini sağlayabilir. O nedenle her türlü görüşe değer verip, objektifliğine karar verildikten sonra dikkate alınması faydalı bir yaklaşım olacaktır.

Yöntem:

Politika sürecinde her kesimin görüşlerinin alınabileceği platformlar düzenlenmesi, politikanın seyri ile ilgili kamuoyuna düzenli aralıklarla bilgi verilip geri bildirimlerin toplanması, bu konuda yapılan araştırmaların, haberlerin ve her türlü gelişmenin takip edilip değerlendirildiği bir yapı oluşturulması önemlidir.

Uygulanabilirlik:

Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanlığı bünyesinde yukarıda sayılan yöntemlerin uygulanabilmesi amacıyla bir “Halkla

İlişkiler” birimi oluşturulabilir.

Strateji 21: Uygulama deneyimlerinin bir sonraki projelere aktarılması için düzenleme yapılması.

Gerekçe: Politikanın bir bütün olarak başarısı için her projeden edinilen deneyimin bir sonraki projelere aktarılması önemlidir. Bir projede yaşanan problemlerin tekrar etmemesi için elde edilen deneyimler ve dersler daha sonraki projelere aktarılmalıdır.

Yöntem: Bu amaçla bir raporlama sistemi oluşturulabilir. Projenin her aşaması tamamlandığında bir raporla yaşanan deneyimlerin toplanacağı bir sistem kurulabilir. Farklı projelerde çalışanların bilgi alış verişinde bulunabileceği toplantılar düzenlenebilir.

Uygulanabilirlik: Bakanlık tarafından kurulabilecek bir sistemdir. Uygulaması kolay, maliyeti düşük ama etkisi büyük bir strateji olduğu düşünülmektedir.

Strateji 22: Politikanın başarısı ve sürdürülebilirliği için kurumsal çabanın öne çıkarılması.

Gerekçe: Görüşmecilerden elde edilen bilgilere göre Sağlık Bakanlığı’nın KÖO politikasında bu güne kadar kat ettiği mesafenin önemli ölçüde bireysel çaba ve inisiyatifle gerçekleştiği gözlemlenmektedir. Kurumsal bir çabanın olmaması ve kurumsal ön hazırlıkların eksikliği projelerin önünde bir engel oluşturabilir. Kurumsal sahiplenme ve çaba projelerin hayata geçirilme süresini kısaltma ve politikanın sürdürülebilirliğini garanti etme adına önemli bir konudur.

Yöntem: Bakanlık daha önce bahsedilen bakanlık içi iletişimi ve işbirliğini güçlendirip, ilgili diğer birimleri de politikanın birer parçası haline getirerek bunu sağlayabilir.

Uygulanabilirlik: Bakanlığın inisiyatifi ile gerçekleşebilecek bir stratejidir.

Strateji 23: Proje uygulamalarında siyasi etkinin azaltılması.

Gerekçe: Projelerin sayısı, yeri, niteliği, zamanlaması gibi pek çok konu siyasi yapıdan etkilenebilmektedir. Bu siyasi etki yanlış proje seçimi, projenin uygulamaya geçirilmesi için acele edilmesi ve

yetersiz fizibilite çalışmalarına zorlayarak, politikanın başarısızlığına neden olabilecektir. Bir siyasinin etkisi ile hiç de fizibil olmadığı halde hayata geçirilen KÖO projesi, hem bu projeler için kötü bir referans olacaktır hem de kamunun zarar görmesi ile sonuçlanabilecektir.

Yöntem: Bu konuda hükümet kararlılık gösterecek ve siyasi etkiyi en aza indirecek önlemleri alacaktır.

Uygulanabilirlik: Uygulanabilirliği en düşük stratejilerden birisi olduğu düşünülmektedir. Siyasi getirisi gözönüne alındığında ne hükümet böyle bir önlem alacaktır ne de bakanlık proje seçiminde siyasi etkiyi göz ardı edebilecektir.

Strateji 24: Projelerin geleceği, nasıl yönetileceği ve inşaat sonrasındaki süreç konusunda belirsizliklerin giderilmesi.

Gerekçe: O gün geldiğinde düşünülür, denilen konular daha sonra çok büyük sorun olarak kamunun karşısına çıkabilir. Özellikle tesislerin kim tarafından ve nasıl yönetileceği konusu projeler başlamadan netleştirilmelidir.

Yöntem: İşletim aşamasına geçilmeden organizasyon şemaları, örgüt yapısı, görev ve sorumluluklar, işletme aşamasında izlenecek politikalar oluşturulmalıdır.

İlk proje belirli bir aşamaya gelmeden (işletme aşaması) yeni bir projeye başlanmamalıdır.

Bir önceki projeden elde edilen deneyimlerin aktarılabilmesi ve sorunlara çözüm bulunabilmesi için ilk projenin en azından işletme aşamasına gelmesi beklenilmelidir. Aksi taktirde aynı hata bir sonraki projede de yaşanacak maddi, manevi kaynak ve zaman kaybına sebep olabilecektir.

Uygulanabilirlik: Bakanlık bugüne kadarki süreçte önemli ölçüde ortaklığın kurulması ve inşaat aşamalarına odaklı çalışmaktadır. Tesislerin işletilmesi aşamasının kısmen göz ardı edildiği gözlemlenmektedir.

Strateji 25: Politikanın kapsamının birinci basamak sağlık hizmetlerini

kapsayacak şekilde genişletilmesi.

Gerekçe:

Tedavi edici sağlık hizmetleri için değil de koruyucu sağlık hizmetleri için altyapı finansman yöntemi olarak KÖO yöntemi kullanılsa bu politikaya tepki daha az olabilir.

Sağlık Bakanlığının KÖO politikasına en çok tepki gösteren kesim, Halk Sağlığı uzmanlarıdır. Onların tepkilerinin çoğu ise, tedavi edici hizmetler için böyle büyük projeler yapılması ve büyük yatırımlara gidilmesinin toplumun sağlık statüsünü artıracak bir katkısı olmayacak olmasından kaynaklanmaktadır.

Yöntem:

Aynı politika toplumun sağlık düzeyini yükseltici veya koruyucu sağlık hizmetleri için üretilseydi bu uzmanlar grubunun tepkisi daha az veya hiç olmayabilirdi. Örneğin kamunun ihtiyacı olan 3000 sağlık ocağı defacto karşılanamadığı için bu yöntemle özel sektöre yaptırılması ve kamunun 49 yıla kadar kira gibi ödemesinin sorunları azaltılabileceği görülmektedir.

Uygulanabilirlik:

Sağlık Bakanlığı'nın bu politika kapsamında açıkladığı projeler sadece tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Yakın bir gelecekte böyle bir stratejinin uygulanabileceği düşünülmemekle beraber, daha sonraki yıllarda böyle bir politika değişimi yaşanma ihtimali olabilecektir.

Strateji 26:

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

Gerekçe:

Pek çok politikada olduğu gibi bu politikada da kamuoyu desteğini almak politikanın başarısı için önemlidir. Bu noktada politikaya taraf olan herkesin olumlu ya da olumsuz bilgi, görüş ve deneyiminden yararlanmak uygulamada hem destek almak hem de oluşabilecek hataları önlemek açısından faydalı olabilir.

Yöntem:

Bu politikayı basın, ticaret odaları, yatırımcılar, mimarlar, mühendisler, Müşavirler Birliği, Müteahhitler Birliği, ATO,

HM, DPT, MB gibi taraflar biliyor olmasına karşın halen bu politikanın ne olduğunu bilmeyen veya anlayamayan taraflar da çoğunluktadır. Bunların içinde bu çalışma kapsamında görüşme yapılan birçok sivil toplum örgütü, meslek odaları, sağlık çalışanları ve vatandaş yer almaktadır. Bu tarafların bilgilendirilmesi ve politika hakkında bilgi sahibi olmaları politikayı desteklemelerini sağlayacaktır.

Örneğin bir hastane müdürü görev alanının değişip değişmeyeceği hakkında bilgilendirilmelidir. Bu konuda bakanlık merkezli toplantılar düzenlenebilir.

Dayatmacı bir yaklaşım yerine kullanıcıların görüşlerini alarak politika üretmek başarı için önemlidir. Yapılacak sağlık tesisleri hakkında kullanıcıların ne düşündüğünü öğrenmek gerekir. *“Ben buraya hastane yaptım, hadi gelin bu tesisten hizmet alın”* gibi dayatmacı bir yaklaşım yerine kullanıcı görüşlerine öncelik verilen bir yaklaşım politikaya olan desteği artıracaktır. Bunun için kamuoyu araştırmaları düzenlenerek halkın görüşeri öğrenilebilir.

Uygulanabilirlik: Bakanlık ve bazı STÖ’lerin bu stratejiye yönelik çalışmaları metin içinde anlatılmıştır. Uygulanması mümkün bir stratejidir.

Strateji 27: Politikanın sürdürülebilmesi için politik sahiplenmenin sağlanması.

Gerekçe: Uzun vadeli projelerde politik sahiplenme önemlidir.

Yöntem: Politikanın geldiği noktaya göre yeni bir iktidarın gelmesi ile politikanın devamı arasında bir ilişki olacaktır. Uygulaması başlamış bir politikanın durdurulması kolay olmayacaktır. Sonuçlarına göre başlayan projelere devam edilip yeni projeler başlatılmayabilir veya başarılı olursa politikanın uygulamasına devam edilebilir.

Uygulanabilirlik: Projelerin bir an önce hayata geçmesi ile hükümet değişikliği olsa dahi projeler devam edebilir ancak politikanın devam etmesi yeni gelen hükümetin inisiyatifinde olacaktır. Uygulanan

projelerde başarı elde edilebilirse politika devam edebilecektir.

Strateji 28:

Yerli özel sektörün teşvik edilmesi.

Gerekçe:

Politika ile ilgili pek çok eleştiri KÖO ile yapılacak projelerin sonunda hep uluslar arası kartellerin kazanacak olması ile ilgilidir. Bu eleştirileri ve kaygıları azaltabilmek için yerli sektör temsilcileri bu yatırımlarda yer almak üzere teşvik edilmelidir.

Yöntem:

Yerli özel sektör temsilcileri bu yeni süreçte çok uluslu veya güçlü yerli şirketlerle çözüm ortaklığı yaparak sürece dâhil olmaları yönünde teşvik edilmelidir.

Medikal tedarik sürecinde yerli firmaların tercih edilmesi için önlemler alınmalıdır.

Uygulanabilirlik:

Hükümet ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanabilecek bir stratejidir.

Strateji 29:

KÖO yöntemi ile yapılacak kamu yatırım projelerinde önceliklendirme yapılması.

Gerekçe:

Sağlık Bakanlığı'nın KÖO ile yaptığı projeler finansmanı özel sektör tarafından sağlandığı için kamu yatırım programında yer almamaktadır. Dolayısıyla bu projeler için yatırım programlarındaki projelerde olduğu gibi bir önceliklendirme yapılmamaktadır. Ayrıca bu projelerden hangisinin önce yapılacağına, kaçının yapılacağına ve bu projelerin nereye yapılacağına karar veren bir kurum bulunmamaktadır.

Yöntem:

Her bir proje münferit olarak YPK onayına sunulmaktadır. YPK'ya gitmeden önce HM ve MB görüşleri alınsa da bu görüşlerde bu proje önceliklidir veya şu an çok proje var portföyde bu kadar yeter, döner sermaye geliriyle bunlar karşılanamaz veya merkezi bütçeden Sağlık Bakanlığı'na kira ödemeleri için ayırabileceğimiz tutar yıllık bu kadardır, bunu artık aşıyor, yeni projeler için biraz bekleyelim, gibi şeyler söyleyecek bir otorite bulunmamaktadır. Bu büyük bir eksikliktir.

Görüşmeci G3'e göre:

“Önceliklendirme YPK incelemesi içinde yapılabilir. Bir yerde bir sınırlama olmalıdır. Çünkü bu karda, zararda ve tecrübede ortaklık olduğu için bunun örneği sağlık sektöründe değil ama Portekiz otoyol örneğinde çok acı bir şekilde yaşanmaktadır. Kamunun bu yönteme başvurmasındaki asıl neden teknolojik inovasyon getirmesinden çok sermaye getirmesidir. Kısacası bu alternatif bir finansman yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bütçe imkânı yeterli olmadığı için bu yöntem kullanılmaktadır. KÖO ile yapılan projelerin bütçe üzerinde koşullu yükümlülüğü olduğu için bütçenin kaldıramayacağı sayıda proje uygulamasına gitmek sonunda başarısızlığı getirecektir.”

KÖO ile sağlanan finansman bedava para değildir. Bu gerçeğin kamu tarafından doğru algılaması gerekir. Elbette bütün kamu kuruluşları ve icracı kuruluşlar yatırım yapmak isterler. Bu onlar açısından anlaşılabilir bir durumdur ama onların dışında bütçeden sorumlu olarak MB veya projeye onay veren YPK ya da DPT burada bir sınır koymalı ve projeleri önceliklendirmelidir.

Görüşmeci G1’den gelen bir öneri ise:

“Bir diğer yöntem her yıl bu model kapsamında kuruluşların bütçesine konabilecek ödeneği sınırlandırmak şeklinde olabilir. Örneğin bir bakanlık için o yılın yatırım bütçesinin %10’u kadar kira ödemesi öngörülebilir. Buna bir sınır koyulmazsa ileride çok ciddi sorunlarla karşılaşılabilir.” şeklindedir.

Uygulanabilirlik: Hükümet tarafından uygulanabilir bir stratejidir.

Strateji 30: Politikaya yönelik eleştirilere aldırmandan uygulamaya devam etmek.

Gerekçe: Şu anda içinde bulunduğumuz dönem açısından bakıldığında tek

parti iktidarının avantajı olarak hükümetin bu gücü kullanması daha kolaydır.

Yöntem: Eğer hükümet bu politikayı gerçekleştirmeyi düşünüyorsa karşısındaki grupların çoğu da buna karşı çıkıyorsa güç elinde olduğu sürece onları dinlemeyebilir.

Uygulanabilirlik: Uygulanması olası bir stratejidir. Tek parti iktidarı olmanın avantajını kullanan mevcut hükümet zaten bu stratejiyi uygulamaktadır. Ancak politikanın uygulamasına hız verilebileceği düşünülmektedir.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma ile Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikası politika haritalama yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu analiz yardımıyla politikanın kapsamı, aktörleri, yanında ve karşısında yer alanlar ile henüz bu politika ile ilgili bir taraf olmayanların pozisyon, etki ve güçleri, kaynakları, bu politika ile ilgili çıkarları veya karşı çıkış sebepleri, bu politikadan etkilenecek gruplar ve bunların özellikleri ile politikanın uygulanabilirliği sınanmıştır. Ayrıca mevcut koşullarda meydana gelebilecek değişikliklere göre politikanın uygulanabilirliğinin nasıl etkileneceği ile ilgili senaryolar geliştirilip, analiz bu senaryolara göre tekrar edilmiştir. Araştırmanın son aşamasında bu politikanın başarıyla gerçekleştirilebilmesi için geliştirilebilecek stratejiler gerekçe, yöntem ve uygulanabilirliği açısından değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bu bölümünde Türkiye sağlık sektörü altyapı yatırımlarında alternatif finansman yöntemi olarak KOÖ yönteminin kullanılması politikası araştırma soruları kapsamında elde edilen bulgular ve ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır.

Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikası, Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması, bu amaçla Maliye Bakanlığı'nca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağimsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi; sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesini kapsamaktadır. Türkiye'de sağlık sektörü için KÖO yönteminin uygulanmasında iki modelden yararlanılması planlanmaktadır. Bunlar, sağlık tesisinin yapımı için YKD ve ticari getiri alanları için YİD modelidir. YKD modelinde, Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile

belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacak ve süre sonunda tesis tüm hakları ile kamuya devredilecektir. Tıbbi alanların yapımı bittikten sonra kamuya devredilecek olan tesisler kamu tarafından işletilecektir. YİD modeli ile tıbbi olmayan ticari işletim alanları özel sektörcce yapılacak, anlaşma süresince işletilecek ve süre sonunda kamuya devredilecektir.

Özellikle İngiltere’de uygulanan KÖO modeline benzeyen bu yöntemle özellikle büyük sağlık tesislerinin yapılması planlanmaktadır. “Sağlık kentleri” olarak adlandırılan bu tesisler içinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar, araştırma merkezleri ve sağlık teknoparklarının, sosyal tesislerin, otel ve medikal otellerin, alışveriş merkezi, idari merkezler, merkezi acil ve yoğun bakım ünitelerinin, merkezi eczane ve depo yapılarının, konaklama imkânları, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark peyzaj alanları ve üstün nitelikteki teknolojik, fiziksel altyapı koşulları ile bir bütün olarak tasarlanan sağlık kompleksleri olup; sağlık hizmetlerinin son basamağı ve sağlık tesislerinin en uzmanlaşmış hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kentleri için Kayseri, Ankara (Etlik ve Bilkent) ve İstanbul (İkitelli) gibi pilot bölgeler seçilmiştir. Bu pilot bölgeler dışında farklı büyüklükteki 120 sağlık kompleksinin KÖO yöntemi ile yapılması hedeflenmektedir.

Dünyada kamu altyapı yatırımlarında yaygın şekilde kullanılan (Goldman ve Mokuvoş, 1991, s.25-28; Hall, 1998, s.25; Nijkamp ve diğerleri, 2002, 1865; Akintoye ve diğerleri, 2003, s.3; Broadbent ve Laughlin, 2003; Broadbent ve Laughlin, Şubat 2005; Hemming, 2006, s.1; International PPP Platform Türkiye, t.y.) KÖO, Türkiye’de ulaştırma ve enerji sektörlerinden sonra sağlık sektörü için ilk kez 2005 yılında gündeme gelmiştir. Politikanın gündeme geliş şekli bakanlık yetkililerinin özellikle SDP kapsamında sağlık altyapı yatırımlarının yenilenmesi ihtiyacından yola çıkarak alternatif finansman kaynağı arayışı ile başlamıştır. Bing ve diğerleri (2005a)’nin çalışmalarına göre, KÖO’nu çekici kılan faktörler arasında daha iyi proje teknolojisi ve ekonomisi, daha fazla kamu yararı sağlaması, kamuyu finansal ve bürokratik sıkıntılardan kurtarması ve işlem maliyetlerini düşürmesi yer almaktadır. Türkiye sağlık sektörü için de KÖO yönteminin aynı açılardan çekici bulunduğu görülmektedir.

Birçok ülkede benzer niyetlerle (Tekin, 2004b; Morledge ve diğerleri, 2006, s.196-197; United Nations Research Institute for Social Development [UNRISD], 2006, s.259-269; Hemming, 2006, s.4-10; Livesey, 2008, s.1-4; Holden, 2009, s.313-314) gündeme gelen KÖO politikasının ülkelerin gündemine girmesinin bir diğer nedeni ise, politika transferi ya da politika ihracı denilen yaklaşım, özellikle bilgi ve deneyimini başka ülkelere pazarlamak isteyen ülkelerin ticari niyetleridir. Nitekim tüm dünyada sağlık pazarının büyüklüğü yaklaşık 200 milyar dolardır. (Holden, 2009, s.317). Böyle büyük bir sektör özellikle küresel sermayeye çekici gelmektedir. Çalışma bulgularından politikayı destekleyen İngiltere ve İspanya'nın politikaya verdikleri destek ve etkileri bu yönde değerlendirilmektedir.

İngiltere dünya sağlık piyasasında önemli bir aktördür. Sağlık bakım hizmetleri ve sağlık teknolojisi dışında dünyada 500 kadar İngiliz danışmanlık şirketi bu pazarın önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu firmaların yıllık kazançları 25 milyon pounddur (Holden, 2009, s.317). Bu kapsamda İngiltere'nin sağlıkta KÖO politikasının önemli aktörlerinden biri olarak çıkması şaşırtıcı değildir. İngiltere'nin KÖO sağlık sektörü uygulamalarındaki deneyim ve "*know how*"larını ihraç etmek istediği ülkelerden (The Canadian Centre For Policy Alternatives, Nisan 2003; South African Public Private Partnerships, t.y.) birisi de Türkiye'dir. İngiliz sağlık bakım ihraç stratejileri sadece mal ve teknoloji odaklı değil aynı zamanda danışmanlık ve KÖO ile ilgili hizmetleri de kapsamaktadır. Danışmanlık hizmetleri ise tasarım, hastanelerin tasarım ve işletimi, stratejik planlama, sağlık bakım master planları ve sağlık sigortası reformuna ilişkin tavsiyeleri de içermektedir (Holden, 2009, s.318).

Benzer şekilde İspanya'nın da İngiltere gibi deneyimini ihraç edebileceği danışmanlık ticareti için Türkiye'yi seçmesi aynı bakış açısıyla açıklanabilmektedir. Araştırma kapsamında elde edilen bilgilerden de anlaşıldığı üzere Türkiye sadece sağlık sektöründe değil hemen hemen bütün kamu altyapı yatırımında KÖO yönteminin kullanılması için uygun bir pazardır. Bu kapsamda 2002-2005 yılları arasında İngiltere politika ihraç programı kapsamında 34 ülke ile karşılıklı görüşmeler gerçekleştirmiştir. Bu görüşmelerin organizasyonu İngiltere Sağlık Bakanlığı ve UKTI'nın ağırlıklı çalışmaları ile sağlanmıştır. Araştırma bulgularının da desteklediği bu bilgi İngiltere'nin Çin, Şili, Macaristan, Güney Afrika, Meksika, Estonya, Finlandiya, Kanada, Fransa ve Portekiz gibi ülkelerde (The Canadian

Centre For Policy Alternatives, Nisan 2003; South African Public Private Partnerships, t.y.) gerçekleştirdiği politika ihraç projesinin Türkiye’de de gerçekleştiğini göstermektedir.

Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasını destekleyen aktörler sağlık bakanı, başbakan, sağlıkta KÖO program danışmanı ve diğer danışmanlar, AKP, DPT, HM, MB, Öİ, İngiltere, İspanya, Müteahhitler Birliği, bankacılık sektörü, International PPP Platform Türkiye, SAYED, Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, NKY Mimarlık, DB, AB, özel sektör ve bazı sağlık çalışanları olarak sıralanabilmektedir. Bu aktörlerden bakan, başbakan ve iktidar partisi politikanın sahibi ve yürütücüsü olmaları nedeniyle politikayı güçlü şekilde destekleyen aktörlerdir. Sağlık sektörü gibi halk üzerinde etkisi büyük sektörlerde yürütülen önemli projelerin başarı ile gerçekleşmesi hem siyasi hem de kurumsal açıdan önemlidir. Program danışmanı ve diğer danışmanlar hem maddi kazanç hem de mesleki deneyim açısından bu politikanın devam etmesini ve başarısını arzulayan diğer önemli aktörlerdir. DPT, HM ve MB gibi kurumlar politikanın uygulanması kapsamında yer alan kurumlar olmaları ve kamu tarafını oluşturmaları nedeniyle, bazı endişeleri olmasına rağmen, politikayı destekleyen aktörler arasındadır. Öİ benzer bir politikanın ülkedeki yaygın uygulayıcısı olması ve süreçte rol almak istemesi nedeniyle, diğer kamu kurumlarının taşıdığı endişeleri taşımasına rağmen, politikayı güçlü şekilde desteklemektedir. İngiltere ve İspanya yukarıda ifade edilmeye çalışıldığı gibi politika ihraç yaklaşımını kullanarak bugüne kadar elde ettiği bilgi ve deneyimi pazarlamak ve sağlık sektöründen ticari kazanç elde etmek düşüncesi ile politikayı güçlü şekilde desteklemektedir.

Politikaların oluşturulmasında rol alan taraflar uluslar arası aktörler; uluslar arası organizasyonlar, hükümetler ve hükümet dışı aktörler olarak sınıflandırılmaktadır (Stone, 2004, 545). Politika transferi olarak bakılan bu yaklaşımda rol alan aktörler literatürde 6 kategoride incelenmektedir (Holden, 2009, s.315). Bunlar: seçilmiş resmi görevliler, siyasi partiler, bürokratlar/devlet memurları, baskı grupları, politika uzmanları ve ulus ötesi kurumlardır. Bu aktörlerin bu araştırma kapsamında da politikanın ortaya çıkış ve desteklenmesinde önemli rol oynadıkları görülmektedir.

Bununla beraber International PPP Platform Türkiye, SAYED, KÖO Derneği gibi sivil toplum örgütleri politikayı olgunlaştırmak, desteklemek ve kamuoyuna duyurmak amacıyla faaliyet gösteren ve yukarıda sayılan diğer resmi aktörlerin farklı bir rol ile politikayı desteklemesi şeklinde ortaya çıkan aktörlerdir. Özellikle International PPP Platform Türkiye'nin diğer sektörlerdeki KÖO politikasını destekleyen ve farklı sektörlerden konunun uzmanlarından oluşan bir sivil toplum örgütü olması, uluslar arası kurum ve kuruluşlardan destek görmesi politika için önemini ortaya koymaktadır. Bunun dışında NKY Mimarlık, Müteahhitler Birliği, özel sektör ve bankacılık sektörü gibi aktörler politikanın finansal kazancını dikkate alarak politikayı desteklemektedir. Politikayı destekleyen uluslar arası kurumlardan Dünya Bankası, politikanın diğer sağlık politikaları ile paralelliği ve küresel sermayenin ilgisi nedeniyle politikayı destekleyen güçlü bir aktördür. AB ise, aday ülke konumunda olan Türkiye'nin birliğe uyumu açısından politikayı destekleyen bir diğer aktördür.

Politika çeşitli açılardan fayda sağlayanlar tarafından desteklenmektedir. Bunlardan birisi de sağlık çalışanlarıdır. Politikanın başarılı olması halinde ortaya çıkacak sağlık tesislerinde çalışacak ve eğitim alacak sağlık çalışanları bu politikayı destekleyen diğer aktörlerdir.

Bir politikayı başka bir ülkeye ihraç etmede uygulanan stratejilerden birisi bu süreçte o ülke yönetimine kredi sağlayarak politikaya uyum göstermesini sağlamaktır. Bu kapsamda SDP başta olmak üzere bu politikada da İngiltere, İspanya ve DB hibelerinin bakanlığa tahsis edildiği görülmektedir. KÖO politikasında ilk projelerin hazırlık çalışmaları bu hibelerle gerçekleştirilmektedir. Bir diğer strateji ise, ulus ötesi şirketlerin hükümetleri yatırımların başka yerlere yapılabileceği tehdidi ile ikna etmesidir (Holden, 2009, s.315). KÖO politika transferinde politikanın ihraç edileceği ülkede ülke içinden paydaşlar bulmak, hükümeti ikna etmek ve politikayı destekleyici çalışmalara dayalı detaylı hareket planlar geliştirmek bilinen bir yaklaşımdır (Holden, 2009, s.319). Bilinen bu yaklaşımın her bir adımı bu politikada gözlenebilmektedir. Bu hareket planlarının ısmarlama ve uzun vadeli planlar olması önemlidir. Nitekim araştırmada elde edilen bulgularda da görüldüğü üzere politikayı gündeme getiren ve destekleyen aktörler 2005 yılında ortaya çıkmış ve politikanın uygulamaya konulabilmesi için çok sayıda girişimde bulunmuştur (kanun çalışması,

lkeler arası görüşmeler, lobicilik, kongre ve toplantılar, sivil toplum rgt oluşturma vb.).

Politika transferinde yararlanılan aktörlerin motivasyonuna etki eden maddi çıkarlara (kazançlarına) ya da özel sektörün bu süreçteki rolüne yönelik literatürde çok az çalışma bulunmaktadır (Holden, 2009, s.315). Ancak IMF veya DB gibi uluslar arası kurumların politikaları etkileme rolü herkesçe kabul edilmiş bir gerçektir. Bu kurumların çalışmaları çoğunlukla piyasa lehine değerler ve bilgi üreterek ülkeleri bazı politikaları uygulamaya ikna etmek şeklinde gerçekleşmektedir (Holden, 2009, s.315; Stone, 2004, 552).

Hükümet dışı aktörlerin rolü en az hükümet ve uluslar arası aktörlerin rolü kadar önemlidir (Holden, 2009, s.315). Özellikle K politika transferinde İngiltere rneinde özel danışmanlık firmalarının “yeni kamu yönetimi” fikrini yaymada önemli rol üstlendikleri görülmektedir (Stone, 2004, 545-566). Benzer durum bu politikada da mevcuttur. Politikayı destekleyen hükümet dışı aktörler kamunun hantallıından ve özel sektörün çalışma prensiplerinden yola çıkarak K’nın yeni bir anlayış getireceğini savunmaktadırlar.

Politikayı desteklemeyen ve muhalefet eden aktörler arasında Barolar Birliği, hasta ve hasta yakınları, CHP ve MHP gibi muhalefet partileri, özel hastaneler, sağlık alıanları, TTB, HASUDER ve Tıp Kurumu Derneği gibi sivil toplum örgütleri, niversiteler ve IMF gibi uluslar arası kuruluşlar yer almaktadır. Bing ve diğerleri (2005a)’nin çalışmalarına göre, K’nın olumsuz algılanmasına neden olan faktörler arasında projelerin aşırı ticarilemesi, ortakların deneyim eksikliği, özel sektör için yüksek maliyetli ve zaman alıcı olması gibi sebepler yer almaktadır. Yukarıda tanımı ve kapsamı yapılan politika çeşitli sebeplerle eletirilmekte ve desteklenmemektedir. Barolar Birliği ve bazı hukuk adamları politikanın yasal zeminini eksik ve hatalı bularak desteklememektedir. Özellikle anayasa ile çelişen yanlarına işaret ederek politikanın bu haliyle uygulanamayacaını savunmaktadırlar. Nitekim proje aşamasına gelen politika çeşitli sebeplerle davalara konu olmuş ve süreç yavaşlamıştır. Hasta ve hasta yakınları temsil edildikleri sivil toplum rgt aracılığıyla politikaya muhalefet etmektedir. Özellikle büyük kentlerdeki mevcut sağlık tesislerinin ortadan kalkmasının sosyo ekonomik durumu elverişsiz hastaların

alternatiflerini azaltmış olacağı yorumu ile ileride bu hastaların tedavi olabileceği hastane bulamayacağından endişe duyulmaktadır. CHP ve MHP gibi muhalefet partileri politikanın gündemlerinde olmaması nedeniyle ciddi bir muhalefet gösterememelerine rağmen politikayı desteklemeyen aktörler arasında yer almayı tercih etmektedir. Bu iki parti mecliste grubu bulunan partiler olmaları nedeniyle mevzuat çalışmalarına katılmış, gösterdikleri cılız bir muhalefet dışında politikanın yasal zeminini onaylamışlardır. Politikadan zarar görebilecek olan özel hastaneler ise hükümetin sürekli değişen ve kendilerini zor duruma düşüren yaklaşımları karşısında bu politikanın karşısında yer aldıklarını dile getirmektedir.

TTB, HASUDER ve Tıp Kurumu gibi sağlık alanındaki önemli sivil toplum örgütleri ise politikayı SDP politikası ile birlikte değerlendirmektedir. Bu aktörler diğer sağlık politikalarının ortaya çıkardığı ve çıkarabileceği sonuçları kapsamlı şekilde ele aldıktan sonra, KÖO politikasının ülkedeki sağlık sektörünü ve halkın sağlığını daha kötü etkileyeceği ve küresel sermaye dışında kimseye fayda sağlamayacağı gerekçesi ile tamamen reddedip, muhalefet etmektedir. Çalışma kapsamında görüşlerine başvurulmuş üniversitelerin Halk Sağlığı Ana Bilim Dalları da TTB, HASUDER ve Tıp Kurumu gibi politikayı hükümetin diğer sağlık politikaları kapsamında değerlendirerek eleştirmektedir. Ancak yukarıda sayılan aktörlerin güç ve etkileri haklı eleştirilerine rağmen politikayı destekleyen aktörlere göre oldukça zayıf bulunmuştur.

Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde yaygın kanı böyle bir politikada mutlaka taraf olunacağı, tarafsız kalınamayacağı yönünde olmasına rağmen politikanın kamuoyunun gündeminde yeteri kadar yer almaması ve farkındalık oluşmaması nedeniyle bazı aktörlerin politikadan habersiz olduğu ya da tarafsız kaldığı görülmüştür. Bu aktörler arasında SGK, IMF, Hasta ve Hasta Yakınları Derneği, medya ve Sağlık İdarecileri Derneği yer almaktadır. Bu aktörler içinde SGK önemli bir noktadadır. Görüşmecilerden alınan bilgiler ve gözlemlere göre, politika kurumun gündeminde bulunmamaktadır. Ancak politikanın sağlık harcamalarına etkisi ortaya çıktığında kurumun politikanın karşısında yer alabileceği birçok görüşmeci tarafından dile getirilmiştir.

Çalışma kapsamında toplanan veriler ışığında yapılan analiz sonuçları politikanın güçlü şekilde desteklendiğini ve uygulanabilir bir politika olduğunu

göstermiştir. Nitekim politika uygulama aşamasındadır ve ilk projeler hayata geçirilmeye başlanmıştır. Ancak bir politikanın desteklenmesi uygulamada başarılı olabileceğini gösterir mi, önemli olan konu budur.

KÖO yönteminin uygulamasında işin doğası gereği ortalama hazırlık süresi 2-2,5 yıldır. Ama bu tür politikalarda 2-2,5 yıl siyasi iktidar için uzun bir süredir. Siyasiler politikaların sonucunu bir an önce görmek ve kamuoyu ile paylaşmak isterler. Nitekim başbakan ve sağlık bakanı 2005-2006 yıllarında bütün açıklamalarında bu sağlık komplekslerinden bahsetmiş, en kısa sürede hayata geçirileceğini halka duyurmuştur. Bu nedenle bu politikanın bir an önce sonuçlarının görülmesi beklenmektedir. Bu beklenti en azından ilk proje için bazı aşamaları gerçekleşmeden de olsa bir an önce hayata geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu aşamaların gerçekleşmemesinin sonuçları ise ileriki zamanda görülebilecektir. Ancak izlenimlere göre hukuki, finansal, mimari ve sözleşmeler açısından herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmamak amacıyla Sağlık Bakanlığı bu konularda bireysel danışman ve danışmalık firmaları ile çalışmaktadır. Her şeye rağmen oluşabilecek her türlü sonuç ancak bir projenin hayata geçirilmesi ile görülebilecektir.

Çalışma kapsamında politikanın değişen koşullarda uygulanabilirliğinin nasıl etkileneceği üç farklı senaryo ile ele alınmıştır. Bu senaryolardan birincisinde hükümet değişikliği ile oluşabilecek koşullarda politikanın uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Bu senaryoya göre, hükümet değişikliği ile başbakan, sağlık bakanı ve bakanlık içinde bazı bürokratik değişimler yaşanabileceği varsayılmıştır. Bu durumda politikayı destekleyen en önemli aktörlerin koalisyon haritasındaki yerleri değişecektir. Senaryoya göre tarafların pozisyon, etki ve güçlerinde değişiklik yapılarak analiz yapıldığında politikayı destekleyenlerin etki dereceleri azalsa da politikanın uygulanabilirliğinin devam ettiği görülmüştür. Ancak bu uygulanabilirlik pratikte üç farklı şekilde yorumlanmalıdır. Öncelikle hükümet değişikliğinde başbakan ve sağlık bakanı değişeceği ve Türkiye’de politikaların çoğunlukla siyasilere endeksli değişim gösterdiği varsayımı ile güçlü bir desteğe, yasal ve idari altyapıya rağmen politikanın gündemden kalkabileceği söylenebilir. İkinci yoruma göre, politika kapsamında projeler hayata geçmişse var olan projeler devam ettirilebilir, ancak yeni projeler üretilmeyebilir. Üçüncü yoruma göre ise, başlamış

olan projeler öyle başarı ile uygulanmaktadır ki, yeni gelen idare politikanın devamına etmesine karar verebilir.

Araştırma kapsamında üretilen ikinci senaryoda sağlıkta KÖO politikasının ilk projelerinde meydana gelebilecek maliyet artışı ya da projelere yönelik açılan davaların sayısı ve etkisi arttıkça politikanın aktörlerinde bazı değişiklikler yaşanabileceği şeklindedir. Örneğin KÖO ile kurulan sağlık kentleri daha önce görüşmecilerin de dile getirdiği gibi sağlık harcamalarını aşırı ölçüde artırması halinde SGK tarafından muhalefete uğrayabilecektir. Bu durumda SGK tarafsız kalmayacak ve politikanın karşısında yer alacaktır. SGK'nın gücü düşünüldüğünde politikanın bundan sonraki uygulamalarında etkisi olacağı düşünülmektedir. Aynı şekilde projelere karşı açılan davalar ve bu davaların etkisi hukuki çevreleri ya da hukuktan güç alan aktörlerin tarafını, gücünü ve etkisini etkileyebilecektir. Bu senaryoya göre SGK, Barolar Birliği, IMF, HM ve MB'nın pozisyon, güç ve etkileri yeniden düzenlenerek bu değişikliğe göre politikanın uygulanabilirliği analiz edilmiştir. Analiz sonucunda politikanın uygulanabilirliğini etkileyen etki derecesi düşmüştür. Ancak sonuç olarak politika halen uygulanabilir durumdadır ve bu sonuçta yorumlamaya ihtiyaç duymaktadır. Politikanın güçlü şekilde desteklendiği dönemlerde bile açılan davalar projelerin ilerlemesini yavaşlatmıştır. Bunların sayısı arttıkça politikanın ilerlemesi ve başarılı olması tehlikeye girecektir. Yine pek çok görüşmecinin dile getirdiği gibi politikanın sağlık harcamalarını artırması durumunda SGK artan sağlık harcamaları nedeniyle hükümet üzerinde baskı uygulayacaktır. Bu durumda yeni projelerin başlaması mümkün olmayabilecektir. Bu durum sadece SGK'nın değil HM, MB ve IMF gibi aktörlerin de pozisyon ve etkilerini değiştirebilecektir.

Üçüncü senaryoda özel sektör yatırımcıları, finansör kuruluşlar ve diğer ülkelerin politikaya destekleri değiştiği takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar incelenmektedir. Yukarıda sayılan aktörlerin politikaya karşı yaklaşımını etkileyebilecek durumlar arasında küresel ekonomik kriz, politik istikrarsızlık ya da projelerin cazip bulunmaması gibi sebepler yer alabilir. Bu senaryoya göre özel sektörün politikaya karşı tarafsız kalacağı varsayılmıştır. Bu durumda tarafsızlar ve politikaya karşı olanlara rağmen politikayı destekleyenlerin sağladığı etki derecesine göre politika hala uygulanabilir durumda görülmektedir. Ancak ortaklık temeline

dayanan politikada ortaklardan birinin olmamasına rağmen hükümetin bu politikayı uygulayabilmesi pratikte mümkün olamayacaktır.

Yukarıda ele alınan senaryolar ve mevcut duruma ilişkin görüşler göstermektedir ki sağlıkta KÖO politikası aktörlerin pozisyon, etki ve güçlerine göre uygulanabilir bir politikadır. Ancak diğer ülke ve sektör deneyimleri ve ilgili literatürden elde edilen bilgiler uygulama ve politikanın başarısı düşünüldüğünde gerçek hayatta politik desteğin yeterli olmadığını göstermektedir. Bu nedenle politikanın ve dolayısıyla bu kapsamda üretilen projelerin başarıyla hayata geçirilebilmesi için bazı stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler gerekçe, yöntem ve uygulanabilirlik başlıkları altında bulgular bölümünde detaylı şekilde ele alınmıştır. Bu nedenle bu bölümde elde edilen stratejiler yalnızca literatür ışığında tartışılacaktır.

Araştırmanın en önemli bulgularından biri, politikanın uygulamalarında bazı sorunların ortaya çıkabilecek olmasıdır. Bu nedenle idare tarafından bu sorunlar politikanın ilk aşamalarında tespit edilip çözüm üretilirse politika başarı ile hayata geçebilecektir. Bu sorun alanlarından en önemlisi YKD ve YİD modellerindeki finansal hesaplamaların doğru şekilde yapılabilmesidir. Bu hesaplar ne kadar sağlıklı yapılırsa kamunun geri ödeme yükü o kadar az olacak ve politikaya yönelik en ciddi eleştiriler ortadan kalkacaktır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.53). Bu kapsamda diğer ülke ve sektör deneyimleri (English, 2007b; Hodge, 2007) örnek alınmalıdır. Özellikle İngiltere, İspanya, Portekiz, İtalya, Kanada ve Güney Afrika (Yescombe, 2007, s.47; National Treasury PPP Unit, 2007) örnekleri bu stratejiyi desteklemektedir.

Araştırma kapsamında üretilen bir diğer önemli strateji KÖO politikasının sektör politikası olmaktan çıkarılıp kurumsallaştırılmasıdır. KÖO politikasının uygulandığı birçok ülkede başarı kurumsallaşma ile birlikte ortaya çıkmıştır (Schneider, 1999; Stone, 2004; Holden, 2009). Bu politikanın kurumsallaşması ise güçlü bir mevzuat, merkezi bir birim ve uzmanlık gücü ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de KÖO’nın tüm sektörlerde başarı ile uygulanabilmesi için kurumsallaşması gerekmektedir.

Sağlıkta KÖO politikasının başarılı olabilmesi için gerekli koşullardan birisi de şeffaflık ve standardizasyonun gerçekleştirilmesidir. Görüşmecilerden toplanan bilgiler (G1-4) ve literatüre (IFSL, 2003; Straus, Eylül 2007) göre, KÖO projelerinin başarılı olabilmesi için gerekli etmenlerden birisi standardizasyondur. İngiltere’de KÖO projelerinde çalışan 68 kişi ile görüşme yöntemi kullanılarak yapılan çalışmanın sonuçlarında kamu sektörü katılımcılarının KÖO projelerinin daha maliyet etkili ve kolay yönetilebilir olması için sözleşmelerin standartlaştırılması gerektiğine vurgu yaptıkları görülmektedir (Asenova ve diğerleri, 2002, 17-18). Şeffaflık ve standardizasyon kamuoyunun güveni ve yolsuzlukların önlenmesi için de önemli bir konudur. AB, 1957 Roma Anlaşmasıyla üye ülkelere üçüncü şahıslarla yapılan sözleşmelerde şeffalık prensibine uygun davranma zorunluluğu getirmiştir (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006). Türkiye gibi güvenilirlik notu düşük ülkelerde şeffalık ve standardizasyonun sağlanması politikanın başarısı için oldukça önemli bir konudur.

Olası sorunlara yönelik hukuki altyapının yeniden düzenlenmesi, politikanın başarısı için önemli bir diğer stratejidir. Sağlık Bakanlığı’nın KÖO uygulamalarında mevzuata ilişkin hukuki sorunlarla karşılaşmaktadır. Şu anki anayasal algıya göre bazı hususların (ihale komisyonunun oluşturulması gibi) kanunla düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlıkta KÖO yönteminin kullanıldığı projeler çok büyük ölçekli projelerdir. Geçmiş deneyimler özellikle yasal altyapıdan kaynaklanan sorunların KÖO politikalarının başarısını etkilediğini göstermiştir. Nitekim mevcut politikanın yavaş ilerlemesinin sebebi de yasal sorunlardır. Bu nedenle öncelikle hukuki açıkların tespit edilip, mevzuatın gözden geçirilmesi gerekmektedir. Ancak bu stratejinin kurumsallaşma stratejisi kapsamında ele alınması daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Nitekim çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde politikanın yasal altyapısı ile ilgili genel bir görüş hâkimdir. Bu genel görüşe göre, sağlık altyapı finansmanında KÖO uygulamaları için ayrı bir yasal altyapıya gerek yoktur. Ya tüm sektörleri kapsamına alan çerçeve kanun bir an önce hazırlanmalıdır ya da sağlık sektörü de genel KÖO veya YİD kanunu olan 3996’nın kapsamı genişletilerek bu mevzuat kapsamında iş ve işlemlerini yürütmelidir. Yeni bir kanuni düzenlemeye gidilmesi KÖO ile ilgili olarak mevcut dağınık mevzuat yapısına bir yenisini eklemiştir.

Önemli bir strateji Sağlık Bakanlığı KÖO Dairesinin kurumsal altyapısına ilişkin sıkıntıların giderilmesidir. Bu kapsamda danışmanlık hizmetlerine daha az ihtiyaç duyulması ve kamunun idari ve teknik anlamda güçlendirilmesi önemlidir. Bir çok literatür iki farklı sektör arasındaki işbirliğinin karmaşıklığının artması, karar alma otonomisinde kayıp ve bilgi asimetrisi gibi olumsuz sonuçlar doğurduğunu bildirmektedir (Pongsiri, 2002, s.487-495). KÖO projelerinde kamu ve özel sektör arasındaki asimetrinin ortadan kaldırılması ve kamunun en az özel sektör kadar uzman olması ortaklığın başarısında ve kamu menfaatlerinin korunmasında etkili bir stratejidir. Ayrıca projelerin devamlılığı ve özel sektörle arada güvene dayalı bir ortaklığın oluşturulması kamunun sürekli istihdam edilen uzman insan kaynağına sahip olması ile mümkündür.

Risk dağılımı ve risklerin iyi hesaplanması KÖO politikasının en önemli konusudur. Literatürde de KÖO ile ilgili en yaygın incelenen konu risktir (Lemos ve diğerleri, 2001, s.68-80; Akintoye ve diğerleri, 2003a; Ramstedt, Mayıs 2008; Hardcastle ve Boothroyd, 2003; Pollock ve Price, 2004; Zhang, 2004a; Bing ve diğerleri, 2005b, s.25-27; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.30; Nisar, 2007, s.1-19). KÖO için kritik başarı faktörleri ile ilgili çalışmada 18 başarı faktörü içinde risk dağılımı ikinci sırayı almaktadır. Bununla birlikte politik destek 18 kritik başarı faktörü içinde önem sırası olarak onbirinci sıradadır. Toplumsal destek ise KÖO için kritik başarı faktörleri içinde son sırada yer almaktadır (Bing ve diğerleri, 2005c).

Akintoye ve diğerleri (2003b)'nin 8 KÖO projesi ve 68 katılımcıyla yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre, bir KÖO projesinden en iyi değeri elde edebilmek için yapılması gerekenler: detaylı risk analizi, uygun risk dağılımı, projenin daha hızlı tamamlanması, proje geliştirilirken yeniliğin teşvik edilmesi ve devam eden projelerde proje maliyetlerinin azaltılmasıdır. KÖO ile ilgili mikroekonomik argumana göre, verimlilik sağlamak ancak özel sektöre risk transferi yapmakla mümkündür. Ancak bu durum her KÖO projesinin doğasına uygun olmamaktadır. Ekonomik terminolojide bazı kamu hizmetleri vardır ki çok yüksek miktarda sermaye gerektirir ve kullanıcı ödemesi ya olmaz, ya da çok küçük miktarda gerçekleşir. Ki bunlar kamu malı/hizmetidir. Bunların tüm maliyeti kamu tarafından karşılanır veya kısmen veya tamamı kamu tarafından desteklenir. Flinders (2005)'e göre, KÖO'nın hangi modeli uygulanırsa uygulansın bu temel ekonomik gerçek

değişmemektedir. Sonuç olarak, hükümet gerekli kamu hizmetlerinin başarısızlığına izin veremeyeceği için özel sektöre risk transferi konusu potansiyel bir boşluk olarak kalacaktır. Ayrıca KÖO'nun özünde özel sektörün karşılığını alabilecekse riski üstlenmesi söz konusudur. Kısacası risk, ödenen paranın değeri ve finansal anlamda karşılanabilirlik arasındaki ilişki KÖO'nin en karmaşık ve en tartışmalı alanlarından biridir (Akintoye ve diğerleri, 2003a, s.58,76; Pam ve diğerleri, 2004; Brude-Blanc ve Strange, 2007, 1-34; Ellis, 2008a; Ellis, 2008b). 1997'de Victoria Eyaletinde uygulanan ilk KÖO projesi Latrobe Bölge Hastanesi mali programa uygun şekilde tamamlandıktan 2 yıl sonra başarısız olmuştur. Başarısızlığın birçok nedeni vardır. Ancak bunlardan en önemlisi idarenin karar verme sürecinde risk maliyetlerine ilişkin faktörleri göz ardı etmesidir (English, 2007b; Hodge, 2007).

Field ve Peck (2003)'in yaptıkları bir çalışmaya göre ister kamu ister özel sektör olsun yöneticiler finansal risklerini minimize etmeye çalışırlar. Bu durumda risklerin paylaşılması yani riski en iyi yönetecek tarafa devretme prensibi bazı noktalarda çatışmaya sebep olabilecektir.

KÖO yöntemini yalnızca alternatif bir finansman modeli olarak algılamak KÖO politikalarının başarısızlığının en temel sebeplerinden birini oluşturmaktadır. Bu nedenle ortaklığa karşı bakış açısının değiştirilmesi başarı için önemli bir strateji olacaktır. Bir finansman yöntemi olması nedeniyle teknik yanı ağır basan KÖO yöntemi aynı zamanda ortaklığın gerektirdiği iş yapış ve anlayışında da bir değişim getirmektedir. Bu nedenle kamu ve özel sektör KÖO'nı doğru şekilde algılayıp uygulayamazsa finansman yöntemi olarak başarı sağlaması mümkün olmayacaktır. Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde görüşmeciler KÖO'nın sadece alternatif finansman modeli olarak algılanmaması gerektiğine vurgu yapmaktadır. İngiltere'de KÖO projelerinde çalışan 68 kişi ile görüşme yöntemi kullanılarak yapılan çalışmanın sonuçlarında da özel sektör katılımcıları kamuda çalışanların ticaret ahlakına uyum göstermeleri gerektiğine ve piyasa tabanlı yönetim anlayışını geliştirme gerekliliğine vurgu yapmışlardır (Asenova ve diğerleri, 2002, 17-18). Ayrıca DHMİ KÖO deneyimlerine ilişkin görüşmeci G5 başarılarının sırrını şu cümle ile özetlemektedir: *“Adı 80’li, 90’lı yıllarda Kamu-Özel İşbirliği olarak anılmasa da bu projelerde özel sektörle ilişkilere hep bir işbirliği projesiymiş gibi*

bakılmıştır. Dolayısıyla DHMİ Genel Müdürlüğü KÖO konusunda Türkiye’de çok iyi bir noktaya gelmiştir.”

Kamu ve özel sektörler literatürde farklı ahlaki sistemleri olan taraflar olarak tanımlanmışlardır. Bu tanımlamaya göre kamu sektörünün özellikleri; ticaret ve alım-satımdan kaçınma, sadakat ve disiplin için savaşıma, hiyerarşi ve geleneklere bağlılık, kadercilik ve göreve adanmışlık olarak sıralanırken; özel sektörün özellikleri; baskıdan kaçınma, gönüllülüğe bağlı başarı, doğruluk, rekabet, iyimserlik ve inisiyatifin takdir görmesidir. Bu iki sektörün ahlaki açıdan farklılıkları birlikte iş yapabilmelerini zorlaştırmaktadır (Klijn ve Teisman, 2003, s.143-144). KÖO düzenlemelerinin yapısı ile ilgili kamu çalışanlarının algılarının değişmesi için uzun bir süreç gerekmektedir (Pam ve diğerleri, 2004). Bununla beraber proje aşamasında aktörlerin her birinin menfaatlerinde birbirinden görünür şekilde farklılıklar vardır. Tasarımcı ve geliştiriciler projenin planlanması ve geliştirilmesinde aktif olarak yer alırken, müteahhitler projenin gerçekleştirilme aşamasında bulunurlar. Finansör ve yatırımcılar projenin nihai sonucu ve kazançlarıyla ilgilidirler ve bu nedenle projeyi dışarıdan izlerler (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, s.30). Tüm bu tarafların bir ortaklıkla bir araya getirilmesi ve uzun vadeli ortaklık geliştirilmesi oldukça zor bir süreçtir. KÖO gibi yönetim stratejileri, karşılıklı olarak çözüm arama konusunda isteklilik ve taraflar arasında bilgi alışverişini gerektirmektedir. Ancak pratikte özellikle kamu tarafının bu yaklaşımı gösteremediği görülmektedir. Öyleki Rotterdam Ana Liman Projesi örneği kamu ve özel sektörün gösterdiği tüm samimi çabaya rağmen ortaklık kurmanın nasıl zor bir süreç olduğunu göstermektedir (Teisman ve Klijn, 2002, s. 204).

Görüşmelerden elde edilen bir diğer strateji ise, sağlıkta KÖO ile ilgili mevcut eleştirilerin ve kaygıların ortadan kalkması için projelerin bir an önce hayata geçirilmesi gerekliliğidir. Ancak burada kilit ifade “başarılı projeler” olmalıdır. Bahsedilen eleştiri ve kaygıların ortadan kalkabilmesi için iyi işleyen başarılı KÖO’larının ortaya çıkarılması gerekmektedir. Görüşmeci G1’in ifadesi ile: “*KÖO beyin ameliyatıdır ve KÖO’nda tam anlamıyla uzman olmanız, milim kaçırmamanız gerekir. Aksi taktirde en ufak bir hatada hasta felç olur ve hiçbir zaman eski sağlığına kavuşamaz. Birçok alanda küresel rekabet yaşanırken KÖO gibi alternatiflerden uzak kalmak mümkün değildir. KÖO uygulamalarında gecikilirse*

birçok sektörde rakip ülkelerin gerisinde kalınır. O nedenle KÖO'larını birçok sektörde hayata geçirmek ve iyi bir ortaklık kurmaktan başka şans yoktur. Bu iş iki taraflı keskin bıçak gibidir. Kötü yaparsanız gidersiniz, yapmazsanız da gidersiniz. İyi yapmaktan başka şansınız yoktur.”

Çalışma kapsamında üretilen diğer stratejiler özetle şöyle sıralanabilmektedir:

- Büyük projeler yerine daha küçük projelerle başlanması.
- Kurum içinde bölümler arası ittifakın sağlanması için etkili bilgilendirme ve ikna sürecinin uygulanması.
- Sağlıkta KÖO politikasının tüm süreçlerinde üniversiteler, konunun uzmanları ve akademisyenlerle işbirliği yapılması.
- Politikanın her aşamasında yapılan analizlerin bilimsel yöntemlerle yapılması, analiz edilmesi ve bu analizlerin sonuçlarından yararlanılması.
- KÖO ve özelleştirme arasındaki ayrımın anlaşılabilir şekilde hareket edilmesi.
- Ülke koşullarına uygun çözümler üretilmesi.
- Kamu kesiminde çatışılan konuların ortadan kaldırılması.
- İşleyiş ve iş yapma felsefesi açısından özel sektörün olumlu yanlarının kamuya aktarılması.
- KÖO projelerinin cazibesinin artırılması.
- Politikaya karşı çıkışlara karşı çözümler geliştirilmesi.
- Bu politika ile ilgili olarak olumlu görüşler yanında olumsuz görüş ve eleştirilerin de aynı ciddiyet ve samimiyetle karşılanması, değerlendirilmesi ve üzerinde düşünülmesi.
- Uygulama deneyimlerinin bir sonraki projelere aktarılması için düzenleme yapılması.
- Politikanın başarısı ve sürdürülebilirliği için kurumsal çabanın öne çıkarılması.

- Proje uygulamalarında siyasi etkinin azaltılması.
- Projelerin geleceği, nasıl yönetileceği ve inşaat sonrasındaki süreç konusunda belirsizliklerin giderilmesi.
- Politika kapsamının birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletilmesi.
- Politikanın oluşturulması, proje hazırlık ve uygulama aşamalarının tümünde konu ile ilgili paydaşların (sendika, STÖ, kurum, kuruluş ve ilgili tüm tarafların) bilgi, görüş ve deneyiminden yararlanılması.
- Politikanın sürdürülebilmesi için politik sahiplenme.
- Yerli özel sektörün teşvik edilmesi.
- KÖO yöntemi ile yapılacak kamu yatırım projelerinde önceliklendirme yapılması.
- Politikaya yönelik eleştirilere aldırmadan uygulamaya devam edilmesi.

Geliştirilen stratejiler politikanın başarılı olabilmesi için üretilmiş stratejilerdir. Ancak diğer ülke ve sektör deneyimleri incelendiğinde KÖO yönteminin sağlık sektörü için ne kadar uygun olduğu yönünde karar vericilerin bir kez daha düşünmesi gerektiği görülmektedir. Özellikle İngiltere’de Hazine ve Hazine Komisyon raporlarında KÖO’nin verimlilik sağladığı yönünde bulgular yer alsa da, birçok akademik çalışma KÖO’nin yol yapımı ve hapisane yönetimi gibi uygulamalarda başarıya ulaştığını ancak sağlık (hastane yapım ve işletimi) ve eğitim (okul yapım ve işletimi) gibi alanlarda verimlilik sağlayamadığını ortaya koymaktadır (Flinders, 2005, s.220; Price ve diğerleri, 1999).

KÖO projeleri “şimdi al, sonra öde” imkânı sunmaktadır. Bu durum gelecek hükümetlere ve yerel yönetimlere önemli politik esneklik kazandırmaktadır. Ancak İngiltere uygulamalarında elde edilen sonuçlara göre, KÖO’nin sermaye maliyetini %75 artırdığı görülmektedir (Flinders, 2005, s.225). Bu maliyetler özellikle yerel idareleri uzun vadede kaynak sıkıntısına sokabilecektir.

İngiltere’de 1997’den beri Ulusal Sağlık Hizmetleri içindeki neredeyse tüm hastaneler için KÖO finansman yöntemi kullanılmaktadır. 2001-2002 yıllarında işletimi başlanan 12 hastanenin incelendiği bir çalışmada (Shaoul, 2008, s.101-108) hastane birliklerinin yıllık özel sektör ortaklarına ödedikleri miktarın bütçelerinin %11’i olduğu ve bu değerin beklenenden daha yüksek bir bedel olduğu bulunmuştur. Bu rakama bir de özel maliyetler eklendiğinde bu oran % 20-25’i bulmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmetleri üzerindeki bu yük çalışma koşulları ve çalışanlara yapılan ödemelerde kısıntı yapılması ile sonuçlanmaktadır (Shaoul, 2008, s.107-108).

Maliyet azaltımı sinerji, ölçek ekonomisi ve projenin ömür maliyetine bağlıdır. Ancak kamunun maliyetleri düşürmeyi sağlayacak şekilde ölçek ekonomisinden yararlanarak birkaç işi bir araya getirecek firma seçiminde her zaman başarılı olduğu söylenememektedir (Bettignies ve Ross, 2004). Bettignies ve Ross (2004)’un, Demsetz (1968)’den aktardığına göre, önceden tahmin edilen rekabet proje için teklif verenlerin daha düşük maliyet, daha yüksek kalite ve yenilik yapma gibi konularda güçlü olmasını gerektirir.

KÖO ile ilgili yapılan çalışmaların birçoğunda kamu sektörü açısından KÖO’nın yatırılan paranın değerinin düşük olduğu, ancak özel sektörün karını garantilediği vurgulanmaktadır. Bu yaklaşıma başka bir açıdan bakan çalışma sonuçlarında ise, kamu hizmet/mal tedarikinden sorumlu özel sektörün muhtemel başarısızlığı kamu sektörüne maliyet artışı, hizmetlerin kötüleşmesi ve bozulma olarak yansıyacaktır, sonucunu çıkarmaktadır. KÖO’nın uzun vadede başarısı, özel sektörün projeye olan ilgisi ve bağlılığının proje süresince devam etmesine bağlıdır (Asenova ve Hood, 2006, s.23, 33-37).

İngiltere deneyiminden bir çok ders çıkarılabilir. Bunlardan ilki, KÖO projesinin maliyet-fayda oranı (ödenen paranın karşılığının alınması) değerlendirmesinde kullanılan değişkenlerin seçimi ile ilgilidir. Bu noktada geleneksel kamu sektör karşılaştırma indeksi bazı kalitatif etkenleri hesaplayamamasından dolayı bir takım eksikliklere sahiptir (Coulson, 2008, s.16). Kamu sektör karşılaştırma indeksi yalnızca maliyete odaklanan bir yaklaşımdır. Nadiren diğer alternatif seçeneklerle karşılaştırıldığında KÖO seçeneğinin tüm fayda

veya maliyetini ortaya koyabilmektedir. Üstelik bu indeksin maniple edilmesi mümkün olmaktadır (Renda ve Schrefler, 2006, s.4-5).

İkinci olarak, KÖO tasarım ve inşaat aşamasında başarı göstermesine rağmen, işletim aşamasında bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bunun sebebi çoğu zaman özellikle kamu tarafının sözleşme yönetimindeki başarısızlığından kaynaklanmaktadır. Sıklıkla gözlenen şey, tedarik ekibi ile sözleşme yönetim ekibi arasındaki bilgi akışının yetersizliğidir. Özel sektörün kamudan bilgi gizlemesi özel sektör açısından “ahlaki bir tehlike” oluşturmaktadır. Sonuç olarak eksik bilgi ile kamu sözleşme şartlarının yerine getirilip getirilemediğini doğru şekilde kontrol edememektedir. Sonuç olarak, İngiltere deneyimi göstermiştir ki kamu sektörü özel sektörün faaliyetlerini etkili şekilde izleyebilmelidir (Renda ve Schrefler, 2006, s.4-5)

1997-2004 döneminde Victoria Eyaletinde kamu hastane bakım hizmeti sunmak için altı KÖO uygulaması gerçekleşmiştir. İlk uygulamalar Latrobe Bölge Hastanesi (LBH) (1997) ve Mildure Base Hospital (1999)’dır. Bu projeler KÖO’nın YSI modeli ile gerçekleşmiştir. Bu iki KÖO projesi 1 Eylül 1998’de zamanında ve mali programa uygun şekilde tamamlandıktan 2 yıl sonra başarısız olmuştur. Başarısızlığın birçok nedeni vardır. Bunlar maliyet ve kamu sübvansiyonu konusunda mantıksız beklentiler, case-mix fonlama modelinin ve bunun gelecek düzeylere etkisinin yanlış anlaşılması ve idarenin sözleşmenin yeniden görüşülmesi konusunda istekli olduğu varsayımı gibi geniş şekilde sınıflandırılabilir. Case-mix fonlama modeli ile ilgili fonlama problemi kamu hastanelerinin de başına bela olmuştur. LBH’nin başarısızlığı idarenin karar verme sürecinde risk maliyetlerine ilişkin faktörleri göz ardı etmesinin sonucuna bir örnektir (English, 2007b; Hodge, 2007).

Portekiz KÖO altyapı yatırımlarını hızlandırmak ve hizmet kalitesini artırmak açısından etkili olmuştur. Ancak ekonomik açıdan kamuya yeni sıkıntılar getirmiştir. Başlangıçta bütçede kısa dönemli bir rahatlama getirse de bazı uzun dönemli projelerin bütçe üzerinde önemli etkileri olmuştur. Kamu yıllık bütçeleme içinde bu uzun dönemli KÖO projelerinin maliyetlerini yeterli şekilde ele alamamıştır. Bu açıdan Portekiz’de son zamanlarda KÖO’larının uzun dönemli bütçeye etkisi, sözleşme yapıları gibi konularda kurumsal çerçevede değişiklikler yapılmaktadır

(Monteiro, 2005). Deneyim açısından Portekiz sağlık sektörü KÖO uygulamaları Türkiye için örnek alınabilecek niteliktedir. Portekiz’de 2002’den beri ihale şartnameleri ve standart ihale programları gündemdedir. Şimdiye kadar hastane inşaatları için iki proje dalgası geliştirilmiştir. Her iki girişimde de planlanan inşaat projelerinden birer tanesi çalışanların ve ticaret birliklerinin güçlü muhalefeti ile gerçekleşmemiştir. Sağlık sektöründe KÖO programı şimdilerde yeniden tasarlanmaktadır (Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6). Portekiz’de KÖO uygulamaları kamu sektör tedariki ile karşılaştırıldığında özellikle altyapı yatırımlarında kamu hizmetleri için olumlu bir alternatif olmuştur. Ancak bu olumlu sonuç ekonomik değil daha çok etkililik analizinin sonucudur (Renda ve Schrefler, 2006, s.5-6; Monteiro, 2005). Bu nedenle dikkat edilmesi gereken şey kapsamın doğru belirlenmesi, ilerideki maliyetin doğru tahmin edilmesi, gelir akışının doğru yapılması açısından gerektiğinde projelerin yeniden gözden geçirilmesi önemlidir.

Flinders (2005)’e göre KÖO’nın sağladığı tek şey karmaşıklaktır. Çünkü KÖO uygulamaları yarı otonom/hybrid yapılar ortaya çıkarmaktadır. Akintoye ve diğerleri (2003b)’nin çalışma sonuçları ise KÖO projelerinin başarısını zorlaştıran faktörleri ortaya koymaktadır. Bunlar: KÖO hazırlık sürecinin yüksek maliyet gerektirmesi, uzun süre alması, karmaşık görüşmeleri gerektirmesi, hizmet kalitesini ve tesis yönetim fiyatlandırmasını tanımlamada zorluk, farklı grupların çıkarlarının çatışması ve kamu görevlilerinin danışmanları yönetme konusunda yetersiz kalması olarak sıralanmıştır.

İngiltere KÖO deneyiminin ilk örnekleri KÖO’nın beklenen faydaları sağlayamadığını göstermiştir. Bunun temel sebepleri kamu sektöründe böylesi kompleks süreçleri yönetecek kapasitenin bulunmayışı, kamu sektör temsilcilerinin bazı örneklerde uygun danışmanlık hizmetini almalarına rağmen ticari bakış açısına ve deneyimine sahip olmamaları şeklinde ifade edilebilmektedir (Holden, 2009, s.322). Klijn ve diğerleri (2008) Hollanda’da KÖO ile gerçekleştirilen büyük altyapı projelerinde görevli yöneticilerin yönetim sürecinde karşılaştıkları sorunları incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, özellikle karmaşık yapı KÖO projelerinde başarı elde etmek isteniyorsa karşılıklı taahhüt, dikey ilişkiler ve iletişime dikkat edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Jackson ve Stainsby (2000)’in vurgu yaptığı gibi gelecekte yöneticiler yeni organizasyon türleri ile ortaya

çıkan karmaşık yapıları yönetebilecek özelliklere sahip olmak zorundadırlar. Özellikle ağ yapısına sahip organizasyonlarda yöneticiler belirsizliklere karşı daha dayanıklı, büyük riskler üstlenmekte istekli, farklı kültürlerden gelen sayısız profesyoneli yönetebilecek, ağı meydana getiren faktörler arasında işbirliğini sağlayabilecek özellikleri taşımak zorunda kalacaktır. KÖO projelerinde ortaya çıkan bu ağ yapıda gerek kamu gerekse özel sektör yöneticileri sayılan bu özellikleri büyük ölçüde taşıdığı sürece projeler başarıyla ilerleyecektir.

İngiltere’de sağlıkta KÖO uygulamalarına yönelik, KÖO projelerinde görev alan 37 yöneticinin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada yöneticilerin KÖO yöntemi ile ilgili deneyimlerine dayalı olumlu ve olumsuz görüşleri olduğu bulunmuştur. Olumlu deneyimi olan yöneticiler KÖO yöntemi ile ilgili olumlu görüş bildirirken, olumsuz deneyimleri olan yöneticiler olumsuz görüş bildirmişlerdir. Çalışmada kamu sektöründe çalışan yöneticilerin özel sektörle çalışırken ortaya çıkabilecek sorunları azaltmaya veya özel sektörle çalışmanın avantajlarını artırmaya yönelik bir strateji geliştiremedikleri gözlenmiştir (Field ve Peck, 2003, s.497-500). Aynı sonucun insan faktörü düşünüldüğünde Türkiye örneğinde de gerçekleşebileceğini tahmin etmek güç değildir.

Ayrıca ülkelerin ulusal politik tutumları ve kapasiteleri KÖO uygulamalarının gelişmesi için önemlidir. Kamu yönetimi içinde KÖO için özel bir birim oluşturulması, hem kamu hem de özel sektörün tutumu ve yönetsel kapasitenin artırılması gelecekte daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayacaktır (Renda ve Schrefler, 2006, s.1).

Sonuç olarak, KÖO özel sektörün artan uzmanlığına karşı kamuyu insan kaynağı gücünün yetersizliği ile karşı karşıya bırakacaktır. Ancak orta vadede KÖO için özel olarak oluşturulan bir birim, taraflar arasındaki bilginin toplanması, analiz edilmesi ve yayılmasını sağlayarak bu gibi sorunları ortadan kaldırabilir. KÖO bakımından yönetimin temel sorunu kamu ile özel sektör arasındaki etkileşimin nasıl düzenleneceğidir. Ana amaç, kamu mal ve hizmetlerinde kaliteyi ve verimliliği artırmak ve bunu yasal çerçevede gerçekleştirmektir. KÖO’nun nasıl gerçekleştirilebileceği sorusunun genel tek bir cevabı yoktur. Cevap her pazar

koşuluna ve her bir projeye göre değişmektedir. Kısaca cevap terzi yapımı olmak zorundadır (The answer has to be tailor-made.) (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006,s.3).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edildiği bu araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar bulgular ve tartışma bölümlerinde ayrıntılı şekilde değerlendirildikten sonra bu bölümde maddeler halinde verilmektedir. Buna göre:

- Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak KÖO politikası: “Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı’na verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması, bu amaçla Maliye Bakanlığı’na Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi; sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesini kapsamaktadır.”
- Politika kapsamında İngiltere’de uygulanan KÖO modeline benzeyen bu yöntemle özellikle “sağlık kentleri” adı ile büyük sağlık tesislerinin yapılması planlanmaktadır.
- Politika ilk kez 2005 yılında gündeme gelmiştir. Politikanın gündeme geliş şekli bakanlık yetkililerinin özellikle SDP kapsamında sağlık altyapı yatırımlarının yenilenmesi ihtiyacından yola çıkarak alternatif finansman kaynağı arayışı ile başlamıştır.
- Türkiye sağlık sektöründe altyapı finansman yöntemi olarak KÖO politikasını destekleyen aktörler sağlık bakanı, başbakan, sağlıkta KÖO program danışmanı ve diğer danışmanlar, AKP, DPT, HM, MB, Öİ, İngiltere, İspanya, Müteahhitler Birliği, bankacılık sektörü,

International PPP Platform Türkiye, SAYED, Kamu-Özel Ortaklığı Derneği, NKY Mimarlık, DB, AB, özel sektör ve bazı sağlık çalışanları olarak sıralanabilmektedir.

- Politikayı desteklemeyen ve muhalefet eden aktörler arasında Barolar Birliği, hasta ve hasta yakınları, CHP ve MHP gibi muhalefet partileri, özel hastaneler, sağlık çalışanları, TTB, HASUDER ve Tıp Kurumu Derneği gibi sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve IMF gibi uluslar arası kuruluşlar yer almaktadır.
- Çalışma kapsamında yapılan görüşmelerde yaygın kanı böyle bir politikada mutlaka taraf olunacağı, tarafsız kalınamayacağı yönünde olmasına rağmen, politikanın kamuoyunun gündeminde yeteri kadar yer almaması ve farkındalık oluşmaması nedeniyle bazı aktörlerin politikadan habersiz olduğu ya da tarafsız kaldığı görülmüştür. Bu aktörler arasında SGK, medya ve Sağlık İdaresi Derneği yer almaktadır.
- Çalışma kapsamında toplanan veriler ışığında yapılan analiz sonuçları politikanın güçlü şekilde desteklendiğini ve uygulanabilir bir politika olduğunu göstermiştir. Nitekim politika uygulama aşamasındadır ve ilk projeler hayata geçirilmeye başlanmıştır.
- Çalışma kapsamında üretilen senaryolar ve mevcut duruma ilişkin görüşler göstermektedir ki sağlıkta KÖO politikası aktörlerin pozisyon, etki ve güçlerine göre uygulanabilir bir politikadır. Ancak diğer ülke ve sektör deneyimleri ve ilgili literatürden elde edilen bilgiler uygulama ve politikanın başarısı düşünüldüğünde gerçek hayatta politik desteğin yeterli olmadığını göstermektedir.
- Dünyada sağlık sektöründe KÖO yönteminin kullanılması yaygın olmasına rağmen Türkiye için çok yeni bir uygulamadır.
- Bu çalışma politikanın ve KÖO'nun anlaşılmasına ışık tutmaya çalışan, genel bir bakış açısıyla Türkiye özelinde konuyu değerlendiren bir araştırmadır. Türkiye sağlık sektöründe KÖO

yönteminin kullanılmasına ilişkin finansman, hukuk, mimari ve konunun kapsamına giren pek çok alanda bilimsel araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akintoye, A., Beck M. ve Hardcastle C. (2003a). *Public Private Partnerships: Managing Risk and Opportunities*. Blackwell Science, Oxford, UK.
2. Akintoye, A., Hardcastle, C., Beck, M., Chinyio, E. ve Asenova, D. (2003b). Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Construction Management and Economics*, 21, 461-470.
3. Akintoye, A., Taylor, C. ve Fitzgerald, E. (1998). Risk analysis and management of private finance initiative projects. engineering, *Construction and Architectural Management*, 5, 1.
4. Aktan, C.C. (2001). Sahiplik-Vekillik İlişkisi Yönünden Kamusal ve Özel Alanın Analizi (İsraflar, Savurganlıklar ve Yolsuzluklar Neden Kamusal Alanda Daha Fazla?). C.C. Aktan (Ed.). *Yolsuzlukla Mücadele Stratejileri*, Ankara: Hak-İş Yayınları. (Bu çalışma daha önce “Makdekizm, More Ütopyası, Babeuf Trajedisi ve Zadruga Faciası (İsraf ve Savurganlıklar Neden Kamusal Alanda Daha Fazla?)” adı altında Yeni Türkiye dergisi, Mart-Nisan 1999, 26,17–21’de yayınlanmıştır.)
5. Aldred, R. (2006). In the interests of profit at the expense of patients: an examination of the NHS local improvement finance trust (LIFT) model, analysing six key disadvantages. UNISON.
6. Aliyu, Z.Y. (2002). Policy mapping for establishing a national emergency health policy for Nigeria. *BMC International Health and Human Rights*, Research Article, 2, 5.
7. Allard, G. ve Trabant, A. (2007). Public-private partnerships in Spain: lessons and opportunities. *IE Business School Working Paper*, WP10-07.
8. Arkitera. (t.y.). Erişim: 11.6.2010,
<http://forum.arkitera.com/showthread.php/23826-Ankara-Etlik-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Kamp%C3%BCs%C3%BC-OWP-P-ve-NKY-Mimarl%C4%B1k>

9. Asenova, D. ve Hood, J. (2006). PFI and the implications of introducing new long-term actors into public service delivery. *Public Policy and Administration*, 21, 23.
10. Asenova, D., Beck, M., Akintoye, A., Hardcastle, C. ve Chinyio, E. (2002). Partnership, value for money and best value in PFI projects: obstacles and opportunities. *Public Policy and Administration*, 17, 5.
11. Avrupa Komisyonu. (Haziran 2004). *Kamu-Özel Ortaklığı Durum Çalışmaları Kaynak Kitabı*. Brüksel.

Ayanoglu, K., Düzyol, M.C., İlter, N. ve Yılmaz, C. (1996) Kamu Yatırım Projelerinin Planlanması ve Analizi. DPT İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Erişim: 12.06.2008, <http://www.dpt.gov.tr/dptweb/ekutup96/prjplan/prj.htm>
12. Baltzersen, M. (March 2006). Public-private partnerships. *6th Annual OECD Public Sector Accrual Symposium*, Norwegian Ministry of Finance, Paris.
13. BarDüşük, J, Köberle-Gaiser, M. ve Nolas, M. (Aralık 2007). Delivering innovative, adaptable hospitals. Can PFI help? (Bildiri). University of Bath School of Management/CRISPS Symposium on Procuring Complex Performance, Bath, Erişim:11.2.2008, www.haciric.org
14. BarDüşük, J. (Eylül 2007). Redefining healthcare infrastructure: integrating services and the built environment. *Revaluing Construction 2007-Crossing Boundaries*, Health and Care Infrastructure Research and Innovation Centre-HaCIRIC, Copenhagen.
15. BarDüşük, J. ve Köberle-Gaiser, M. (2008) The private finance initiative, project form and design innovation the UK's hospitals programme. *Research Policy*, 37, 1392-1402.
16. BBC. (Aralık 2005). PFI hospital 'faces £100m debt'. Erişim: 25.11.2008, <http://news.bbc.co.uk>
17. BBC. (Haziran 2007). *PFI hospitals hit patient care*. Erişim:03.06.2008, <http://www.bbc.co.uk>

18. BBC. (Mayıs 2008). *Flagship police HQ formally open*. Erişim:28. Mayıs.2008, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/england/kent/7424254.stm>
19. Bennett, J. ve Iossa, E. (2006a). Building and managing facilities for public services. *Journal of Public Economics*, 90, 2143–2160.
20. Bennett, J. ve Iossa, E. (2006b). Delegation of contracting in the private provision of public services. *Review of Industrial Organization*, 29, 75-92.
21. Besley, T. ve Ghatak, M. (1999). Public-private partnerships for the provision of public goods: theory and an application to NGOs. *The Development Economics Discussion Paper Series*, 17.
22. Bettignies, J-E. ve Ross, T. W. (2004). The economics of public-private partnerships. *Canadian Public Policy*, 30, 2.
23. Bhat, R. (1999). Public- private partnerships in health sector: issues and prospects. IIMA Working Papers, Indian Institute of Management Ahmedabad, Research and Publication Department, Erişim:12.5.2008, <http://econpapers.repec.org>
24. Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P.J. ve Hardcastle, C. (2005a). Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK: findings from a questionnaire survey. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 12, 2, 125-148.
25. Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P.J. ve Hardcastle, C. (2005b). The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK. *International Journal of Project Management*, 23, 25–35.
26. Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P.J. ve Hardcastle, C. (2005c). Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry. *Construction Management and Economics*, 23, 459–471.
27. Börzel, T.A. ve Risse, T. (2002). Public-private partnerships: effective and legitimate tools of international governance? *Complex Sovereignty: On the Reconstitution of Political Authority in the 21st Century*, Edgar G. ve Louis W. P. (Ed.), 15-16, University of Toronto.

28. Bös D. ve De Fraja G., (2002) “Quality and Outside Capacity in The Provision of Health Services”, *Journal of Public Economics*, Vol.84, pp.199-218.
29. Broadbent, J. ve Laughlin, R. (Şubat 2005). The role of PFI in the UK governments modernisation agenda. *Financial Accountability and Management*, 21, 1.
30. Broadbent, J. ve Richard, L. (2003). Public private partnerships: an introduction. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 16, 3, 332-341.
31. Brown, C. (2005). Policy forum: financing public infrastructure financing transport infrastructure: for whom the road tolls. *The Australian Economic Review*, 38, 4, 431-439.
32. Brude-Blanc, F. ve Strange, R. (2007). Risk pricing and the cost of debt in public-private partnerships: evidence from the syndicated loan market, *King's College London Department of Management Research Paper*, 45.
33. Budina, N., Bixi, H.P. ve Irwin, T. (2007). Public-private partnerships in the new EU member states: managing fiscal risks. *The World Bank*, Washington, DC.
34. Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2006). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective*. Blackwell Publishing, Oxford, UK.
35. Buse, K. ve Waxman, A. (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 8, Cenebra.
36. Canadian Union of Public Employees (CUPE). (8 Mart 2006). Britain having second thoughts about PFI hospitals. Erişim: 5.Aralık.2008, <http://cupe.ca>
37. Chong, E., Huet, F., Saussier, S. ve Steiner F. (2006). Public-private partnerships and prices: evidence from water distribution in France. *Review of Industrial Organization*, 29, 149-169.

38. Cihan Haber Ajansı. (5 Aralık 2007). Sağlık Bakanı Akdağ: Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı 2008’de Başlıyor. Erişim:3.6.2009,
<http://www.haberler.com/saglik-bakani-akdag-saglikta-kamu-ozel-ortakligi-haberi/>
39. Commission of The European Communities. (2004). On public-private partnerships and community law on public contracts and concessions. *Green Paper*, COM 327 Final, Brussels.
40. Coulson, A. (2008). Value for money in PFI proposals: a commentary on the 2004 UK treasury guidelines for public sector comparators. *Public Administration*, 86, 2, 483–498.
41. Crosby, B.L. (1992). Management and the environment for Implementation of policy change: part two, policy environment mapping techniques. Implementing Policy Change Project, Technical Notes, 5, USAID.
42. Cumhuriyet Halk Partisi Programı. (2008). Çağdaş Türkiye İçin Değişim CHP Parti Programı. Erişim:12.6.2010,
<http://www.chp.org.tr/Files/chpprogram.pdf>
43. Çiçek, A.K. (2002). **Finansman Modeli Olarak Yap-İşlet-Devret Modeli ve Atatürk Hava Limanı Yeni Dış Hatlar Terminal Binası ve Katlı Otoparkı Projesinde Uygulanması**. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Eskişehir.
44. Davis, K. (2005). Policy forum: financing public infrastructure PPPs and infrastructure investment. *The Australian Economic Review*, 38, 4, 439-44.
45. Deniz Bank. (2007). Deniz Bank Finansal Hizmetler Grubu 2007 Yılı Faaliyet Raporu. Erişim:12.4.2008,
46. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (t.y.). Erişim: 12.4.2010,
<http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/gerekce.pdf>
47. Duffy, P. (1998). Hidden cost of PFI. *Hospital Development*, Februry. Erişim: 26.12.2008, **<http://findarticles.com>**

48. Dutz, M. (2003). PPP Systems for good governance of public service provision: A menu of support options for contract design, bidding and monitoring. Draft Discussion Document, The World Bank Group. Erişim:12.5.2010,
http://info.worldbank.org/etools/docs/library/86466/ses2.1_pppsystemsgoodgov.pdf
49. Dünya Bankası. (Ağustos 2006). Türkiye:Operasyon Portföyü. Dünya Bankası Türkiye Ofisi, 33-34, Erişim: 28.08.2006, **www.worldbank.org.tr**
50. Eaton, D. ve Akbıyıklı, R. (2005). Quantifying quality: a report on PFI and the delivery of public services. *Royal Institution of Chartered Surveyors-RICS* Erişim: 18.06.2008, **www.rics.org/pfi**
51. Eker, A.Y. (2007). Kamu Özel Sektör Ortaklıkları. *Bütçe Dünyası*, 2, 25.
52. Ellis, O. (2008a). Difference between quantitative and qualitative VfM criteria. Partnerships UK.Erişim:21.02.2009, **www.partnershipsuk.org.uk**
53. Ellis, O. (2008b). VfM in PPP projects: introduction to the concept. Partnerships UK. Erişim:21.02.2009, **www.partnershipsuk.org.uk**
54. Emlak Kulisi. (2010). Erişim: 22.5.2010,
http://www.emlakkulisi.com/33759_kayseri_entegre_saglik_Kampusu_pek_cok_ilki_barindiriyor
55. English, L.M. (2007a). Performance audit of Australian public private partnerships: legitimising government policies or providing independent oversight? *Financial Accountability and Management*, 23,3, 0267-4424, 313-336
56. English, L.M. (2007b). Using Public-Private Partnerships To Deliver Social Infrastructure: The Australian Experience. *The Challenge Of Public-Private Partnerships: Learning From International Experience*, Graeme H. ve Carsten G. (Ed.), Edward Elgar Publishing.
57. Eren. F. (2006). **Kentsel Dönüşümlerde Kamu-Özel Ortaklıkları ve Özel Girişimin Dönüşümdeki Varlığı: Konya Örneği**. Yüksek Lisans Tezi,

Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Şehir ve Bölge Planlama Anabilim Dalı, Konya.

58. Estache, A. ve Serebrisky, T. (2004). Where Do We Stand on Transport Infrastructure Deregulation and Public-Private Partnerships? Policy Research Working Paper Series No. 3356, World Bank:, Washington, D.C. Erişim:12.5.2007, <http://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/3356.html>
59. European Commission. (2003). Guidelines For Successful Public-Private Partnerships. European Commission Directorate-General Regional Policy, Erişim:2.2.2008, http://europe.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_guide.htm
60. European Investment Bank (EIB). (July 2004). The EIB's role in public-private partnerships. *European Investment Bank*.
61. Farquharson, E. (2006). Overview of PPP. Partnerships UK. Erişim:21.02.2009, www.partnershipsuk.org.uk
62. Field, J. E. ve Peck, E. (2003). Public-private partnerships in healthcare: the manager's perspective. *Health and Social Care in The Community*, 11, 6, 494-501.
63. Finans Gündem. (5 Mayıs 2010). Erişim:15.5.2010, http://www.finansgundem.com/haber/oku/manset/24849/isci_somurusun_un_yillik_kari_26_milyar_tl
64. Flinders, M. (2005). The politics of public-private partnerships. *BJPIR*, 7, 215-239.
65. Gaffney, D. ve Pollock, A. (t.y). *Downsizing for the 21st Century*. Second Edt., UNISON.
66. Gider, Ö. ve Top, M. (2007). Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye'de Yansımaları. Erişim: 27.05.2008, <http://www.ekonomist.net/kamu-hastane-sektorunde-liberallesme-ve-turkiyede-yansimalari/>

67. Gilson, L., Buse, K., Murray, S.F. ve Dickinson, C. (2008). Future directions for health policy analysis: attribute to the work of Proffesor Gilt Walt. Editorial, *Health Policy and Planning*, 23, 291–293.
68. Glassman, A., Reich, M.R., Laserson, K. ve Rojas, F. (1999). Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning*, 14, 2, 115-126.
69. Goldman, H. ve Mokuvos, S. (1991). *Dividing the Pie Between public and Private*. R.L. Kemp (Ed.). Privatization: The Provision of Public Services by the Private Sector. McFarland and Company, Inc., Publishers, USA.
70. Grimsey, D. ve Graham, R. (1997). PFI in the NHS. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 4, 3, 215–231.
71. Grout, P. A. (2002). Public and private sector discount rates in public-private partnerships. *CMPO Working Paper Series*, 3/59. Erişim: 7.05.2007, <http://www.bris.ac.uk/cmpo/workingpapers/wp59.pdf>
72. Grout, P.A. (1997). The economics of the private finance initiative. *Oxford Review of Economic Policy*, 13, 4, 53–66.
73. Gummesson, E. (2000). *Qualitative Methods in Management Research*. Sage Publication, 2. Baskı, USA.
74. Gülen F. (t.y.). Özelleştirme, Yap-İşlet-Devret, Kamu Özel Sektör İşbirliği. İnceleme, Yerel Yönetimler Araştırma Yardım ve Eğitim Derneği (YAYED). Erişim: 25.6.2009, http://www.yayed.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=719&tipi...
75. Gümüştekin, A. (1992). **Build-Operate-Transfer Model For Investment Projects: A Comparison with Social Benefit-Cost Analysis**. Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Ankara.
76. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). (t.y.). Erişim:4.5.2009, www.hasuder.org

77. Hall, P. A. (1998). *Governing The Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Oxford University Press, New York.
78. Hardcastle, C. ve Boothroyd, K. (2003). Risk Overview in Public-Private Partnership. A. Akintoye, M. Beck ve C. Hardcastle (Ed.). *Public-Private Partnerships Managing Risk and Opportunities*. (31–57), Blackwell Science.
79. Hart, O. (2003). Incomplete contracts and public ownership: remarks and an application to public-private partnerships. *The Economic Journal*, 113, 486, 69–76.
80. HelDüşükell, M. (2008). Written evidence to the finance committee of the Scottish parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment. *The Centre for International Public Policy- CIPHP*.
81. HelDüşükell, M. ve Pollock A.M. (2007a). Private finance, public deficits: a report on the cost of PFI and its impact on health services in England. CIPHP.
82. HelDüşükell, M. ve Pollock, A. (2006). The impact of PFI on Scotland's NHS: a briefing. The Centre for International Public Health Policy, The University of Edinburgh.
83. HelDüşükell, M. ve Pollock, A.M. (2007b). Written evidence to the national assembly for Wales finance committee with regards to its inquiry on public private partnerships. University of Edinburgh.
84. HelDüşükell, M. ve Pollock, A.M. (November 2007). New development: The PFI: Scotland's plan for expansion and its implications. *Public Money and Management*, 351-354.
85. Hemming, R. (2006). *Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk*. International Monetary Fund, Washington D.C.
86. Hencke, D. (Haziran 2005). Private finance hospital: putting lives at risk. *The Guardian*.

87. Hodge, G. (2002). Who steers the state when governments sign public-private partnerships? IRSPM. Paper No: 4. Edinburgh. Erişim:20.09.2007 http://findarticles.com/p/articles/mi_m0OGT/is_1_3/ai_n9483939
88. Hodge, G. (2007). Public-private partnerships: The Australiasian experience with physical infrastructure. G. Hodge ve C. Greve (Ed.). *The challenge of public-private partnerships: learning from international experience*. Edward Elgar Publishing.
89. Holden, C. (2009). Exporting public-private partnerships in healthcare: export strategy and policy transfer. *Policy Studies*, 30, 3, 313-332.
http://www.denizbank.com/NR/rdonlyres/BEA67BB4-F60D-4E92-9A40-F04BDC5514D9/0/FaaliyetRaporu_2007.pdf
90. International Financial Services London (IFSL). (2003). Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları: Uluslararası Pazarlar için İngiltere Uzmanlığı. Trade Partners UK, KPMG, Norton Rose, PriceWaterhouseCoopers, Partnerships UK.
91. International PPP Platform Türkiye. (t.y.). Erişim:28.08.2008, <http://www.ppp.org.tr/content/view/49/72/>
92. Jackson, P.M. ve Stainsby, L. (2000). Managing public sector networked organizations. *Public Money and Management*, January-March.
93. Kadyrov, H. (2003). **Projelerin Finansmanında Yap-İşlet-Devret Modeli**. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
94. Kajula, P.W., Kintu, F., Barugahare, J. ve Nema, S. (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *International Health Management*, 19, 133-153.
95. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulama Hakkında Kanun Tasarısı. (2007). Erişim:28. Ekim.2007. <http://www.memurlar.net/haber/91410>
96. Kent, B. ve Waxman, A. (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of The World Health Organization*, 79, 748-754.

97. Kinnock, N. (1998). Using public-private partnerships to develop transport infrastructure. Erişim: 25.5.2010,

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/98/37&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>
98. Klijn, E.H. ve Teisman, G.R. (2003). Institutional and strategic barriers to public-private partnership: an analysis of dutch cases. *Public Money and Management*.
99. Klijn, E.H., Edelenbos, J., Kort, M. ve Twist, M. (2008). Facing management choices: an analysis of managerial choices in 18 complex environmental public private partnership projects. *International Review of Administrative Science (IRAS)*, 74, 2, 251-278.
100. Koç, A. (2007). Kamu Hastane İşletmelerinin Yeniden Yapılandırılmasında Sistem Tartışmaları. *Mali Kılavuz*, Ekim-Aralık.
101. Koepfel, P., Larrue, C., Varone, F. Ve Hill, M. (2007). *Public Policy Analysis*. Policy Press.
102. Korres, L. (2008). Novelty and opportunities in the Grek PPP market. Special Secretary for Public Private Partnerships Ministry of Economy and Finance, Greece.
103. Krajewski-Siuda, K., Romaniuk, P. ve Gericke, C.A. (2008). Political analysis of the conception of the Polish national health fund. *Journal of Public Health*, 16, 153-159.
104. Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publication, California.
105. Lam, J.T.M. (2004). Public private partnerships in the Hong Kong public sector: a right approach? *Journal of the Academy of Business and Economics*, January.
106. Lemos, T., Betts, M., Eaton, D. ve Almeida, L.T. (2001). Model for management of whole life cycle risk uncertainty in the private finance initiative (PFI). *Journal of Project Finance*, 6, 4, 68-80.

107. Linder, S.H. (1999). Coming to terms with the public-private partnership, a grammar of multiple meanings. *American Behavioral Scientist*, 43, 35–51.
108. Lister, J. (2003). Not so great: voices from the front-line at the great western PFI hospital in Swindon. UNISON.
109. Lister, J. (2008). Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Küresel “Sağlık Reformu” Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu (M. İnan, A. Kılıçaslan, N. Erten, D. İlhan, H.C. Kurban, Çev.). İNSEV Yayınları, 1, İstanbul.
110. Livesey, P. (2008). PPP and PFI. *HM Treasury*.
111. Mays, N. ve Pope, C. (2000). Qualitative researc in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320, 50-52.
112. McKee, M., Edwards, N. ve Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of The World Health Organization*, 84, 890-896.
113. Medimagazin. (17 Şubat 2006). Erişim: 21.5.2007,
<http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-devlet-hastanede-ozel-sektorun-kiracisi-olacak-1-666-3407.html>
114. Mehra, N. (2005). Flawed, failed, abandoned: 100 P3s, Canadian and international evidence. Ontario Health Coalition.
115. Menendez, L.S. (Aralık 2002). Public-Private Partnerships and Innovation Policy: The Spanish Experience [Bildiri]. Joint Mexico-OECD Conference on International Public/Private Partnerships for Innovation, Puerto Vallarta, Mexico.
116. Middleton, N. (2000). Public Private Partnerships-A Natural Successor to Privatisations? Erişim: 25.2.2006,
www.pwcglobal.com/uk/eng/about/svcs/pfp/ppp.html
117. Miller, J.B. (2000). Principles and Practice of Public and Private Infrastructure Delivery. Academic Publications 2000, Kluwer, s.14, 34-59.

118. Milliyetçi Hareket Partisi Programı. (2009). Erişim:12.6.2010, http://www.mhp.org.tr/kitaplar/mhp_parti_programi_2009_opt.pdf
119. Miraftab, F. (2004). Public-private partnerships: the trojan horse of neoliberal development? *Journal of Planning Education and Research*, 24, 89, Erişim: 23.04.2007, <http://jpe.sagepub.com>
120. Monbiot, G. (4 Eylül 2007). This great free-market experiment is more like a corporate welfare scheme. *The Guardian*.
121. Monteiro, R.S. (2005). Public private partnerships: some lessons from Portugal. *EIB Papers*, 10, 2, 72, European Investment Bank, Luxemburg.
122. Moore, C. ve Pierre, J. (1988). Partnership or privatization? The Political Economy of Local Economic Restructuring. *Policy and Politics* 16, 3, 169-178.
123. Morledge, R., Smith, A. ve Kashiwagi, D.T. (2006). *Building Procurement*, Blackwell Science, Oxford, UK.
124. Moulton, L. ve Anheier, H. K. (2001). Public-private partnerships in the United States: historical patterns and current trends. *Civil Society Working Paper*, 16, 14.
125. Nash, R., Hudson, A. ve Luttrell, C. (2006). *Mapping Political Context: A Toolkit for Civil Society Organisations*. Overseas Development Institute.
126. National Treasury PPP Unit. (2007). *Introducing Public Private Partnerships in South Africa*, National Treasury PPP Unit.
127. Neuman, W.L. (2003). *Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches*. Ablongman, 5. Baskı, USA.
128. Nijkamp, P., Van Der Burch, M., Vindigni, G. (2002). A Comparative Institutional Evaluation of Public- Private Partnerships in Dutch Urban Land-use and Revitalisation Projects. *Urban Studies* 39,10, 1865-1880.
129. Nikolic, I. A. ve Maikisch, H. (2006). Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from

- Recent European Experience. HNP Discussion Paper, 37807. Erişim:14.4.2010,
<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/240103/PUBLIC~2.PDF>
130. Nisar, T. M. (2007). Risk management in public-private partnership contracts. *Public Organization Review*, 7, 1-19.
131. NKY Mimarlık. (t.y). Erişim: 11.7.2010,
<http://www.nky.com.tr/building.asp#>
132. Osborne, S. P. (2000). *Public-Private Partnerships: Theory and Parctice in International Perspectiv*. S.P. Osborne (Ed.). Routledge Advances in Management and Business Studies. Taylor and Francis Group, London.
133. Packendorff, J. (1995). Inquiring into the temporary organization: New directions for project management research. *Scandinavian Journal of Management*, 11, 4, 319-333.
134. Pala, K. (2007). Türkiye İin Nasıl Bir Sağlık Reformu? 2006 rsan ymen Yılın İnceleme dl, Milliyet.
135. Pam, E., Shaoul, J., Stafford, A. ve Arblaster, L. (2004). Evaluating The Operation of PFI in Roads and Hospitals. The Association of Chartered Certified Accountants, Research Report No: 84.
136. Paradisi, I. (Ekim 2007). New Mestre Hospital, Models and Strategies for Public-Private Partnerships (PPP): Experiences from Italy and Bulgaria Bulgaria-Italy Bilateral Cooperation, Rome.
137. Parker, D. ve Hartley, K. (2003). Transaction costs, relational contracting and public private partnerships: a case study of UK defence. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9, 97-108.
138. Patramanis, T. (2006). **Structured Finance for Hybrid Infrastructure Models: The Application of Project Finance into Public Private Partnerships for The Construction and Operation of**

Infrastructure, Yüksek Lisans Tezi, Technology and Policy, Massachusetts Institute of Technology.

139. Peters, B.G. (1998). With A Little Help From Our Friends: Public-Private Partnerships As Institutions and Instruments. J. Pierre (Eds). Partnerships in Urban Governance: European and American Experience. Macmillan Press, Basingstoke and London, 11-33.
140. PolicyMaker 4 Software Computer-Assisted Political Analysis. (t.y.). Erişim:5.2.2009, **www.polimap.com**
141. Pollock, A.M., Shaoul, J. ve Vickers, N. (2002). Private finance and “value for Money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *BMJ*, 324, 1205-1209.
142. Pollock, A. ve Price, D. (2004). Public risk for private gain? The public audit implications of risk transfer and private finance. UNISON.
143. Pongsiri, N. (2002). Regulation and public private partnerships. *The International Journal of Public Sector Management*, 15, 6, 487-95.
144. Price, D. ve Pollock, A. (2002). Debts, Deficits and Service Reductions: Wakefield Health Authority’s Legacy to Primary Care Trust. UNISON.
145. Price, D., Gaffney, D. ve Pollock, A. (1999). The Only Game in Town? UNISON Northern Region.
146. Radikal. (2010). Erişim: 22.5.2010,
<http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalHaberDetay&Date=19.05.2010&ArticleID=997597>
147. Radikal. (25 Şubat 2006). Sağlık Kente Geri Sayım, Erişim: 25.5.2009, **<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=179698>**
148. Radikal. (8 Eylül 2009). Sağlık Harcamaları Sürdürülmesi Zor Noktaya Geldi, Yeni Önlemler Kapıda. Erişim:25.4.2010,
<http://www.radikal.com.tr/Default.aspx?aType=RadikalDetay&Date=8.8.2009&ArticleID=948795>

149. Ramstedt, M.A.J. (Mayıs 2008). Political Context and PPP Risk Management. Training event on risk Management in PPP projects, Twinning Project CZ/2005/IB/FI/04.
150. Reich, M. (1994). Political Mapping of Health Policy, A Guide for Managing The Political Dimensions of Health Policy. Data For Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
151. Renda, A. ve Schrefler, L. (2006). Public Private Partnerships National Experiences In The European Union. European Parliament DG International Policies of The Union, Directorate A, Economic and Scientific Policy, Briefing note No. IP/A/IMCO/SC/2005-160.
152. Riess, A. (Ocak 2005). Is The PPP Model Applicable Across Sectors. Economic and Financial Studies, EIB Conference on Economics and Finance Luxembourg.
153. Rissbacher, C., Güntert, J.B. ve Maikiscy, H. (t.y.). Public Private Partnership in The Austrian Healthcare System. UMIT.
154. Rosenau, P.V. (1999). The strengths and weaknesses of public-private policy partnerships. *American Behavioral Scientist*, 43, 1, 10-34.
155. Rosenau, P.V. (2000). *Public-Private Policy Partnerships*, The MIT Press.
156. Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Erişim: 5.5.2010, www.saglik.gov.tr
157. Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Erişim:2.11.2007, www.saglik.gov.tr
158. Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun. (2005). *Resmi Gazete*, 5396, 03.07.2005.
159. Sağlık Hizmetlerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik. (2006). *Resmi Gazete*, 26236.2006/10655, 22.Temmuz 2006.
160. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2008). Erişim: 25.5.2010, www.saglik.gov.tr

161. Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2007). Resmi Gazete, 26516, 8.5.2007
162. Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2010). Resmi Gazete, 26516, 22.5.2010.
163. Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği (SAYED). (t.y.). Erişim: 5.8.2009, <http://www.sayed.org.tr>
164. Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Derneği. (t.y.). Erişim:12.2.2008, www.sagliktakamuozel.org
165. Sarısu, A. (2008). Kamu Yatırımlarında İsraf: Kim, Kimin Parasını Nasıl Harcamalı? *Yaklaşım Dergisi*, 185.
166. Sava, V. ve Wenzel, H. (2005). *Public Health Planning: From Recommendation To Implementation*. S.G. Scintee ve A. Galan (Ed.). Public Health Strategies: A Tool For Regional Development. Hans Jacobs Publication Comp., Germany.
167. Savas, E.S. (2000). *Privatization and Public-Private Partnerships, Privatization in The City: Successes, Failures, Lessons*. Washington D.C: CQ Press.
168. Schmidt, R.H. ve Moisa N. (2003). Public private partnerships (PPP) in financial development in South-East Europe. Erişim:7.05.2007, http://economix.u-paris10.fr/pdf/sem_economix/2006-03-16_schmidtmoise
169. Schneider, A.L. (1999). Public-private partnerships in the U.S. prison system. *American Behavioral Scientist*, 43,1, 192-208.
170. Shaoul, J., Stafford, A. ve Stapleton, P. (2008). The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals. *Public Money ve Management*, April, 101-108.

171. Sheeran, R. (21 Haziran 2007). Buy Now, Pay Later. *BBC*.
172. Sindane, J. (2000). Public-private Partnerships: Case Study of Solid Waste Management in Khayelitsha. Cape Town in South Africa National Business Initiative, Cape Town.
173. Smith, R. (1999). PFI: perfidious financial idiocy, A “free lunch” that could destroy the NHS. *BMJ*, 319 (7201), 2-3
174. Smith, R. (2000). Vaccines and medicines for the world’s poorest: public-private partnerships seem to be essential. *BMJ*, 320, 952-3, Erişim: 23.05.2006, **www.bmj.com**
175. Sorge, M. (2004). The nature of credit risk in project finance. *BIS Quarterly Review*, December.
176. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (t.y.). Erişim:5.5.2009, **www.sgk.gov.tr**
177. South African Public Private Partnerships. (t.y.). Erişim:5.12.2008, **http://www.ppp.gov.za**
178. Spackman, M. (2002). Public-private partnerships: lessons from the British approach. *Economic Systems*, 26, 283-301.
179. Stainback, J. (2000). Gain Confidence in Public-Private Partnerships. *Public Management*, 82, 1, 23-24.
180. Stephenson, M.O. (1991). Whither the public-private partnership: a critical Overview. *Urban Affairs Quarterly*, 1,27, 109-136.
181. Stone, D. (2004). Transfer agents and global networks in the “transnationalization” of policy. *Journal of European Public Policy*, 11, 3, 545-566.
182. Straus, A.G. (Eylül 2007). Managing risk in PPP projects through legal documentation. The MENA-OECD Investment Programme and The Executive Privatisation Commission of Jordan, Amman, Erişim: 12.12.2008, **www.acap.com**

183. Swart, D. ve Reddy, P. (1998). Strengthening comprehensive tobacco control policy development in South Africa using political mapping. *Medical Research Council*, Erişim:15.01.2009, www.crdi.org
184. Şeker, S. (1994). Serbest Bölgelerde Yap İşlet Devret Modeli Uygulaması Ve İmtiyazlı Şirketler. *Yaklaşım*, 4.
185. T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. (t.y). Erişim: 5.5.2010, www.bumko.gov.tr
186. Tatar, F. (1993), **Privatization and Turkish Health Policy**. Yayınlanmamış Doktora Tezi, University of Nottingham, Nottingham.
187. Teisman, G.R. ve Klijn, E.H. (2002). Partnership arrangements: governmental rhetoric or governance scheme? *Public Administration Review*, 62, 2.
188. Tekin, A.G. (2004a). Özelleştirmede Yeni Yaklaşım: Özel Sektör Kamu İşbirlikleri (Public Private Partnerships veya PPP Modelleri). *Ekonomistler Bülteni*, Mayıs.
189. Tekin, A.G. (2004b). Özelleştirmede İkinci Dalga: Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri (PPP Modeli). *Ekonomistler Bülteni*, Haziran.
190. Tekin, A.G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu-Özel Ortaklıkları/Public Private Partnerships veya PPP Modelleri. *İdarecinin Sesi Dergisi*, 21, 122.
191. Tekin, P.Ş. ve Çelik, Y. (Nisan 2010). Analysing public-private partnership policy as a financing method in Turkey health sector with political mapping. [Bildiri], 7th Biennial Conference in Organisational Behaviour in Health Care, Mind the Gap: Policy and Practice in the Reform of Health Care, University of Birmingham, Birmingham, UK.
192. Tengilimoğlu, D., Çelik, Ö.F. ve Tekin, P.Ş. (2010). *Kamu Özel Ortaklığı*. M. Bulun (Ed.). Sağlık Hizmetlerinde Güncel Kavramlar. Sage Yayınları, 21, Ankara.

193. TGRT Haber. (5 Aralık 2007). Erişim: 12.4.2008, <http://www.tgrthaber.com.tr>
194. The Canadian Centre For Policy Alternatives. (Nisan 2003). Public-Private Partnerships, The True Cost of P3s. Issue No.2/P3S, Erişim:3.3.2007, www.policyalternatives.ca
195. Thobani, M. (1999). Private infrastructure, public risk. *Finance and Development*, 36,1, 50-53.
196. Tıp Kurumu. (t.y.). Erişim: 6.5.2009, www.tipkurumu.org
197. Torres, L. ve Pina, V. (2001). Pubic-private partnership and private finance initiatives in the EU and spanish local governments. *The European Accounting Review*, 10, 3, 601-619.
198. Transparency International. (t.y.). Erişim:4.5.2010, <http://www.transparency.org>
199. Turner, J.R. ve Müller, R. (2003). On the nature of the project as a temporary organization. *International Journal of Project Management* 21, 1-8.
200. Tüm Eczacı İşverenler Sendikası. (Mayıs 2007). Erişim: 17.5.2010, <http://www.teis.org.tr/Haberler637b.html?news=455>
201. Türk Dil Kurumu, (t.y.). Erişim:4.2.2008, www.tdk.gov.tr
202. Türk Tabipler Birliği (TTB). (t.y.). Erişim:4.5.2009, www.ttb.org
203. Türkiye Büyük Millet Meclisi [TBMM]. (3 Haziran 2007). TBMM Genel Kurul Tutanağı. 22. Dönem 5. Yasama Yılı 121. Birleşim, Erişim:20.8.2007, http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_g.birlesim_baslangic...
204. UN. (1993). *Public/Private Partnerships in Enabling Shelter Strategies*. United Nations Centre for Human Settlements (Habitat), Nairobi.
205. UNISON. (2002). What's good about the NHS: and why it matters who provides the service. UNISON, Erişim: 14.4.2008, www.unison.org.uk

206. UNISON. (2003). What is wrong with PFI in schools. UNISON, Erişim: 14.4.2008, www.unison.org.uk
207. UNISON. (2008). The national health service constitution-UNISON Response. UNISON, Erişim: 14.4.2008, www.unison.org.uk
208. United Nations Development Programme-UNDP. (t.y.). Erişim: 12.4.2009, <http://www3.undp.org/pppue/prog.html>
209. United Nations Research Institute for Social Development-UNRISD, (2006). *Public Sector Reform In Developing Countries: Capacity Challenges To Improve Services*. Y. Bangura ve G.A. Larbi (Ed.), Palgrave Mac Millian, Newyork.
210. Varvasovszky, Z. ve McKee, M. (1998). An analysis of alcohol Policy in Hungary: who is in charge? *Addictio*, 93, 12, 1815-1827.
211. Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S.F., Brugha, R. ve Gilson, L. (2008). Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and Planning*, 23, 308-317.
212. Wang, Y. (Kasım 1999). Public-Private Partnerships in Health and Education: Conceptual Issues and Options [Bildiri], Manila Social Policy Forum: The New Social Agenda for East, Southeast, and Central Asia, Jpint ADB-World Bank Conference.
213. Wikipedia. (t.y.). Erişim: 05.12.2008, <http://en.wikipedia.org>
214. Yavaş, A. M. (2003). **Yap İşlet Devret Modeli Çerçevesinde Kamu Hizmeti İmtiyaz Sözleşmeleri ve Tahkim**. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Kocaeli.
215. Yescombe, E.B. (2002). *Principles of Project Finance*. Academic Press, UK.
216. Yescombe, E.R. (2007). *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*, Elsevier, UK.

217. Yıldırım, A. ve Şimşek H. (2005). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayınevi, 5. Baskı, Ankara.
218. Yıldız, M.S. (2007). Döner Sermayelerin Geleceği ve Hastane Döner Sermayeleri. *Mali Kılavuz*, Ekim-Aralık.
219. Yüzer, M. (2007). **Enerji Sektöründe Yap İşlet Devret Modelinin Diğer Finans Modelleri ile Karşılaştırılması**. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, Muhasebe-Finansman BD, Ankara.
220. Zhang, X. (2004a). Improving concessionaire selection protocols in publi-private partnered infrastructure projects. *Journal of Construction Engeneering and Management*, 130, 5, 670-679.
221. Zhang, X. (2004b). Concessionaire selection: methods and criteria. *Journal of Construction Engeneering and Management*, 130, 2, 235-244.

EK 1:Türkiye’de Sağlık Sektörü Altyapı Finansman Yöntemi Olarak KÖO’nın Kullanılması
Politikası İle İlgili Taraflar

Kamu Kesimi	Özel Sektör	Diğer İlgili Kişi ve Gruplar
1. Sağlık Bakanı	1. Yatırımcılar	1. Türk Tabipler Birliği
2. Sağlık Bakanı danışman(ları)	2. Finansörler	2. Özel Hastaneler Birliği
3. TBMM Sağlık Grup Başkan ve üyeleri	3. Mimari Ortaklar	3. Sağlık Yönetimi Derneği
4. Siyasi Partiler (iktidar ve muhalefet parti temsilcileri)	4. Yüklenici (Müteahhit) firmalar	4. Sağlık İdarecileri Derneği
5. Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanı/Başkanları	5. Diğer şirket ortakları (Hizmet sunucular)	5. Türk Eczacılar Birliği
6. Sağlık Bakanlığı İnşaat Daire Başkanı	6. Ulusal ve uluslararası finans kuruluşları	6. Ticaret Odaları
7. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Daire Başkanı	7. Bankalar	7. Tüketici Dernekleri
8. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği		8. Hasta ve Hasta Yakınları Derneği
9. Sağlık Bakanlığı KÖO Dairesi Şube Müdürleri		9. KÖO Derneği
10. Sağlık Bakanlığı KÖO Dairesi Danışmanları (Finans, Mimari, Hukuk, İşletme...)		10. SAYED
11. Sosyal Güvenlik Kurumu		11. Medya
12. Hazine Müsteşarlığı		12. Uluslararası kuruluşlar (DSÖ, DB, IMF, AB Türkiye temsilcileri)
13. Maliye Bakanlığı		13. Akademisyenler (Sağlık Kurumları Yönetimi, Halk Sağlığı ve Sağlık Politikası ve diğer ilgili alanlardan)
		14. Barolar Birliği
		15. Müteahhitler Birliği
		16. PPP Türkiye Platformu
		17. Diğer sivil toplum örgütleri

EK 2: Görüşme Formu

Görüşme No:

Görüşme Tarihi:

Yer:

Kayıt yöntemi:

GÖRÜŞME FORMU

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

Türkiye sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman yöntemi olarak Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) politikası; Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasını bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesini kapsamaktadır.

Görüşme yapılan kişinin;

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Mesleği:

Kurumu:

Görevi:

Görev Süresi:

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR FİNANSMAN YÖNTEMİ OLARAK KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI (KÖO) POLİTİKASI” ile ilgili olarak yapılan bu görüşme ile elde edilecek bilgiler sadece bu tez kapsamında kullanılacak, görüşmecinin kimliği gizli tutulacaktır.*

1. Politika Sonuçları

1.a. Yukarıda açıklanan politika finansal açıdan kurum/organizasyonunuzu ne şekilde etkilemektedir/etkileyecektir?

1.b. Yukarıda açıklanan politika yönetsel açıdan kurum/organizasyonunuzu ne şekilde etkilemektedir/etkileyecektir?

1.c. Yukarıda açıklanan politikadan kimler yarar yarar görebilir?

1.d. Yukarıda açıklanan politikadan kimler zarar görebilir?

1.e. Yukarıda açıklanan politikadan kimler dolaylı olarak etkilenebilir?

1.f. Yukarıda açıklanan politikanın olası coğrafi etkileri nelerdir?

1.g. Yukarıda açıklanan politikanın olası sembolik etkileri nelerdir? (bazı politikalar gerçekte uygulama isteği olmaksızın sembolik anlamda bir karar olarak yapılır)

2. Pozisyon Haritalama:

- 2.a. Yukarıda açıklanan politika için kurumunuzun pozisyonu nedir? Bu politikaya bakışınız (destekliyor musunuz, muhalif misiniz veya tarafsız mı?
2. b. Yukarıda açıklanan politika için kurumunuzun pozisyonu ne kadar güçlü?
- 2.c. Yukarıda açıklanan politikayı hangi kurumlar, ne ölçüde desteklemektedir?
- 2.d. Yukarıda açıklanan politikaya hangi kurumlar, ne ölçüde muhalefet etmektedir?
- 2.e. Yukarıda açıklanan politika için hangi kurumlar tarafsız kalmaktadır?

Kişi/Kurum	Destekliyor			Taraf Değil	Muhelif		
	Yüksek	Orta	Düşük		Düşük	Orta	Yüksek
Görüşmeci/Kurum:							
Diğer Kişi/Kurumlar:							
1.							
2.							
3.							
4.							

3. Paydaş Analizi:

- 3.a. Yukarıda açıklanan politika açısından kurumunuzun temel amaçları nelerdir?
- 3.b. Yukarıda açıklanan politika açısından bu amaçların kurumunuz için önemi (önceliği) nedir?
- 3.c. Yukarıda açıklanan politika açısından organizasyonun asgari beklentisi nedir?
- 3.d. Yukarıda açıklanan politikada yer alan diğer kurumların ana amaçları nedir?
- 3.e. Yukarıda açıklanan politika açısından bu amaçların diğer kurumlar için önemi (önceliği) nedir?

Tablo 3. Paydaş Analizi

Kurum/kişi	Amaçlar	Kurum ve kişi için öncelik		
		Yüksek	Orta	Düşük
Görüşülen kişi/kurum				
Diğer kişi ve kurum				
1.				
2.				
3.				

4.	5.	6.

4. Politika Ağ Haritası:

4.a Yukarıda açıklanan politika açısından kurumunuzu etkileyen diğer kişi/kurumlar nelerdir?

Etkinin gücünün düzeyi nedir?

Etkinin temel biçimi nasıldır?

Etkileyen Kurum	Etkinin Gücü			Etkinin Biçimi			
	Yüksek	Orta	Düşük	Finansman	Bilgi	İnsan	Diğer
1.							
2.							
3.							
4.							

4.b. Yukarıda açıklanan politika açısından kurumunuzun etkilediği diğer kişi/kurumlar hangileridir?

Etki gücünün düzeyi nedir?

Etkinin temel biçimi nasıldır?

Etkilenen Kurum	Etkinin Gücü			Etkinin Biçimi			
	Yüksek	Orta	Düşük	Finansman	Bilgi	İnsan	Diğer
1.							
2.							
3.							
4.							

5. Geçiş Sürecinin Değerlendirilmesi:

5a. Yukarıda açıklanan politikanın uygulanmasından sorumlu Sağlık Bakanlığı/KÖO Daire Başkanlığı'nda meydana gelen mevcut değişiklikler nelerdir?

5.b. Yukarıda açıklanan politikadan etkilenebilecek olası başlıca kurumlardaki mevcut değişiklikler nelerdir?

5.c. Yukarıda açıklanan politikadan etkilenecek daha geniş politik ve ekonomik çevrede meydana gelen mevcut değişiklikler nelerdir?

Değişimler	Etki Edebilmek İçin Fırsatlar/Engeller	Etki Etme Olaslığı		
		Mükemmel	Normal	Etki etme olasılığı yok
Sağlık Bakanlığı:				
1.				
2.				
3.				
Kurumsal Çevre:				
4.				
5.				
6.				
Politik-Ekonomik Çevre:				
7.				
8.				
9.				

6. Değişim Stratejileri:

Faaliyet	Hedef	Problemler	Faydaları
6.a.Yukarıda açıklanan politikada yer alan baş aktörlerin amaçlarını yeniden tanımlamak için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?			

Faaliyet	Hedef	Problemler	Faydaları
6.b. Yukarıda açıklanan politikanın insanlarca anlaşılma yolunu yeniden tanımlamak için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?			

Faaliyet	Hedef	Problemler	Faydaları
6.c. Yukarıda açıklanan politika kapsamında yeni bir organizasyon yaratmak için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?			

Faaliyet	Hedef	Problemler	Faydaları
6.d. Yukarıda açıklanan politika açısından var olan KÖO Dairesinin gücünü artırmak ve harekete geçirmek için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?			

Faaliyet	Hedef	Problemler	Faydaları
6.e. Yukarıda açıklanan politikada kurumlar arası ittifakı güçlendirmek için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?			

Faaliyet	Hedef	Problemler	Faydaları
6.f. Yukarıda açıklanan politikada muhalif kurumların gücünü engellemek için yapılması gereken faaliyetler nelerdir?			

EK 3: Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik

22 Temmuz 2006 CUMARTESİ Resmî Gazete

Sayı : 26236

YÖNETMELİK

Karar Sayısı : 2006/10655

Ekli “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik”in yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığı’nın 19/4/2006 tarihli ve 2652 sayılı yazısı üzerine, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesine göre, Bakanlar Kurulu’nca 3/7/2006 tarihinde kararlaştırılmıştır.

Ahmet Necdet SEZER
CUMHURBAŞKANI

Recep Tayyip ERDOĞAN
Başbakan

A. GÜL Dışişleri Bak. ve Başb. Yrd.	A. ŞENER Devlet Bak. ve Başb. Yrd.	M. A. ŞAHİN Devlet Bak. ve Başb. Yrd.	B. ATALAY Devlet Bakanı
A. BABACAN Devlet Bakanı	M. AYDIN Devlet Bakanı	N. ÇUBUKÇU Devlet Bakanı	K. TÜZMEN Devlet Bakanı
C. ÇİÇEK Adalet Bakanı	A. AKSU Milli Savunma Bakanı V.	A. AKSU İçişleri Bakanı	A. ŞENER Maliye Bakanı V.
H. ÇELİK Milli Eğitim Bakanı	F. N.ÖZAK Bayındırlık ve İskan Bakanı	R. AKDAĞ Sağlık Bakanı	B. YILDIRIM Ulaştırma Bakanı
M. M. EKER Tarım ve Köyşleri Bakanı	M. BAŞESGİOĞLU Çalışma ve Sos. Güv. Bakanı	A. COŞKUN Sanayi ve Ticaret Bakanı	
M. H. GÜLER Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı	A. KOÇ Kültür ve Turizm Bakanı	O. PEPE Çevre ve Orman Bakanı	

**SAĞLIK TESİSLERİNİN, KİRALAMA KARŞILIĞI YAPTIRILMASI İLE
TESİSLERDEKİ TIBBÎ HİZMET ALANLARI DIŞINDAKİ HİZMET
VE ALANLARIN İŞLETİLMESİ KARŞILIĞINDA
YENİLENMESİNE DAİR YÖNETMELİK**

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7 nci maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik; 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesi çerçevesinde, Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesisleri ile Sağlık Bakanlığınca yenilenmesine karar verilen sağlık tesislerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik; 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmeliğin uygulanmasında;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) Diğer sözleşmeler: Sözleşme ile bağlantılı olarak yüklenici ile üçüncü şahıslar arasında imzalanan ve sözleşme hükümlerine aykırı hükümler ihtiva etmeyen sözleşmeleri,
- c) Harcama yetkilisi: 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu çerçevesinde yetkilendirilen idare yetkilisini,
- ç) İdare: Bakanlık merkez teşkilatının ilgili birimi ile Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarını,
- d) İhale dokümanı: İhale konusu sağlık tesisinin projelendirme, yapım, bakım ve işletilmesi işlerinde; isteklilere talimatları da içeren idarî şartnameler ile yaptırılacak işin ön projesini de kapsayan teknik şartnameler, sözleşme tasarısı ve gerekli diğer belge ve bilgileri,
- e) İstekli: İdare tarafından açılan ihaleye teklif veren gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilerini,
- f) İşletme dönemi yönetim planı: Tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yükleniciye bırakılması durumunda bu alanların yüklenici tarafından ne şekilde işletileceği ve bu hizmetlerin verilmesi esnasında, idare ile yüklenici arasında kurulacak işletim-yönetim organizasyon modelini,
- g) Kesin proje: Belli bir sağlık tesisinin Bakanlıkça temin edilen ön projesine göre, ihale dokümanı ve temel standartlar dokümanına bağlı kalınarak, mümkün olan arazi ve zemin araştırmaları yapılmış olan, yapı elemanlarının ölçümlendirilip boyutlandırıldığı, inşaat sistem ve gereçleri ile teknik özelliklerinin belirtildiği, ihale üzerinde kalan ve sözleşmenin imzalanmasını müteakip yüklenici tarafından hazırlanan projeyi,
- ğ) Kira bedeli: Yükleniciye sözleşme çerçevesinde yaptığı yapım işleri karşılığı olarak; arsa veya arazinin Hazineye veya gerçek kişiye veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı; yatırımın maliyeti ve kârı; tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların yükleniciye bırakılıp bırakılmamasına bağlı olarak, tıbbî hizmetler dışındaki alanlardan yüklenicinin elde edeceği getiriler ile tıbbî donanımın yüklenici tarafından sağlanıp sağlanmayacağı gibi hususlar da dikkate alınarak hesaplanan, sözleşme süresince ve sözleşmede öngörülecek dönemler çerçevesinde ödenecek tutarı,
- h) Ortak girişim: İhaleye katılmak üzere birden fazla gerçek kişi veya özel hukuk tüzel kişilerinin aralarında yaptıkları anlaşma ile oluşturulan iş ortaklığı veya konsorsiyumları,
- ı) Ön proje: Belli bir sağlık tesisinin kesin ihtiyaç programına göre gerekli zemin ve arazi araştırmaları yapılarak, bilgilerin hâlihazır haritalardan alındığı, varsa çevresel etki değerlendirme ve fizibilite raporları dâhil elde edilen verilere dayanılarak hazırlanan plan, kesit, görünüş ve profillerin belirtildiği bir veya birkaç çözümü içeren, bir sağlık tesisinin konsept ve temel tasarım unsurlarını ve ihtiyaç listesi ile mahal listesini de içeren projeyi,
- i) Sağlık tesisi: Entegre sağlık kampüsü, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma-geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava ve deniz teçhizatları dâhil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkezi ile destek birimleri dâhil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesisleri,
- j) Sözleşme: Yapım ve yenileme işlemleri ile ilgili olarak idare ile yüklenici arasında özel hukuk hükümlerine göre yapılan, Hazineye ait taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi hâlinde, üst hakkı sözleşmesine esas teşkil eden ve onun ayrılmaz bir parçası olan sözleşme ve eklerini,
- k) Temel standartlar: Bakanlıkça belirlenecek olan, bir sağlık tesisinin projelendirilmesi, yapımı, bakımı ile tesislerdeki tıbbî alan dışındaki ticari alanlar ile hizmet alanlarının ne şekilde işletileceğine dair standartları,
- l) Tıbbî hizmetler dışındaki alanlar: İhale dokümanında belirtilen şartlara uygun olarak, otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, eczane, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi gibi ön proje ile tanımlanacak olan, sağlık tesisi konsepti ile uyumlu alanları,
- m) Tıbbî hizmetler dışındaki hizmetler: Sözleşme hükümlerine göre, yüklenici tarafından üstlenilen tıbbî destek hizmetleri ile bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme ve benzeri hizmetleri; aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbî gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı ve kara, hava, deniz ambulans hizmetleri ile morg ve gasilhane hizmetlerini,
- n) Toplam sabit yatırım tutarı: Yüklenici tarafından sözleşme hükümlerine göre yapılacak olan yapım ve yenileme işleri ve varsa arsa/arazi maliyeti ile ilgili olarak sözleşmede belirtilen toplam tutarı,
- o) Uygulama projesi: Belirli bir sağlık tesisinin Bakanlıkça onaylı kesin projesine göre yapının her türlü ayrıntısının belirtildiği yüklenici tarafından hazırlanan projeyi,

ö) Üst hakkı sözleşmesi: Sağlık tesislerinin Hazineye ait taşınmazlar üzerinde kiralama karşılığında yaptırılması hâlinde, bu taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine ilişkin olan ve (j) bendinde tanımlanan sözleşmeye dayanan, sözleşme ve eklerini,

p) Yenileme veya yapım işleri: Mevcut sağlık tesislerinin yenilenme zaruretinin ortaya çıktığı durumlarda Bakanlıkça öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar çerçevesinde yenilenmesi veya Yüksek Planlama Kurulunca yapılmasına karar verilen sağlık tesisinin yapım işlerinin sözleşme hükümlerine göre yapımı ile söz konusu sağlık tesisinin bünyesinde yer alan malzeme, teçhizat ve varsa ihale dokümanında belirtilen tıbbî donanım da dâhil olmak üzere donanımın yüklenici tarafından temini işlerini,

r) Yüklenici: İhale sonucunda, üzerine ihale yapılan ve Bakanlık ile sözleşme imzalayan gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilerini, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Temel İlkeler, Yapım ve Yenileme, Ön Hazırlıklar

Temel ilkeler

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmeliğin uygulanmasında aşağıdaki ilkeler gözetilir:

a) İhalelerde saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak esastır.

b) İhalelerde; proje bazında ve işin niteliğine göre en az maliyetle en yüksek fayda sağlayan teklif, ekonomik açıdan en avantajlı teklif kabul edilir.

c) İhaleler, merkeze aktarılan paylar da dâhil olmak üzere döner sermaye işletmelerinin gelirleri dikkate alınarak yapılır.

Sağlık tesislerinin yaptırılması veya yenilenmesi

MADDE 6 – (1) Bakanlık; **ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ve ihale dokümanları** çerçevesinde, Maliye Bakanlığınca bedelsiz olarak yükleniciye devredilecek olan arsa/arazi üzerinde veya şahsa ait arsa/arazi üzerinde inşa ettirmek suretiyle, sözleşmede belirlenecek kira bedelleri karşılığında sağlık tesisleri yaptırabilir.

(2) Sağlık tesislerindeki tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi yükleniciye bırakılabilir. Bu durumda kira bedelinin hesabı yükleniciye bırakılan tıbbî hizmetler dışındaki alan ve hizmetler dikkate alınarak yapılır. Kira bedeli hesabında dikkate alınmak kaydıyla, yaptırılacak sağlık tesislerindeki tüm tıbbî ekipmanlar ile mefruşatın yüklenici tarafından sağlanması ihale dokümanları ve sözleşme çerçevesinde öngörülebilir.

(3) Bakanlık mevcut sağlık tesislerinin ve eklentilerinin yenilenmesi işlerini, fizibilite raporu, yenileme projesi, ihale dokümanları ve sözleşmede belirlenecek hususlar doğrultusunda, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yükleniciye bırakılması karşılığında yaptırabilir.

(4) Yenileme işlerinde yükleniciye herhangi bir kira bedeli ödenmez. Yenileme projelerinde yükleniciye bırakılan hizmet alanlarının bedelleri sözleşme hükümleri doğrultusunda hizmet bedeli olarak yükleniciye ödenir.

(5) İdare, sağlık tesislerinin yaptırılması veya yenilenmesi ile ilgili olarak yüklenici ile imzalanacak sözleşme süresini, hazırlanan fizibilite raporunun sonucuna göre, ihale öncesinde belirler ve sözleşme süresini ihale dokümanında isteklilere duyurur. Sözleşme süresi yapım veya yenileme süreleri de dâhil olmak üzere, kırkdokuz yılı geçemez.

(6) Bakanlık gerek görmesi hâlinde birden fazla sağlık tesisi yapım ve yenileme işini tek bir ihale ile yaptırabilir.

Ön hazırlıklar ve yetkilendirme

MADDE 7 – (1) Bakanlık, yaptırılması planlanan her bir sağlık tesisi projesini Yüksek Planlama Kuruluna sunmadan önce, projenin "**Ön Fizibilite Raporu**"nu hazırlar veya hazırlatır.

(2) **Bakanlık, ön fizibilite raporu hazırlanırken, her bir proje için öngörülen uygun nitelikte taşınmaz bulunup bulunmadığı ve bu taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bedelsiz devrin mümkün olup olmadığı konusunda Maliye Bakanlığının uygun görüşünü alır.**

(3) Bu Yönetmelik kapsamında sağlık tesisi yapılmasına karar verilen yerde Hazineye ait uygun şartlarda arsa/arazi bulunamaması veya yatırım açısından şahsa ait arsa/arazilerin maliyet bakımından daha uygun olması durumunda, şahsa ait araziler değerlendirilebilir.

(4) Bakanlık, plan, program ve politikaları çerçevesinde belirlediği ve belli kriterlere dayalı olarak seçimini yaptığı projeleri, ön fizibilite raporları ve arsa/arazi teminine yönelik çözüm önerileri ile birlikte Yüksek Planlama Kuruluna sunar. Yüksek Planlama Kurulu, Bakanlığın proje önerilerini inceler ve karara bağlar. Yenileme projeleri Yüksek Planlama Kurulunun onayına sunulmaz.

(5) Bakanlık, Yüksek Planlama Kurulunca yapılması onaylanan her bir proje için, ihale iş ve işlemlerinde kullanmak üzere; ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanı hazırlar veya hazırlatır.

(6) Ön proje, fizibilite raporu, ihale dokümanı ve temel standartlar raporu hazırlanması veya hazırlatılmasında döner sermaye kaynakları kullanılır. Bu maddede belirtilen çalışmaların yaptırılmasında döner sermaye işletmelerinin tabi olduğu mevzuat hükümleri uygulanır.

(7) Bu Yönetmelik çerçevesinde hazırlanacak veya hazırlatılacak tüm raporlar ve dokümanlar için döner sermaye kaynaklarının kullanımının yanı sıra bu Yönetmelikte yer alan ihale usulleri de uygulanabilir.

(8) Bakanlık bazı sağlık tesisleri için ön proje yaptırmak üzere; mimarlık, peyzaj mimarlığı ve mühendislik projeleri ile ilgili olarak, belirlenecek usul ve esaslar dâhilinde ödüllü proje veya tasarım yarışması açabilir veya bu Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara göre ön proje ihalesi düzenleyebilir. Yarışmayı veya ihaleyi kazanan projenin veya tasarımın telif hakları Bakanlığa geçer. Bu husus ön proje temin ve proje yarışmaları şartnamelerinde belirtilir.

(9) Merkez teşkilatında hangi birimlerin yapım ve yenileme projelerinde yetkilendirileceği ve taşra teşkilatına yapım ve yenileme projeleri için yetki devri yapılıp yapılmayacağı hususu Bakanlık tarafından yayımlanacak bir genelde ile belirlenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İhale Usul ve Esasları

İhale ilanı

MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik çerçevesinde idare tarafından yaptırılmak istenen yapım veya yenileme işleri ve ön yeterlik ilanı, Resmî Gazetede, Türkiye çapında yayımlanan yüksek tirajlı iki gazetede ve internette, belirlenen ihale tarihinden en az doksan gün önce olmak üzere ve en az birer defa ilan yapılarak duyurulur.

(2) İşin özelliğinin gerektirdiği durumlarda, yurtdışında yüksek tirajlı iki gazetede belirlenen ihale tarihinden en az doksan gün önce olmak üzere ve en az birer defa ilan yapılarak ihale duyurulur.

(3) Ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda yeterliği belirlenen adaylara ihale gününden en az altmış gün önce davet mektubu gönderilir.

(4) Ön yeterlik değerlendirilmesi yapılmayacak ihalelerde bu süreler yarısına kadar azaltılabilir.

İhale ilanlarında bulunması zorunlu hususlar

MADDE 9 – (1) İlanlarda aşağıdaki hususların belirtilmesi zorunludur;

- a) İhale konusu olan işin niteliği ve yeri.
- b) Şartname ve eklerinin nereden ve hangi şartlarla temin edileceği.
- c) İhalenin nerede, hangi tarih ve saatte ve hangi usulle yapılacağı.
- ç) İsteklilerde aranacak yeterlik kriterleri ile istenen belgelerin neler olduğu.
- d) Tekliflerin hangi tarih ve saate kadar, nereye verileceği.
- e) Konsorsiyumların teklif verip veremeyeceği.

İsteklilerde aranılacak özellikler

MADDE 10 – (1) Bu Yönetmelik kapsamında yapılacak ihalelere katılacak İsteklilerin veya ortak girişimi oluşturan gerçek veya tüzel kişilerden her birinin sağlam bir malî yapıya sahip olduklarını bağımsız denetim firmalarınca onaylanmış malî tabloları ile kanıtlamaları zorunludur. İsteklilerin sağlaması gereken referanslara, tecrübeye, malî ve teknik yeterliğe ilişkin hususlar Bakanlıkça belirlenir ve ihale ilanında ve ihale dokümanında duyurulur.

(2) İhaleye katılacak isteklilerden, ekonomik ve malî yeterlik ile meslekî ve teknik yeterliklerinin belirlenmesine ilişkin olarak aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler istenebilir:

- a) Ekonomik ve malî yeterliğin belirlenmesi için;
 - 1) Bankalardan temin edilecek isteklinin malî durumu ile ilgili belgeler,
 - 2) İsteklinin, ilgili mevzuatı uyarınca yayınlanması zorunlu olan bilançosu veya bilançosunun gerekli görülen bölümleri, yoksa bunlara eşdeğer belgeleri,
 - 3) İsteklinin iş hacmini gösteren toplam cirosu veya ihale konusu iş ile ilgili taahhüdü altındaki ve bitirdiği iş miktarını gösteren belgeler.
- b) Meslekî ve teknik yeterliğin belirlenmesi için;
 - 1) İsteklinin, mevzuatı gereği ilgili odaya kayıtlı olarak faaliyette bulunduğunu ve teklif vermeye yasal olarak yetkili olduğunu kanıtlayan belgeler,
 - 2) İsteklinin üretim ve/veya imalat kapasitesine, araştırma-geliştirme faaliyetlerine ve kaliteyi sağlamasına yönelik belgeler,
 - 3) İsteklinin organizasyon yapısına ve ihale konusu işi yerine getirmek için yeterli sayıda ve nitelikte personel çalıştırdığına veya çalıştıracağına ilişkin bilgi ve/veya belgeler,
 - 4) İhale konusu hizmet veya yapım işlerinde isteklinin yönetici kadrosu ile işi yürütecek teknik personelinin eğitimi ve meslekî niteliklerini gösteren belgeler,

5) İhale konusu işin yerine getirilebilmesi için gerekli görülen tesis, makine, teçhizat ve diğer ekipmana ilişkin belgeler,

6) İstekliye doğrudan bağlı olsun veya olmasın, kalite kontrolden sorumlu olan ilgili teknik personel veya teknik kuruluşlara ilişkin belgeler,

7) İhale konusu işin ihale dokümanında belirtilen standartlara uygunluğunu gösteren, uluslar arası kurallara uygun şekilde akredite edilmiş kalite kontrol kuruluşları tarafından verilen sertifikalar,

8) İdarenin talebi hâlinde doğruluğu teyit edilmek üzere, tedarik edilecek malların numuneleri, katalogları ve/veya fotoğrafları.

(3) İhale konusu işin niteliğine göre; ikinci fıkrada belirtilen bilgi veya belgelerden hangilerinin yeterlik değerlendirmesinde kullanılacağı, ihale dokümanında ve ihale veya ön yeterliğe ilişkin ilan veya davet belgelerinde belirtilir.

(4) Aşağıda belirtilen durumlardaki istekliler ihale dışı bırakılır:

a) İflas eden, tasfiye hâlinde olan, işleri mahkeme tarafından yürütülen, konkordato ilan eden, işlerini askıya alan veya kendi ülkesindeki mevzuat hükümlerine göre benzer bir durumda olanlar.

b) İflası ilan edilen, hakkında zorunlu tasfiye kararı verilen, alacaklılara karşı borçlarından dolayı mahkeme idaresi altında bulunan veya kendi ülkesindeki mevzuat hükümlerine göre benzer bir durumda olanlar.

c) Türkiye'nin veya kendi ülkesinin mevzuat hükümleri uyarınca kesinleşmiş sosyal güvenlik prim borcu bulunanlar.

ç) Türkiye'nin veya kendi ülkesinin mevzuat hükümleri uyarınca kesinleşmiş vergi borcu bulunanlar.

d) İhale tarihinden önceki beş yıl içinde, meslekî faaliyetlerinden dolayı yargı kararıyla hüküm giyenler.

e) İhale tarihinden önceki beş yıl içinde, ihaleyi yapan idareye yaptığı işler sırasında iş veya meslek ahlakına aykırı faaliyetlerde bulunduğu bu idare tarafından ispat edilenler.

f) İhale tarihi itibarıyla, mevzuatı gereği kayıtlı olduğu oda tarafından meslekî faaliyetten men edilmiş olanlar.

g) Bu maddede belirtilen bilgi ve belgeleri vermeyen veya yanıltıcı bilgi ve/veya sahte belge verdiği tespit edilenler.

ğ) 11 inci maddeye göre ihaleye katılamayacağı belirtildiği hâlde ihaleye katılanlar.

h) 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 17 nci maddesinde belirtilen yasak fiil veya davranışlarda bulundukları tespit edilenler.

İhaleye katılamayacak olanlar

MADDE 11 – (1) İhaleyi yapan idarenin;

a) İhale yetkilileri,

b) İhale işlemlerini hazırlamak, yürütmek, sonuçlandırmak ve denetlemekle görevli personeli,

c) (a) ve (b) bentlerinde belirtilen şahısların eşleri ve üçüncü derece dâhil olmak üzere üçüncü dereceye kadar kan ve kayın hısımları,

ç) (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen şahısların, yönetim kurullarında görevli olmadıkları veya sermayesinin yüzde onundan fazlasına sahip olmadıkları anonim ortaklıklar hariç ortakları,

d) 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve diğer kanunlardaki hükümler gereğince geçici veya sürekli olarak kamu ihalelerine katılmaktan yasaklanmış olanlar,

doğrudan veya dolaylı olarak veya alt yüklenici olarak ihalelere katılamazlar.

Ortak girişimler

MADDE 12 – (1) Ortak girişimler, birden fazla gerçek veya tüzel kişi tarafından iş ortaklığı veya konsorsiyum olarak iki türlü oluşturulabilir. İş ortaklığı üyeleri, hak ve sorumluluklarıyla işin tümünü birlikte yapmak üzere, konsorsiyum üyeleri ise, hak ve sorumluluklarını ayırarak işin kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili kısımlarını yapmak üzere ortaklık yaparlar.

(2) İş ortaklığı her türlü ihaleye teklif verebilir. Ancak idareler, işin farklı uzmanlıklar gerektirmesi durumunda, ihaleye konsorsiyumların teklif verip veremeyeceğini ihale dokümanında belirtirler. İhale aşamasında ortak girişimden kendi aralarında bir iş ortaklığı veya konsorsiyum yaptıklarına dair anlaşma istenir. İş ortaklığı anlaşmalarında pilot ortak, konsorsiyum anlaşmalarında ise koordinatör ortak belirtilir.

(3) İhalenin iş ortaklığı veya konsorsiyum üzerinde kalması hâlinde, sözleşme imzalanmadan önce noter tasdikli iş ortaklığı veya konsorsiyum sözleşmesinin verilmesi gerekir. İş ortaklığı anlaşma ve sözleşmesinde, iş ortaklığını oluşturan gerçek veya tüzel kişilerin taahhüdün yerine getirilmesinde müştereken ve müteselsilen sorumlu oldukları, konsorsiyum anlaşma ve sözleşmesinde ise, konsorsiyumu oluşturan gerçek veya tüzel kişilerin, işin hangi kısmını taahhüt ettikleri ve taahhüdün yerine getirilmesinde koordinatör ortak aracılığıyla aralarındaki koordinasyonu sağlayacakları belirtilir.

Alt yükleniciler

MADDE 13 – (1) İhale konusu işin özelliği nedeniyle ihtiyaç görülmesi hâlinde, ihale aşamasında isteklilerden alt yüklenicilere yaptırmayı düşündükleri işleri belirtmeleri, sözleşme imzalamadan önce de alt

yüklenicilerin listesini idarenin onayına sunmaları istenebilir. Ancak bu durumda, alt yüklenicilerin yaptıkları işlerle ilgili sorumluluğu yüklenicinin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

İhale işlem dosyası

MADDE 14 – (1) İhale suretiyle yapılacak işler için bir işlem dosyası düzenlenir. Bu dosyada onay belgesi, tahmin edilen yatırım ve ödenecek tahmini kira bedeli, bedele ilişkin hesap tutanağı, ihale dokümanı ve ekleri, ilana ilişkin belge ve gazete nüshaları ile ihale sürecine ilişkin diğer belgeler bulunur.

(2) Şartnamelerde tekniğe uygun olmayan veya gerçekleşmesi mümkün bulunmayan kayıt ve şartların bulunduğu anlaşıldığında, komisyonlar ilgili idareye şartnameleri düzelttirmek üzere ihaleyi erteler. Bu durumda ihale, yeniden düzenlenecek şartnameye ve yapılacak ilana göre yürütülür.

İhale dokümanları

MADDE 15 – (1) İhaleye çıkılmadan önce, yapım veya yenileme işlerinin özelliklerini ve kapsamını belirleyen ihale dokümanları, isteklilere talimatlar, şartnameler ve sözleşme tasarısı Bakanlık tarafından hazırlanır veya hazırlatılır. Projeye bağlı olarak; Bakanlıkça hazırlanan veya hazırlatılan ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile yenileme projeleri ihale dokümanları eki olarak isteklilere verilir.

(2) İhale dokümanlarında sağlık tesisinin mahiyetine göre konulacak özel ve teknik şartların yanında, genel olarak aşağıdaki hususlarında yer alması zorunludur:

a) Yapılacak veya yenilenecek sağlık tesisinin adı, nev'i, niteliği, kapsamı ile yükleniciye bırakılacak olan tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların kapsamı.

b) İhale usulü, ihale tarih ve saati ile tekliflerin nereye verileceği.

c) İsteklilere talimatlar.

ç) İsteklilerde aranılan şartlar, belgeler ve yeterlik kriterleri.

d) İhale dokümanında açıklama isteme ve yapılma yöntemleri.

e) Tekliflerin geçerlilik süresi.

f) İhaleye ortak girişimlerin teklif verip veremeyeceği, ihale konusu işin tamamına veya bir kısmına teklif verilmesinin mümkün olup olmadığı.

g) Tekliflerin alınması, açılması ve değerlendirilmesinde uygulanması gereken bu Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslar.

ğ) İhale kararının alınmasından sözleşmenin imzalanmasına kadar uygulanması gereken ve bu Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslar.

h) İhalenin sadece yerli isteklilere açık olup olmadığı.

ı) Geçici ve kesin teminat oranları ile teminatlara ait şartlar.

i) İhale saatinden önce ihalenin iptal edilmesinde idarenin serbest olduğu.

j) Bütün tekliflerin reddedilmesi ve ihalenin iptal edilmesinde idarenin serbest olduğu.

k) İhale konusu yapım ve yenileme işlerinin başlama ve bitirme tarihi, teslim şartları ve gecikme hâlinde verilecek cezalar.

l) Kira bedellerini belirleme yöntemleri, ödeme dönemleri ve şartları.

m) Vergi, resim ve harçlar ile sözleşme ile ilgili diğer giderlerin kim tarafından ödeneceği.

n) Yapım işlerinde iş ve işyerinin sigortalanması ile yapı denetimi ve sorumluluğuna ilişkin şartlar.

o) Denetim, muayene ve kabul işlemlerine ilişkin şartlar.

ö) Anlaşmazlıkların çözümü.

p) Değerlendirme yapmak üzere isteklilerden istenecek, ihale konusu sağlık tesisi ile ilgili istekli tarafından hazırlanan fizibilite raporu, yenileme veya yapım dönemi iş programı, yenileme/yapım ve işletme dönemlerine ait finansman ve nakit akım tabloları, işletme dönemi yönetim planı ve benzeri belgeler.

r) Sağlık tesisinin üzerinde inşa edileceği arsa veya araziye ilişkin teslim etme ve teslim alma şekil ve şartları.

s) Projeye bağlı olarak; ön proje, temel standartlar dokümanı, fizibilite raporu, yenileme projesi.

ş) Yenileme projelerinde yenileme işi karşılığında yükleniciye bırakılacak olan tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların neler olacağı, işletmeye bırakılma süreleri ile ödenecek hizmet bedeli hesaplama yöntemleri ve diğer hususlar.

t) Tekliflerin değerlendirilmesi sonrasında, nihaî pazarlık görüşmeleri yapmak üzere, istekliler arasında kira bedeli ve sair kriterlere göre bir sıralama yapıp yapılmayacağı, yapılacak ise bu sıralamadan kaç isteklinin nihaî pazarlık görüşmelerine çağrılacağı.

u) Tıbbî donanım dâhil projelerde donanımın özellikleri, temini, yenilenmesi, bakımı ve uygun görülen donanımın işletilmesine dair hususlar.

ü) Kesin ve uygulama projelerinin hazırlanma ve onay usul ve esasları.

İhale dokümanlarının verilmesi

MADDE 16 – (1) İhale dokümanlarına ait şartnameler ve ekleri bedelsiz olarak Bakanlıkta ve idarelerde görülebileceği gibi, Bakanlık ve idare tarafından bunların maliyeti ile orantılı olarak belirlenecek bir bedel karşılığında isteklilere verilir.

Ön yeterlik

MADDE 17 – (1) Bu Yönetmelik kapsamında gerçekleştirilecek sağlık tesisi yapım ve yenileme ihaleleri için istekliler arasında ön yeterlik değerlendirmesi yapılması esastır.

(2) Bakanlıkça, her ihale için bir "ön yeterlik komisyonu" kurulur. Komisyonun kuruluş ve çalışma usulleri ile isteklilerde işin gereği aranacak yeterlik kriterleri, işin niteliğine göre ve rekabeti engellemeyecek şekilde, Bakanlıkça belirlenir. Ön yeterlik dokümanında belirtilmeyen hususlara ilânlarda yer verilmez.

(3) Ön yeterlik ilânlarında asgarî olarak aşağıdaki hususlar belirtilir:

- a) İhalenin adı, niteliği, türü.
- b) Sağlık tesisinin yapılacağı veya yenileneceği yer.
- c) Ön yeterlik değerlendirmesi şartları ve istenilen belgelerin neler olduğu.
- ç) Ön yeterlik değerlendirmesinde uygulanacak kriterler.
- d) Ön yeterlik dokümanının nerede görülebileceği ve hangi bedelle alınacağı.
- e) Ön yeterlik değerlendirmesi başvurusunun sunulacağı yer ile son başvuru tarihi ve saati.

İhale komisyonu

MADDE 18 – (1) Harcama yetkilisi, biri başkan olmak üzere, ikisinin ihale konusu işin uzmanı olması şartıyla, idare personelinin en az dört kişi ile muhasebe veya malî işlerden sorumlu bir personelin katılımıyla kurulacak en az beş ve tek sayıda kişiden oluşan ihale komisyonunu, yedek üyeler de dâhil olmak üzere görevlendirir. Komisyona yardımcı olmak üzere, İhale komisyonu kararlarına katılmamak şartı ile gereği kadar idarî ve teknik eleman görevlendirilebilir.

(2) Gerekli incelemeyi yapmalarını sağlamak amacıyla ihale işlem dosyasının birer örneği, ilan veya daveti izleyen üç gün içinde ihale komisyonu üyelerine verilir.

(3) İhale komisyonu tüm üyelerinin katılımıyla toplanır; asıl üyelerden katılamayanların yerine yedek üyelerin katılımı sağlanır. Komisyon kararları çoğunlukla alınır. Kararlarda çekimser kalınamaz. Komisyon başkanı ve üyeleri oy ve kararlarından sorumludur. Karşı oy kullanan komisyon üyeleri, gerekçesini komisyon kararına yazmak ve imzalamak zorundadır.

(4) İhale komisyonunca alınan kararlar ve düzenlenen tutanaklar, komisyon başkan ve üyelerinin adları, soyadları ve görev unvanları belirtilerek imzalanır.

İhale usulleri

MADDE 19 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık tesislerinin yenileme veya yapım işlerinde aşağıdaki usullerden biri uygulanır:

- a) Açık ihale usulü.
- b) Belli istekliler arasında ihale usulü.
- c) Pazarlık usulü.

(2) Birinci fıkrada belirtilen usullerden hangisinin uygulanacağı bu Yönetmelik çerçevesinde, proje bazında Bakanlıkça belirlenir.

Açık ihale usulü

MADDE 20 – (1) Açık ihale usulü bütün isteklilerin teklif verebildiği usuldür. Açık ihale usulünde, isteklilerin, ihale konusu işi yapabilme kapasitesini belirleyen ve bu Yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara uygun olarak tespit edilen yeterlik kriterleri ile ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olup olmadığı incelenerek, uygun olmadığı belirlenen isteklilerin teklifleri değerlendirme dışı bırakılır.

Belli istekliler arasında ihale usulü

MADDE 21 – (1) Belli istekliler arasında ihale usulü, yapılacak ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda Bakanlık tarafından seçilerek davet edilen isteklilerin teklif verebildiği ihale usulüdür.

(2) İşin niteliğine göre ve rekabeti engellemeyecek şekilde, Bakanlık tarafından belirlenmiş olan ve ön yeterlik dokümanı ile ön yeterlik ilânında belirtilen değerlendirme kriterlerine göre adayların ön yeterlik değerlendirmesi yapılır. Belirtilen asgarî ön yeterlik şartlarını sağlayamayanlar yeterli kabul edilmez. Bu madde hükümlerine göre yapılacak ihalelerde, ihaleye davet edilecek isteklilerin isimleri belirtilmek suretiyle önceden, yapım işlerinde Bakanın, yenileme işlerinde ise harcama yetkilisinin onayının alınması zorunludur. Zorunlu nedenlerle üçten az istekliden teklif alınması hâlinde veya ihaleye üç veya daha fazla istekli davet edilmesine rağmen üçten az teklif sunulması durumunda ihalenin sonuçlandırılabilmesi için bu konuda Yüksek Planlama Kurulunun onayı aranır.

(3) Bakanlığın uygun gördüğü ihalelerde, şartları ihale ilanında ve ihale dokümanında duyurulmak kaydıyla, tekliflerin değerlendirilmesinden sonra istekliler arasında kira bedeli ya da başka bir kritere göre bir sıralama yapılarak bu sıralamadan belli sayıda istekli nihaî pazarlık görüşmelerine çağrılabilir.

Pazarlık usulü

MADDE 22 – (1) Açık ihale veya belli istekliler arasında ihale usulü ile yapılan ihale sonucunda teklif çıkmaması veya aşağıdaki hâllerde, Bakanlık pazarlık usulü ile ihale yapabilir:

a) Doğal afetler, salgın hastalıklar, can veya mal kaybı tehlikesi gibi anî ve beklenmeyen olayların ortaya çıkması üzerine ihalenin ivedi olarak yapılmasının zorunlu olması.

b) İhale konusu sağlık tesisinin özgün nitelikte ve karmaşık olması nedeniyle teknik ve malî özelliklerinin gerekli olan netlikte belirlenememesi.

c) Öngörülen maliyeti beş milyon YTL'nin altında kalan yenileme veya onarım işlerinin gerçekleştirilmesi.

(2) Birinci fıkranın (a) bendine göre yapılacak ihalelerde ilan yapılması zorunlu değildir. Ancak bu bende göre yapılacak ihalelere en az üç isteklinin davet edilmesi şarttır. Birinci fıkranın (c) bendinde belirtilen limit her yıl Bakanlıkça 1 Şubat tarihinden geçerli olmak üzere Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan yıllık ÜFE endeksine göre güncellenir.

(3) Pazarlık usulü ile yapılacak ihalelerde tekliflerin yazılı olarak alınması zorunludur. Teklifler, ihale dokümanında belirtilen; kira bedeli ve/veya sağlık tesislerindeki yükleniciye bırakılacak, tıbbî hizmetler dışındaki alan ve hizmetlerin bedelleri ve işleme bırakılma sürelerinin belirlenmesi esasına uygun olmak üzere değerlendirilir. Bu değerlendirmede ayrıca şartnamede yer alan diğer hususlar da dikkate alınır.

(4) İhale pazarlık ile neticelendirilir. Pazarlığın ne suretle yapıldığı, ne gibi tekliflerde bulunduğu ve ihalenin verildiği yüklenicinin hangi nedenlerden dolayı tercih edildiği ihale kararında gösterilir.

Tekliflerin hazırlanması ve sunulması

MADDE 23 – (1) Teklif mektubu da dâhil olmak üzere ihaleye katılabilme şartı olarak istenilen bütün belgeler bir zarfa konulur. Zarfın üzerine isteklinin adı, soyadı veya ticaret unvanı, tebligata esas açık adresi, teklifin hangi işe ait olduğu ve ihaleyi yapan idarenin açık adresi yazılır. Zarfın yapııştırılan yeri istekli tarafından imzalanır ve mühürlenir.

(2) Teklif mektupları yazılı ve imzalı olarak sunulur. Teklif mektubunda ihale dokümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi; teklif edilen bedelin rakam ve yazı ile birbirine uygun olarak açıkça yazılması; üzerinde kazıntı, silinti, düzeltme bulunmaması ve teklif mektubunun ad, soyadı veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması zorunludur.

(3) Teklifler ihale dokümanında belirtilen ihale saatine kadar sıra numaralı alındılar karşılığında idareye verilir. Bu saatten sonra verilen teklifler kabul edilmez ve açılmaksızın iade edilir. Teklifler iadeli taahhütlü olarak da gönderilebilir. Posta ile gönderilecek tekliflerin ihale dokümanında belirtilen ihale saatine kadar idareye ulaşması şarttır. Postadaki gecikme nedeniyle işleme konulmayacak olan tekliflerin alınış zamanı bir tutanakla tespit edilir.

(4) Verilen teklifler, zeyilname düzenlenmesi hâli hariç, herhangi bir sebeple geri alınamaz ve değiştirilemez.

Tekliflerin alınması ve açılması

MADDE 24 – (1) Teklifler ihale dokümanında belirtilen ihale saatine kadar idareye verilir. İhale komisyonunca ihale dokümanında belirtilen saatte kaç teklif verilmiş olduğu bir tutanakla tespit edilerek, hazır bulunanlara duyurulur ve hemen ihaleye başlanır. Zarflar isteklilerle birlikte hazır bulunanlar önünde alınış sırasına göre açılır.

(2) İsteklilerin belgelerinin eksik olup olmadığı ve teklif mektubunun usulüne uygun olup olmadığı kontrol edilir. Belgeleri eksik veya teklif mektubu usulüne uygun olmayan istekliler tutanakla tespit edilir. İstekliler ile teklif fiyatları açıklanır. Bu işlemlere ilişkin hazırlanan tutanak ihale komisyonunca imzalanır. Bu aşamada; hiçbir teklifin reddine veya kabulüne karar verilmez, teklifi oluşturan belgeler düzeltilemez ve tamamlanamaz. Teklifler ihale komisyonunca hemen değerlendirilmek üzere oturum kapatılır.

Tekliflerin değerlendirilmesi

MADDE 25 – (1) İhale komisyonunun talebi üzerine idare, tekliflerin incelenmesi, karşılaştırılması ve değerlendirilmesinde yararlanmak üzere net olmayan hususlarla ilgili isteklilerden yazılı olarak tekliflerini açıklamalarını isteyebilir. Ancak bu açıklama, hiçbir şekilde teklif fiyatında değişiklik yapılması veya ihale dokümanında yer alan şartlara uygun olmayan tekliflerin uygun hâle getirilmesi amacıyla istenilmez ve yapılmaz.

(2) Tekliflerin değerlendirilmesinde, öncelikle belgeleri eksik olduğu veya teklif mektubunun usulüne uygun olmadığı ilk oturumda tespit edilen isteklilerin tekliflerinin değerlendirme dışı bırakılması hususu görüşülür.

(3) Belgelerin eksik olması veya belgelerde önemsiz bilgi eksikliği bulunması hâlinde, idarece belirlenen sürede isteklilerden bu eksik belge veya bilgilerin tamamlanması yazılı olarak istenir. Belirlenen sürede eksik belge veya bilgileri tamamlamayan istekliler değerlendirme dışı bırakılır.

(4) İlk değerlendirme ve işlemler sonucunda belgeleri eksiksiz ve teklif mektubu usulüne uygun olan isteklilerin tekliflerinin ayrıntılı değerlendirilmesine geçilir. Bu aşamada, isteklilerin ihale konusu işi yapabilme kapasitelerini belirleyen yeterli kriterlerine ve tekliflerin ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olup olmadığı incelenir. Uygun olmadığı belirlenen isteklilerin teklifleri değerlendirme dışı bırakılır.

Bütün tekliflerin reddedilmesi ve ihalenin iptali

MADDE 26 – (1) İhale komisyonu kararı üzerine idare, verilmiş olan bütün teklifleri reddederek ihaleyi iptal etmekte serbesttir. İhalenin iptal edilmesi hâlinde bu durum bütün isteklilere derhal bildirilir. İdare bütün tekliflerin reddedilmesi nedeniyle herhangi bir yükümlülük altına girmez. Ancak, idare isteklilerin talepte bulunması hâlinde, ihalenin iptal edilme gerekçelerini talep eden isteklilere bildirir.

İhalenin karara bağlanması ve onaylanması

MADDE 27 – (1) İhale komisyonu 25 inci maddeye göre teklifleri değerlendirdikten sonra 5 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi çerçevesinde gerekçeli kararını belirler ve harcama yetkilisinin onayına sunar. Kararlarda isteklilerin adları veya ticaret unvanları, teklif edilen kira bedeli veya işletme süresi, ihalenin tarihi ve hangi istekli üzerine hangi gerekçelerle yapıldığı, ihale yapılmamış ise nedenleri belirtilir.

(2) Harcama yetkilisi, karar tarihini izleyen en geç beş iş günü içinde ihale kararını onaylar veya gerekçesini açıkça belirtmek suretiyle iptal eder.

(3) İhale; kararın onaylanması hâlinde geçerli, iptal edilmesi hâlinde ise hükümsüz sayılır.

(4) İhale kararları harcama yetkilisince onaylanmadan önce idareler, ihale üzerinde kalan isteklinin kamu ihalelerine girmekten yasaklı olup olmadığını teyit ettirerek buna ilişkin belgeyi ihale kararına eklemek zorundadır.

Kesinleşen ihale kararlarının bildirilmesi

MADDE 28 – (1) Harcama yetkilisince onaylanan ihale kararları, onaylandığı günden itibaren en geç beş işgünü içinde, üzerine ihale yapılana veya vekiline, imzası alınmak suretiyle bildirilir veya iadeli taahhütlü mektupla tebligat adresine postalanır. Mektubun postaya verilmesini takip eden yedinci gün, kararın istekliye tebliğ tarihi sayılır.

(2) İhale kararlarının harcama yetkilisince iptal edilmesi hâlinde de, durum istekliye aynı şekilde bildirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Sözleşmelerin Düzenlenmesi ve Sözleşmelerde Yer alacak Hususlar

Sözleşmenin imzalanması

MADDE 29 – (1) Bütün ihaleler bir sözleşmeye bağlanır. Sözleşme, idare adına harcama yetkilisi tarafından imzalanır.

(2) Bu kapsamda imzalanacak sözleşmelerin noterlikçe onaylanıp onaylanmayacağı, işin önem ve özelliğı dikkate alınarak Bakanlık tarafından belirlenir ve buna ilişkin hususlar ihale dokümanında belirtilir.

Sözleşmede yer alacak hususlar

MADDE 30 – (1) Sözleşmede aşağıdaki hususlar yer alır.

- a) Taraflar.
- b) Sözleşmenin konusu ve süresi.
- c) Kesin projelerin ve uygulama projelerinin hazırlanma ve onay usul ve esasları.
- ç) Yapım/yenileme ve hizmetlerin standart ve kalitesi.
- d) Yapım veya yenileme işleri ile yükleniciye bırakılacak olan tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların kapsamı ve genel esasları.
- e) Yapım ve yenileme işlerine başlama ve bitirme süre ve koşulları, gecikme hâlinde uygulanacak müeyyideler.
- f) Sağlık tesisinin üzerinde inşa edileceğı arsa/araziye ilişkin teslim etme ve teslim alma şekil ve şartları.
- g) Kira bedeli ödemelerine ilişkin hususlar; yenileme projelerinde yükleniciye bırakılan tıbbî alan dışı hizmetlerin hizmet bedellerinin ödenmesine ilişkin hususlar.
- ğ) Yüklenici tarafından kullanılacak tıbbî hizmetler dışındaki alanların kullanım şart ve esasları.
- h) Yüklenici tarafından yerine getirilecek olan hizmetlerin yerine getirilmesi usul ve esasları.
- ı) Yükleniciye bırakılan tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların, fiyatlandırma ölçütleri ile kira bedeli hesabında dikkate alınma usul ve esasları.
- i) Tıbbî donanım dâhil projelerde donanımın özellikleri, temini, yenilenmesi, bakımı ve uygun görülen donanımın işletilmesine dair hususlar.
- j) Sağlık tesisinin yatırım ve işletme dönemlerinin finansmanı.
- k) Sağlık tesisini işletmeye alma ve kabul usul ve esasları.
- l) Yatırım döneminde işin tamamlanmasındaki gecikme ve maliyet değişiklikleri.
- m) Kesin teminat miktarı ile iadesine ait şartlar.

- n) Aylık ve yıllık faaliyet raporları.
- o) Güvenlik, emniyet ve çevre önlemleri.
- ö) Yapım işlerinde iş ve işyerinin sigortalanması ile yapı denetimi ve sorumluluğuna ilişkin şartlar.
- p) Bakım ve onarım.
- r) Sözleşme süresi sonunda sağlık tesisinin idareye devrine ilişkin usul ve esaslar; sözleşme süresinin sona ermesinden önce sağlık tesisinin devrine ilişkin usul ve esaslar.
- s) Diğer sözleşmelere ilişkin hükümler.
- ş) Krediler.
- t) Mücbir sebepler; sorumluluklar ve tazminatlar; denetim; anlaşmazlıkların çözümü.
- u) Sözleşmenin devri ve sözleşmenin feshine ilişkin hususlar.
- ü) Vergi, resim ve sözleşme ile ilgili diğer masraflar.
- v) Tebligat; sözleşme dili; sözleşmedeki değişiklikler; sözleşmenin yürürlüğe girmesi ile ilgili hususlar.
- y) İdarece öngörülecek diğer hususlar.

Arsa veya arazilerin yükleniciye devri ve yer teslimi

MADDE 31 – (1) Bakanlığın talebi üzerine Maliye Bakanlığınca,

a) Bakanlıkça bu Yönetmelik kapsamında üzerinde sağlık tesisleri yapılmasına karar verilen Hazinesin özel mülkiyetindeki taşınmazlardan,

b) Devletin hüküm ve tasarrufu altında bulunup tescili mümkün olan yerlerden,

Maliye Bakanlığınca da uygun görülenler üzerinde, yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilebilir.

(2) Birinci fıkrada belirtilen taşınmazlar, taşınmazların ve üzerindeki tesislerin, üst hakkı sözleşmesi süresince amacı dışında kullanılamayacağı yönündeki şart ile üst hakkına ilişkin diğer şartların yer aldığı bir resmî senet düzenlenerek yükleniciye devredilir.

(3) Yükleniciye devredilecek arsa veya arazilere ilişkin mevzuata göre alınması gereken tüm izinler ile hazırlanması gereken tüm raporların sorumluluğu Bakanlığa aittir. Bu işlemler tamamlanarak sözleşmenin imzalanmasını müteakip otuz gün içinde bu taşınmazlar, üzerinde Maliye Bakanlığınca yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle yükleniciye devredilir. Bu taşınmazların sözleşme süresince amacı dışında kullanılamayacağına, Maliye Bakanlığı ile Bakanlıktan izin alınmaksızın devredilemeyeceğine dair tapu kütüğüne şerh konulur.

(4) Sağlık tesisinin gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait arsa veya arazi üzerinde yapılması durumunda, yükleniciye söz konusu arsa ve arazilere ilişkin yer tesliminin, sözleşmenin imzalanmasını izleyen altmışıncı günde yapıldığı kabul edilir. Bu taşınmazların sözleşme süresince amacı dışında kullanılamayacağına, Maliye Bakanlığı ile Bakanlıktan izin alınmaksızın devredilemeyeceğine dair tapu kütüğüne şerh konulur.

Sözleşmenin süresi

MADDE 32 – (1) Sözleşme süresi, sağlık tesisinin özelliklerine ve fizibilite raporu sonuçlarına bağlı olarak idarece belirlenir ve ihale dokümanında belirtilir.

(2) Sözleşmede belirtilen yer teslim tarihinden başlamak üzere, projelendirme ve yapım süresi dâhil yatırım süresi ve işletme süresi, sözleşme süresidir.

(3) Entegre sağlık kampüsleri dışındaki sağlık tesisleri için projelendirme ve yapım süresi dört yılı geçemez.

Finansman ve garanti

MADDE 33 – (1) Yüklenici, ihale konusu sağlık tesisinin yenileme veya yapım işlerine ait yatırım tutarı ile hizmetlerin verilmesi ile ilgili gerekli tüm finansmanı sağlamakla yükümlüdür. Yüklenicilerin bu Yönetmelik kapsamında gerçekleştireceği yatırımlar için getireceği öz kaynak oranı, sözleşmede belirtilen toplam sabit yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz.

(2) Bakanlık, döner sermaye ilgili bütçe kalemlerinde, sözleşme süresi boyunca ilgili sağlık tesisinin periyodik kira bedellerinin ödenebilmesine yönelik yeterli ödeneğin tahsisi konusunda her türlü tedbiri alır. Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezaî yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilir.

Yükleniciye yapılacak ödemelerin hesaplanması ve ödeme usulleri

MADDE 34 – (1) Yapım işleri ile ilgili olarak, yükleniciye ödenecek kira bedelinin hesaplanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslara ihale dokümanında ve sözleşmede yer verilir. Yapım projelerinde kira bedeli hesaplanmasında, yükleniciye bırakılan tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların değerleri de dikkate alınır.

(2) Yenileme projelerinde yükleniciye bırakılan tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin bedelleri yükleniciye hizmet bedeli olarak ödenir. Yenileme projelerinde yükleniciye bırakılan tıbbî hizmetler dışındaki alanların değerleri yüklenici tarafından yapılan yenileme yatırımının karşılığının hesabında dikkate alınır. Yenileme projelerinde yenileme projesinin bedelinin hesabında yükleniciye bırakılan tıbbî hizmet alanları

dışındaki hizmetler ile tıbbî hizmetler dışındaki alanların yükleniciye bırakılma süreleri ana kriter olarak dikkate alınır.

(3) Yapım işlerinde, kira bedelinin tespitinde,

a) Arsa veya arazinin Hazineye veya şahsa ait olup olmadığı,

b) Toplam sabit yatırım tutarı,

c) Yüklenici tarafından sağlanan tıbbî donanım ve mefruşat,

ç) Sözleşme süresi,

d) Yükleniciye bırakılan tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmetler ile tıbbî hizmetler dışındaki alanlar,

e) Yüklenicinin kârı,

dikkate alınır.

(4) İhale dokümanında ve sözleşmede belirtilmek üzere değişik kira dönemleri tespit edilebilir. Yapılan peşin ödemeler ile ara ödemeler, toplam kira bedeli hesaplamasında dikkate alınır.

(5) İhale dokümanında ve sözleşmede kiralama süresi ve kira artış oranları belirtilir. Kira artış oranlarında Türkiye İstatistik Kurumunca belirlenen yıllık ÜFE esas alınır.

(6) Sözleşmede tespit edilen kira dönemleri içerisinde yükleniciye kira ödemeleri, sağlık tesisinin teslim alınmasından sonra, tesisin bünyesinde döner sermaye işletmesi kurulması durumunda bu işletme bütçesinden, işletme kurulmaması veya kurulmuş olmakla birlikte malî durumunun uygun olmaması hâlinde Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarılan paydan ödenir.

(7) Yüklenici tarafından verilen hizmetlerin karşılığı olarak yükleniciye kira bedeli içinde ödenecek bedellerin hesaplanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslara ihale dokümanında ve sözleşmede yer verilir.

(8) Bakanlık, yüklenici tarafından işletilecek olan tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmetler ile tıbbî hizmetler dışındaki alanların değer tespitleriyle kamu maliyet analizi çalışmalarını döner sermaye bütçesinden karşılamak üzere bu konularda uzmanlaşmış kurum ve kuruluşlara yaptırabilir. Bu maddede geçen çalışmaların yaptırılmasında döner sermaye işletmelerinin tabi olduğu mevzuat hükümleri uygulanır.

İşin tamamlanmasındaki gecikme ve maliyet değişiklikleri, cezalar

MADDE 35 – (1) Yapım veya yenileme işlerinin tamamlanmasında gecikme meydana gelmesi durumunda uygulanacak müeyyideler ile maliyet değişiklikleriyle ilgili hükümler ihale dokümanları ve sözleşmede yer alır.

(2) Bakanlık, sağlık tesisinin yapımı aşamasında veya işletilmesi sırasında yükleniciden kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek hata ve olumsuzluklara istinaden cezaî müeyyideler koyma hakkını haizdir. Bu ceza ve müeyyidelerin hangi durumlarda ve ne şekilde uygulanacağı sözleşmede belirtilir. Bakanlığın kusurundan kaynaklanan durumlarda yüklenicinin zararının ne şekilde telafi edileceği de sözleşmede öngörülür.

Teminat

MADDE 36 – (1) İsteklilerden teklif veya toplam sabit yatırım tutarının yüzde üçü tutarında geçici teminat alınır.

(2) Sözleşmenin imzalanmasından önce yükleniciden toplam sabit yatırım tutarının yüzde biri tutarında kesin teminat alınır ve bu hususa ilişkin olarak ihale dokümanında gerekli açıklamalara yer verilir.

Teminat olarak kabul edilecek değerler

MADDE 37 – (1) Teminat olarak kabul edilecek değerler şunlardır:

a) Tedavüldeki Türk parası.

b) Bankalar ve katılım bankaları tarafından verilen teminat mektupları.

c) Hazine Müsteşarlığınca ihraç edilen devlet iç borçlanma senetleri ve bu senetler yerine düzenlenen belgeler.

(2) İlgili mevzuatına göre Türkiye'de faaliyette bulunmasına izin verilen yabancı bankaların düzenleyecekleri teminat mektupları ile Türkiye dışında faaliyette bulunan banka veya benzeri kredi kuruluşlarının kontrgarantisine üzerine Türkiye'de faaliyette bulunan bankaların veya katılım bankalarının düzenleyecekleri teminat mektupları da teminat olarak kabul edilir.

(3) Birinci fıkranın (c) bendinde belirtilen senetler ve bu senetler yerine düzenlenen belgelerden nominal değere faiz dâhil edilerek ihraç edilenler, anaparaya tekabül eden satış değeri üzerinden teminat olarak kabul edilir.

(4) Teminatlar, teminat olarak kabul edilen diğer değerlerle değiştirilebilir.

(5) Her ne suretle olursa olsun, idarece alınan teminatlar haczedilemez ve üzerine ihtiyatî tedbir konulamaz.

(6) İlgili mevzuatına aykırı olarak düzenlenmiş teminat mektupları kabul edilmez.

Denetim

MADDE 38 – (1) Bakanlık, yüklenicinin Sözleşme kapsamına giren faaliyetlerini bütün aşamalarda denetler veya denetletir. Bakanlık performans denetimi ve yönetimine ilişkin olarak denetim ve yönetim mekanizması kurabilir. Bu hususta ihtiyaç duyması hâlinde düzenleme yapabilir.

Mücbir sebep hâlleri

MADDE 39 – (1) Mücbir sebep olarak kabul edilebilecek hâller şunlardır:

- a) Doğal afetler.
- b) Kanunî grev.
- c) Genel salgın hastalık.
- ç) Kismî veya genel seferberlik ilanı.

(2) Süre uzatımı verilmesi, sözleşmenin feshi gibi durumlar da dâhil olmak üzere, idare tarafından yukarıda belirtilen hâllerin mücbir sebep olarak kabul edilebilmesi için; yükleniciden kaynaklanan bir kusurdan ileri gelmemiş olması; taahhüdün yerine getirilmesine engel nitelikte olması; yüklenicinin bu engeli ortadan kaldırmaya gücünün yetmemiş bulunması; mücbir sebebin meydana geldiği tarihi izleyen yirmi gün içinde yüklenicinin idareye yazılı olarak bildirimde bulunması ve yetkili merciler tarafından belgelendirilmesi zorunludur.

Sözleşmenin devri

MADDE 40 – (1) Yüklenici, yatırım ve işletme dönemlerinde sözleşmeden doğan tüm hak ve vecibelerini, aynı şartlarla ve bu Yönetmelikte belirtilen şartları haiz başka bir gerçek kişiye veya özel hukuk tüzel kişilerine, Bakanlığın uygun görüşü ile devredebilir. Bu hâlde üst hakkı sözleşmesi de devralan gerçek veya özel hukuk tüzel kişisi adına ayrıca devredilir. Sözleşmenin bu şekilde devri hâlinde diğer sözleşmeler de devralan gerçek kişiye veya özel hukuk tüzel kişilerine devredilmiş sayılır.

(2) Bakanlık da mevzuatta açıkça öngörülmesi hâlinde koşulları da belirtilmek suretiyle sözleşmeleri devredebilir. Bakanlığın, sözleşmeyi devretmesi hâlinde, sözleşmede yer alan süre, kira bedeli, yüklenici tarafından üstlenilen hizmetlerin kapsamı ve benzeri hükümler, sözleşmenin diğer tarafı olan yüklenicinin rızası olmadan değiştirilemez.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Sözleşmenin Sona Ermesi

Sözleşmenin feshi

MADDE 41 – (1) Sözleşme yapıldıktan sonra yüklenicinin taahhüdünden vazgeçmesi veya taahhüdünü, ihale dokümanları ve sözleşme hükümlerine uygun olarak yerine getirmemesi hâlinde, idarenin noter aracılığı ile yapacağı yazılı ihtarla nedenleri açıkça belirtilerek gereğinin yapılması için kendisine belirli bir süre verilir. Bu süre, ivedi durumlar dışında, yazılı ihtarın yükleniciye tebliği tarihinden başlamak üzere on günden aşağı olamaz. Verilen bu süre, sözleşme süresini etkilemeyeceği gibi gecikmeden kaynaklanan cezaî şartın uygulanmasını da engellemez.

(2) İdare tarafından verilen süre içinde yüklenicinin, yazılı ihtardaki talimata uymaması hâlinde, ayrıca protesto çekmeye ve hüküm almaya gerek kalmaksızın idare, sözleşmeyi feshetme hak ve yetkisine sahiptir.

(3) Sözleşmenin feshi hâlinde yüklenicinin kesin teminatı Hazineye gelir kaydedilir. Gelir kaydedilen kesin teminat yüklenicinin borcuna mahsup edilmez; yükleniciler kesin teminat için herhangi bir hak, bedel veya tazminat talebinde bulunamaz.

(4) Hazinece yüklenici lehine üst hakkı tesis edilmek suretiyle taşınmaz devredilmiş ise, üst hakkı kaldırılıp, tapudan terkin edilerek, bu taşınmaz ile üzerinde bulunan yapı ve tesisler müştemilatı ile birlikte bedelsiz olarak Hazineye intikal eder. Yükleniciler tarafından, taşınmaza veya üzerinde bulunan yapı, tesis ve müştemilatı zarar verilmesi hâlinde, zarar bedeli de ayrıca alınır.

(5) Feshedilen sözleşme konusu işlerin hesabı genel hükümlere göre yapılır ve yüklenicinin idare ile ilişkisi kesilir. Sözleşmenin feshine ait onay tarihinde işlerin mevcut durumu, idarece görevlendirilecek bir heyet tarafından yüklenici veya vekili ile birlikte tespit edilerek bir durum tespit tutanağı düzenlenir. Yüklenici veya vekili hazır bulunmadığı takdirde bu husus tutanakta belirtilir.

(6) Sağlık tesisinin yapıldığı taşınmazın yükleniciye ait olduğu hâllerde sözleşmenin feshi durumunda Bakanlık; bu taşınmazı ve üzerindeki tesisleri, tesisatı, yükleniciye ait olan ihzaratı, diğer malzemeyi, makine, araç ve yedek parçaları, yüklenicinin razı olması hâlinde satın alabilir. Sıhhi tesisat, elektrik tesisatı, ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemleri, çamaşır yıkama ve yemek pişirme tesisatı, hastane tesisatı ve benzeri tesisata ait ihzarat, yapılabilmesi mümkün olan her türlü inceleme ve denemesi yapıldıktan sonra montajlı ve her türlü yardımcı parçaları dâhil birim fiyatından, montaj bedeli çıkarılıp kalan montajsız fiyattan yüklenici kârı ve genel giderler düşüldükten sonra bulunan bedel üzerinden alınır. Ayrı bir birim fiyatı bulunmayan her türlü montaj malzemesi de piyasa rayıçları dikkate alınarak yüklenici ile anlaşmaya varılacak fiyatlara göre değerlendirilip satın alınabilir. Bina, baraka şantiye ve benzeri tesisler, sözleşmenin feshedildiği yılda geçerli birim fiyat ve rayıçlar ile değerlendirilerek bulunan bedel üzerinden; makine, araç ve yedek parçalar ise benzer piyasa değerleri dikkate alınarak tespit edilecek değer üzerinden; yıpranma, amortisman, işçilik ve malzeme nitelik farkları da dikkate alınarak devralınır.

Sözleşmenin tasfiyesi

MADDE 42 – (1) Mücbir sebep hâllerinin ortaya çıkması veya yüklenici ile idarenin 818 sayılı Borçlar Kanunu hükümleri çerçevesinde karşılıklı anlaşması hâlinde sözleşme tasfiye edilebilir.

(2) Tasfiye hâlinde, Hazinece yüklenici lehine üst hakkı tesis edilmek suretiyle taşınmaz devredilmiş ise, bu taşınmazın üzerinde bulunan yapı, tesis ve müştemilatın Hazineye geçmesi gereken kısımları hakkında yüklenici herhangi bir hak ve tazminat talebinde bulunamaz ve bunlar için yükleniciye herhangi bir bedel ödenmez.

(3) Sağlık tesisinin yapıldığı taşınmazın yükleniciye ait olduğu sözleşmenin tasfiyesi hâlinde Bakanlık; bu taşınmazı ve üzerindeki tesisleri, tesisatı, yükleniciye ait olan ihzaratı, diğer malzemeyi, makine, araç ve yedek parçaları, yüklenicinin razı olması hâlinde satın alabilir. Sıhî tesisat, elektrik tesisatı, ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemleri, çamaşır yıkama ve yemek pişirme tesisatı, hastane tesisatı ve benzeri tesisata ait ihzarat, yapılabilmesi mümkün olan her türlü inceleme ve denemesi yapıldıktan sonra montajlı ve her türlü yardımcı parçaları dâhil birim fiyatından, montaj bedeli çıkarılıp kalan montajsız fiyattan yüklenici kârı ve genel giderler düşüldükten sonra bulunan bedel üzerinden alınır. Ayrı bir birim fiyatı bulunmayan her türlü montaj malzemesi de piyasa rayıçları dikkate alınarak yüklenici ile anlaşmaya varılacak fiyatlara göre değerlendirilip satın alınabilir. Bina, baraka şantiye ve benzeri tesisler, sözleşmenin tasfiye edildiği yılda geçerli birim fiyat ve rayıçlar ile değerlendirilerek bulunan bedel üzerinden; makine, araç ve yedek parçalar ise benzer piyasa değerleri dikkate alınarak tespit edilecek değer üzerinden; yıpranma, amortisman, işçilik ve malzeme nitelik farkları da dikkate alınarak devralınır.

(4) Sözleşmenin tasfiyesi hâlinde evvelce alınmış bulunan kesin teminat mektubu iade edilir ve sözleşme konusu işlerin hesabı genel hükümlere göre yapılır.

Fesih ve tasfiye sonrası işlemler

MADDE 43 – (1) Sözleşmenin feshi veya tasfiyesi hâlinde yüklenici, idarenin iznini almaksızın sağlık tesislerindeki tesisatın hiçbirini bozup yerinden kaldıramaz; sağlık tesislerinde bulunan ihzarat ve diğer malzeme, araç ve makinelerinden herhangi birini başka bir yere götüremez, herhangi bir şekilde başkasına devredemez veya sağlık tesisinde değişiklik yapamaz. Yüklenicinin bu hususlardaki eylemlerini önlemek için idare, gerekli gördüğü takdirde sağlık tesisine el koyarak yükleniciyi sağlık tesisinden uzaklaştırabilir.

Sözleşme süresi sonunda sağlık tesisinin Bakanlığa devri

MADDE 44 – (1) Hazinece yüklenici lehine üst hakkı tesis edilmek suretiyle devredilen taşınmazlar ile üzerine inşa edilen sağlık tesisleri, üst hakkı sözleşmesi süresi sonunda her türlü takyidat, yükümlülük, şerh, borç, taahhütlerden ari olarak, normal aşınma ve yıpranma hariç olmak üzere, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda bedelsiz olarak Hazineye intikal eder. Sağlık tesisinin devir aşamasında sözleşmede yer alan şartları haiz olup olmadığı oluşturulacak bir devir-teslim komisyonunca tespit edilir. Bu komisyonun oluşturulması, çalışma usul ve esasları, komisyonca tespit edilen eksiklik ve hataların giderilmesi ve onarımların yapılması ile ilgili hükümler sözleşmede yer alır.

(2) Hazinece yüklenici lehine üst hakkı tesis edilmek suretiyle devredilen taşınmazlar ile ilgili üst hakkı sözleşmesinin sona ermesi hâlinde, Maliye Bakanlığınca yüklenici lehine tesis edilen üst hakkı tapudan terkin ettirilerek tapu kütüğündeki şerh, takyidat ve beyanlar kaldırılır.

(3) Gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait arsa veya arazilerin kullanılması durumunda projenin özelliğine göre arsa/arazi ile üzerindeki tüm taşınmazların devir şartları sözleşmede öngörülür.

(4) Sağlık tesislerinin her türlü devrinde, tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yükleniciye bırakıldığı durumlarda devir tarihinde bu alanların da sözleşmeleri sona ermiş sayılır ve Bakanlık hüküm ve tasarrufu altına girer.

Sözleşme süresinin sona ermesinden önceki devir

MADDE 45 – (1) Sözleşme süresinden önce, mücbir sebep veya Bakanlığın sözleşmeyi tek taraflı feshetmesi sebebiyle sağlık tesisinin ve diğer sözleşmelerin devir alınmasına ilişkin hususlara sözleşmede yer verilir.

ALTINCI BÖLÜM **Çeşitli ve Son Hükümler**

Sorumluluk ve tazminat

MADDE 46 – (1) Yüklenici,

a) Sağlık tesisinin yenileme veya yapım işleri yatırımını sözleşme hükümlerine göre ve belirlenen süre içerisinde projelendirmek, finansmanını sağlamak,

b) Sağlık tesisini tamamlamak,

c) Tıbbî hizmetler dışındaki hizmetleri yerine getirmek, tıbbî hizmetler dışındaki alanları işletmek,

ç) Tüm sağlık tesisinin sözleşme hükümleri doğrultusunda ve sözleşmede öngörülen süre kadar bakım ve onarımını yapmak,

d) Hazinece yüklenici lehine üst hakkı tesis edilmek suretiyle taşınmaz devredilmesi hâlinde, üçüncü kişiler tarafından bu taşınmazda hak iddia edilmesi durumunda, durumu derhal Bakanlığa bildirmek,

e) Sözleşme süresi sonunda sağlık tesisini her türlü borç ve taahhütlerden ari, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda Bakanlığa devretmek,

ile yükümlüdür.

(2) Yüklenici yatırım ve işletme döneminde üçüncü kişilere vereceği her türlü zarardan sorumludur.

(3) Yüklenicinin yükümlülüğü, sorumluluğu ve zararların tazminine ilişkin hükümler ile uygulanacak cezaî müeyyideler sözleşmede yer alır.

Anlaşmazlıkların çözümü

MADDE 47 – (1) Sözleşmenin uygulanması sırasında taraflar arasında doğabilecek hukukî ihtilaflar Türkiye Cumhuriyeti mevzuatına tabi olup, ihtilafların çözümünde Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri görevli ve yetkilidir. Ancak, taraflar sözleşmede ihtilafların Türk hukukuna göre ve Türkiye’de, tahkim yolu ile çözümlenebileceğini kararlaştırabilirler.

Sözleşme dili

MADDE 48 – (1) Bakanlık ile yüklenici arasında imzalanacak sözleşme Türkçe olarak hazırlanır.

(2) Yüklenicinin ortak girişim olması ve ortaklardan birinin yabancı uyruklu olması hâlinde sözleşme, Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde hazırlanabilir. Ancak, metinler arasında herhangi bir çelişki veya tutarsızlık olması hâlinde Türkçe metin esas alınır.

Diğer sözleşmeler

MADDE 49 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki yatırım ve hizmetlerin niteliğine göre yüklenici ile üçüncü şahıslar arasında akdedilmesi gereken diğer sözleşmeler sözleşmede belirtilir.

Sözleşmenin yürürlüğe girme koşulları

MADDE 50 – (1) Sözleşmenin yürürlüğe girme şartları sözleşmede belirtilir.

İstisnalar

MADDE 51 – (1) Bu Yönetmelik kapsamında yapılacak yatırımlarla ilgili olarak, otuz altı aylık süreyi geçmemek ve sözleşmede belirlenecek inşaat yapım ve yenileme süresi ile sınırlı olmak kaydıyla, Bakanlık ile gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri arasında yapılacak her türlü iş ve işlemler ile düzenlenecek kağıtlar, 488 sayılı Damga Vergisi Kanununa göre alınan damga vergisi ile 492 sayılı Harçlar Kanunu uyarınca alınan harçlardan müstesnadır.

Hüküm bulunmayan hâller

MADDE 52 – (1) Bu Yönetmelikte hüküm bulunmayan durumlarda ilgisine göre 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanununun ilgili hükümleri kıyasen uygulanır.

Yürürlük

MADDE 53 – (1) Sayıştayın görüşü alınarak hazırlanan bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 54 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK.4:

Resmî Gazete

Sayı : 27588

22 Mayıs 2010 CUMARTESİ

YÖNETMELİK

Karar Sayısı : 2010/403

Ekli “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”in yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığı’nın 14/4/2010 tarihli ve 632 sayılı yazısı üzerine, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesine göre, Bakanlar Kurulu’nca 30/4/2010 tarihinde kararlaştırılmıştır.

Abdullah GÜL

CUMHURBAŞKANI

Recep Tayyip ERDOĞAN

Başbakan

C. ÇİÇEK

B. ARINÇ

A. BABACAN

M. AYDIN

Devlet Bak. ve Başb. Yrd.

Devlet Bak. ve Başb. Yrd.

Devlet Bak. ve Başb. Yrd.

Devlet Bakanı

H. YAZICI

F. N. ÖZAK

M. Z. ÇAĞLAYAN

F. ÇELİK

Devlet Bakanı

Devlet Bakanı

Devlet Bakanı

Devlet Bakanı

E. BAĞIŞ

S. A. KAVAF

C. YILMAZ

S. ERGİN

Devlet Bakanı

Devlet Bakanı

Devlet Bakanı

Adalet Bakanı

M. V. GÖNÜL

B. ATALAY

A. DAVUTOĞLU

M. ŞİMŞEK

Milli Savunma Bakanı

İçişleri Bakanı

Dışişleri Bakanı

Maliye Bakanı

N. ÇUBUKÇU

M. DEMİR

R. AKDAĞ

B. YILDIRIM

Milli Eğitim Bakanı

Bayındırlık ve İskân Bakanı

Sağlık Bakanı

Ulaştırma Bakanı

M. M. EKER

Ö. DİNÇER

N. ERGÜN

T. YILDIZ

Tarım ve Köyişleri Bakanı

Çalışma ve Sos. Güv. Bakanı

Sanayi ve Ticaret Bakanı

Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı

E. GÜNAY

V. EROĞLU

Kültür ve Turizm Bakanı

Çevre ve Orman Bakanı

SAĞLIK TESİSLERİNİN, KİRALAMA KARŞILIĞI YAPTIRILMASI İLE TESİSLERDEKİ TIBBÎ

HİZMET ALANLARI DIŞINDAKİ HİZMET VE ALANLARIN İŞLETİLMESİ KARŞILIĞINDA

YENİLENMESİNE DAİR YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA

DAİR YÖNETMELİK

MADDE 1- 3/7/2006 tarihli ve 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmeliğin 1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 1- (1) Bu Yönetmeliğin amacı; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7 nci maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamına ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir.”

MADDE 2- Aynı Yönetmeliğin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (j) ve (ö) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aynı fıkra aşağıdaki bent eklenmiştir.

“j) Sözleşme: Yapım ve yenileme işlemleri ile ilgili olarak idare ile yüklenici arasında özel hukuk hükümlerine göre yapılan, Hazineye ait taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi halinde, üst hakkı sözleşmesine esas teşkil eden ve onun ayrılmaz bir parçası olan sözleşme ve eklerini,”

“ö) Üst hakkı sözleşmesi: Sağlık tesislerinin Hazineye ait taşınmazlar üzerinde kiralama karşılığında yaptırılması hâlinde, bu taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine ilişkin olan ve (j) bendinde tanımlanan sözleşmeye dayanan, sözleşme ve eklerini,”

“s) Özel amaçlı şirket: 3359 sayılı Kanun ve bu Yönetmelik hükümleri uyarınca imzalanacak sözleşmenin tarafı olmak, sözleşme hükümlerini ifa etmek üzere, faaliyet konusu sadece sözleşme konusu ile sınırlı olmak kaydıyla, ihale üzerine bırakılan birden fazla gerçek kişi, özel hukuk tüzel kişisi ve bunlardan müteşekkil iş ortaklığı veya konsorsiyumlarca Türk hukukuna göre kurulan sermaye şirketini,”

MADDE 3- Aynı Yönetmeliğin 7 nci maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Bakanlık, ön fizibilite raporu hazırlanırken, her bir proje için öngörülen uygun nitelikte taşınmaz bulunup bulunmadığı ve bu taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bedelsiz devrin mümkün olup olmadığı konusunda Maliye Bakanlığının uygun görüşünü alır.”

MADDE 4- Aynı Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Bu Yönetmelik kapsamında yapılacak ihalelere katılacak isteklilerin veya ortak girişimi oluşturan gerçek veya tüzel kişilerden her birinin sağlam bir malî yapıya sahip olduklarını, bağımsız denetçi veya yeminli malî müşavirlerce tasdik edilmiş malî tabloları ile kanıtlamaları zorunludur. İsteklilerin sağlaması gereken referanslara, tecrübeye, malî ve teknik yeterliğe ilişkin hususlar Bakanlıkça belirlenir ve ihale ilanında ve ihale dokümanında duyurulur.”

MADDE 5- Aynı Yönetmeliğin 12 nci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Ortak girişim ve özel amaçlı şirket

MADDE 12- (1) Ortak girişim, birden fazla gerçek veya tüzel kişi tarafından iş ortaklığı veya konsorsiyum olarak oluşturulabilir. İş ortaklığı üyeleri, hak ve sorumluluklarıyla işin tümünü birlikte yapmak üzere, konsorsiyum üyeleri ise hak ve sorumluluklarını ayırarak işin kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili kısımlarını yapmak üzere ortaklık yapar.

(2) Özel amaçlı şirket kurmak üzere bir araya gelen birden fazla gerçek veya tüzel kişilerde hak ve sorumluluklar, özel amaçlı şirket kurulana kadar münferiden her bir gerçek veya tüzel kişiye, özel amaçlı şirket kurulduktan sonra şirkete aittir.

(3) İş ortaklığı her türlü ihaleye teklif verebilir. İdare, konsorsiyumların veya özel amaçlı şirket kurmak üzere bir araya gelen birden fazla gerçek veya tüzel kişinin ihaleye katılıp katılamayacağını ihale dokümanında belirtir. İhale aşamasında ortak girişimlerden ortaklıklarına dair anlaşma veya taahhütname istenir. İş ortaklığı anlaşmalarında pilot ortak, konsorsiyum anlaşmalarında koordinatör ortak belirtilir.

(4) İhalenin iş ortaklığı veya konsorsiyum üzerinde kalması hâlinde, sözleşme imzalanmadan önce noter tasdikli iş ortaklığı veya konsorsiyum sözleşmesinin verilmesi gerekir. İş ortaklığı anlaşma ve sözleşmesinde, iş ortaklığını oluşturan gerçek veya tüzel kişilerin taahhüdün yerine getirilmesinde müştereken ve müteselsilen sorumlu oldukları; konsorsiyum anlaşma ve sözleşmesinde, konsorsiyumu oluşturan gerçek veya tüzel kişilerin, işin hangi kısmını taahhüt ettikleri ve taahhüdün yerine getirilmesinde koordinatör ortak aracılığıyla aralarındaki koordinasyonu sağlayacakları belirtilir.

(5) İhalenin ortak girişim veya özel amaçlı şirket kurmak üzere bir araya gelen birden fazla gerçek veya tüzel kişi üzerinde kalması halinde sözleşme imzalanmadan önce özel amaçlı şirketin ticaret sicil gazetesinde yayımlanan şirket kuruluşuna ilişkin ticari sicil kaydının verilmesi gerekir.

(6) Bu Yönetmelik kapsamındaki her bir kiralama karşılığı sözleşme için ayrı ve yeni bir özel amaçlı şirket kurulması gerekir. Bu şirketin ana sözleşmesinde, gerçekleştireceği sağlık tesisi projesi faaliyet konusu olarak belirtilir.”

MADDE 6- Aynı Yönetmeliğin 31 inci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Maliye Bakanlığınca da uygun görülenler üzerinde, yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilebilir.” ibaresi “Maliye Bakanlığınca da uygun görülenler üzerinde, yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilebilir.” şeklinde, üçüncü ve dördüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Yükleniciye devredilecek arsa veya arazilere ilişkin mevzuata göre alınması gereken tüm izinler ile hazırlanması gereken tüm raporların sorumluluğu Bakanlığa aittir. Bu işlemler tamamlanarak sözleşmenin imzalanmasını müteakip otuz gün içinde bu taşınmazlar, üzerinde Maliye Bakanlığınca yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle yükleniciye devredilir. Bu taşınmazların sözleşme süresince amacı dışında kullanılamayacağına ve yüklenici lehine tesis edilen üst hakkının Maliye Bakanlığı ile Bakanlıktan izin alınmaksızın devredilemeyeceğine dair tapu kütüğüne şerh konulur.

(4) Sağlık tesisinin gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait arsa veya arazi üzerinde yapılması durumunda, yükleniciye söz konusu arsa ve arazilere ilişkin yer tesliminin, sözleşmenin imzalanmasını izleyen altmışıncı günde yapıldığı kabul edilir. Bu taşınmazların sözleşme süresince amacı dışında kullanılamayacağına ve yüklenici lehine tesis edilen üst hakkının Maliye Bakanlığı ile Bakanlıktan izin alınmaksızın devredilemeyeceğine dair tapu kütüğüne şerh konulur.”

MADDE 7- Aynı Yönetmeliğin 34 üncü maddesinin beşinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(5) İhale dokümanında ve sözleşmede kiralama süresi ve kira artış oranları belirtilir. Kira artış oranlarının tespitinde, Türkiye İstatistik Kurumunca belirlenen ve Ocak ayı içerisinde açıklanan bir önceki yıla ilişkin yıllık ÜFE

ve TÜFE esas alınarak oluşturulan (ÜFE+TÜFE)/2 formülü kullanılır.”

MADDE 8- Aynı Yönetmeliğin 35 inci maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Bakanlık, sağlık tesisinin yapımı aşamasında veya işletilmesi sırasında yükleniciden kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek hata ve olumsuzluklara istinaden cezaî müeyyideler koyma hakkını haizdir. Bu cezaî müeyyidelerin hangi durumlarda ve ne şekilde uygulanacağı sözleşmede belirtilir. Sözleşmenin, yüklenicinin herhangi bir kusuru olmaksızın Bakanlık tarafından feshedilmesi veya Bakanlığın kusurundan kaynaklanan nedenlerle sözleşmenin yüklenici tarafından feshi durumunda, yüklenici zararının tazmininde Bakanlık, döner sermaye ilgili bütçe kalemlerinde yeterli ödeneğin tahsisi konusunda her türlü tedbiri alır. Söz konusu zararın ne şekilde ve ne ölçüde telafi edileceği sözleşme ile düzenlenir.”

MADDE 9- Aynı Yönetmeliğin 36 ncı maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Sözleşmenin imzalanmasından önce yükleniciden toplam sabit yatırım tutarının yüzde üçü tutarında kesin teminat alınır ve bu hususa ilişkin olarak ihale dokümanında gerekli açıklamalara yer verilir.”

MADDE 10- Aynı Yönetmeliğin 41 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(1) Sözleşme yapıldıktan sonra yüklenicinin taahhüdünden vazgeçmesi veya taahhüdünü, ihale dokümanları ve sözleşme hükümlerine uygun olarak yerine getirmemesi hâlinde, sözleşmede öngörülen ve sözleşmenin derhal fesih hallerini belirleyen haller hariç olmak üzere, idarenin noter aracılığı ile yapacağı yazılı ihtarla nedenleri açıkça belirtilerek gereğinin yapılması için yükleniciye belirli bir süre verilir. Bu süre, ivedi durumlar dışında, yazılı ihtarın yükleniciye tebliği tarihinden başlamak üzere on günden aşağı olamaz. Verilen bu süre, sözleşme süresini etkilemeyeceği gibi gecikmeden kaynaklanan cezaî şartın uygulanmasını da engellemez.”

MADDE 11- Aynı Yönetmeliğin 48 inci maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(2) Yüklenicinin talebi ve idarenin uygun görmesi halinde sözleşme, Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde hazırlanabilir. Ancak, metinler arasında herhangi bir çelişki veya tutarsızlık olması halinde Türkçe metin esas alınır.”

MADDE 12- Aynı Yönetmeliğe aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“Devam eden işler

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Bu Yönetmelikle değiştirilen hükümler, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce başlanmış ve halen devam eden ihale ve projeler hakkında da uygulanır.”

MADDE 13- Sayıştayın görüşü alınarak hazırlanan bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 14- Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.