

**KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI BAĞLAMINDA ŞEHİR HASTANELERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ<sup>1</sup>**

*EVALUATION OF CITY HOSPITALS IN THE CONTEXT OF PUBLIC PRIVATE  
PARTNERSHIP*

**Arş. Gör. Durmuş GÖKKAYA**

Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,  
durmusgokkaya@gmail.com, Isparta/Türkiye

**Arş. Gör. Selin EROYMAK**

Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,  
selineroymak@sdu.edu.tr, Isparta/Türkiye

**Arş. Gör. Dilruba İZGÜDEN**

Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,  
dilrubaizguden@sdu.edu.tr, Isparta/Türkiye

**ÖZ**

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında birçok reform gerçekleştirilmiştir. Bunların en güncel ve en yeni olanı ise şehir hastaneleri projeleridir. Sağlıkta dönüşüm programının üçüncü fazı olarak ortaya konulan şehir hastaneleri projelerinin hayata geçirilmesi ile süreç devam etmektedir. Türkiye için yeni bir proje olan şehir hastanelerinin kamu özel ortaklığı (KÖO) ile yapılması bu çalışmanın ana konusunu oluşturmaktadır. Çalışmada şehir hastanelerinin KÖO kapsamında ilgili hukuki, idari özellikleri ve finansman boyutları ortaya konularak incelenmiştir. Bu alanla ilgili sağlık sektöründeki çalışmaların yeterli olmadığı gözlemlenmiştir. Bu sebeple çalışma, “Şehir Hastanelerinin Kamu Özel Ortaklığı” bağlamında teorik olarak literatür taraması ve içerik analizi şeklinde kurgulanmıştır. Sonuç olarak, KÖO modeliyle şehir hastanelerinin kurulması, finansmanın tedarik edilmesi ve işletilmesi sağlanmıştır. Şehir hastaneleri projeleri ile Türk sağlık sistemi farklı bir boyut kazanmış ve yeni bir dönüşüm sürecine girmiştir. Özel sektörün dinamizmi kamu hastanelerine entegre edilerek, vatandaşlara daha iyi bir sağlık hizmeti sunmak için yeni bir yola çıkmıştır. Ancak şehir hastaneleri projeleri çeşitli yönleriyle de eleştiri almaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Şehir hastaneleri, Kamu Özel Ortaklığı, Sağlık Sektörü

**ABSTRACT**

In recent years, many reforms have been carried out in the healthcare sector in Turkey. The most up-to-date and latest of these are the City Hospitals Projects. The city hospitals project, which has been revealed as the third phase of the program of transformation in health, the process is continuing with of a brought to life. The city hospitals was built by public-private partnerships of a new project in Turkey, which is the main subject of this study. Within the scope of the study, the legal, administrative features and financing dimensions of the public partnerships of city hospitals were examined. It has been observed that working in the health sector related to this field is not sufficient. For this reason, the study was theoretically structured in the context of "Public Private Partnership of City Hospitals" in the form of literature review and content analysis. As a result, establishment of city hospitals, procurement and operation of financing were provided by public private partnership model. The city hospitals projects with the health system have gained a different dimension and entered a new transformation process. By integrating private sector dynamics into public institution hospitals, for citizens has emerged a new way to provide a better health service. However, city hospitals projects are criticized for their various aspects.

**Keywords:** City hospitals, Public Private Partnership, Health sector

<sup>1</sup> Bu makale 10-13 Nisan 2018 tarihleri arasında "International Paris Congress On Social Sciences-I" Kongresi'nde sunulmuş olan özet bildirinin genişletilmiş halidir

## 1. GİRİŞ

Günümüz toplumlarında 1980 sonrasında neo-liberal politikaların etkisiyle devletin kamu hizmetleri anlayış rolü birtakım değişikliklere uğramış, hizmet üreten ve işleten devlet anlayışından politika belirleyen ve düzenleyen devlet anlayışına doğru bir paradigma değişikliği yaşanmıştır. Devlet mekanizması, etkinlik ve verimlilik kriterleri kapsamında fiyat merkezli, bürokratik olmayan, piyasa ve müşteri odaklı şekilde yeniden kurgulanmıştır. Tüm dünyada etkili olan neo-liberal politikalar Özal dönemiyle birlikte başlamış, son yıllarda ise Türkiye’de kendini oldukça hissettirmiştir (Ökmen vd., 2004: 23-24). Bu bağlamda kamu hizmetlerinin yürütülmesinde ve yerine getirilmesinde devlet, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarını bir araya getiren; yeni kamu yönetim anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) yöntemini beraberinde getirmiştir.

KÖO, son dönemde yaygın bir şekilde çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülke tarafından kamu hizmetlerinin sunumu için benimsenen önemli modellerden biri olmuştur. Özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılarak uzmanlık, risk paylaşımı, yatırım yükü gibi konularda devletler için alternatif bir yöntem olarak nitelendirilen KÖO, uzun yıllardır çok sayıda sektör ve projede başvurulan bir geçmişe sahiptir. Böylece kamu hizmetinin örgütlenmesi, sunulması ve finansmanında esneklik sağlanmaya çalışılmaktadır.

Bu model, son yıllarda yaygın bir şekilde sağlık alanında da uygulanmaktadır. Neo-liberal politikaların etkisiyle devletin küçültülmesi gerekliliği anlayışı, kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve finansmanında etkili olmuş ve bu alanları dönüştürme sürecine girmiştir. Bu ekseninde kamu ve özel sektör birbirini dışlar yönden birbirini kucaklayan yöne doğru evrilmiştir. Özellikle 1980’den önce kamu ve özel sektör birbirinin zıttı ve ikamesi olarak görülürken, sonrasında KÖO ile birbirini tamamlayıcı olarak görülmüş ve devlete sistemin denetleyici görevi verilmiştir. Türkiye’de de son dönemlerde bu akım sağlık sektöründe şehir hastaneleri ya da entegre sağlık kampüsleri şeklinde kendini göstermektedir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında uygulamaya konulan şehir hastaneleri projeleri, hem örgütsel hem de finansal açısından kamu ve özel sektörün ortaklaşa yer aldığı bir modeldir. Şehir hastaneleri KÖO modeliyle finansmanı, kurulumu ve işletilmesi sağlanarak hayata geçirilmektedir. KÖO modeli ile hayat bulan ve bulacak olan şehir hastaneleri Türk sağlık sistemine yeni bir ivme kazandırmaktadır.

Bu bağlamda Türkiye’de yeni bir proje olan şehir hastanelerinin KÖO modeli ile yaptırılması bu çalışmanın ana konusunu oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında şehir hastanelerinin KÖO kapsamı ile ilgili hukuki, idari özellikler ve finansman boyutları ortaya konularak incelenmeye çalışılacaktır. Şehir hastaneleri güncel ve gündemde olan bir konu olduğu için bu konu ile ilgili çalışmaların yeterli olmadığı görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın ana amacı KÖO kapsamında şehir hastanelerini değerlendirerek bu konunun neler içerdiğine ışık tutmaktır. Bu sayede şehir hastanelerinin gerek hukuki alt yapısı, gerek işleyiş ve yönetim yapısı, gerekse bu modelin ne olduğu ile ilgili bilgiler edinilmiş olacaktır.

## 2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS-PPP)

Globalleşme süreci ile birlikte dünya genelinde kamusal hizmetler piyasalaştırılmaya başlanmıştır. Özelleştirmelerle başlayan süreç kamu ve özel sektör ortaklıkları ile yeni bir aşamaya geçmiştir (Şahin ve Uysal, 2012: 155). Dünya genelinde ekonomik, sosyal ve siyasal alandaki değişim, altyapı hizmetlerine de yansımış ve 1980 sonrasında Neo-liberal politikaların etkisiyle KÖO kullanımı tüm sektörlerde artmıştır.

KÖO, dünyada bilinen adıyla Public Private Partnership (PPP) devletin sunacağı mal ve hizmetlerin, yapım işlerinin bütçe yetersizliği nedeniyle ertelenmesini veya yapılamamasını önlemek amacıyla kullanılmaktadır. Modelin kullanılmasını temel neden yatırım finansmanının sağlanması olsa da kamu yatırımlarından kaynaklanan maliyetlerin azaltılması, özel sektörün konforunun kamu hizmetlerinde yaşatılması ve riskin etkin dağıtılması gibi faydaları da vardır. Özel sektör ise sahip olunan çeşitli imtiyazlarla yatırımın geri dönüşümünü garanti altına almaktadır (Uygun, 2013: 25). KÖO modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devlete finansman sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 27). KÖO modeli, bir hizmetin gerçekleşmesi amacıyla gerekli altyapı ve tesisin tasarımı, finansmanı, inşası ve işletilmesi ya da mevcut bir kamu yatırımının yenilenmesi, kiralanması, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektör katılımının sağlandığı yöntemlerin bütünleşmiş, kapsamın genişletilmiş, yasal ve kurumsal biçimi olarak tanımlanmaktadır (Güzelsarı, 2012: 30). Dünya Bankası’nın (World Bank, 2012: 11) tanımına göre KÖO, özel firma kuruluşunun büyük oranda risk ve yönetim sorumluluğu aldığı, kamu mal ve hizmetlerinin sağlanması için özel sektör ve devlet kurumları arasındaki uzun dönemli sözleşme olarak kabul edilmektedir. OECD’ye (2008: 12) göre KÖO, devlet ile bir veya daha

fazla ortağın, devletin hizmet sunum amacı ile özel sektörün kâr elde etme amacını uzlaştırarak, hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin de özel sektöre risk transferine bağlı olduğu bir anlaşmadır. Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere KÖO, devletin finansman yetersizliği gibi çeşitli nedenlerle tek başına sağlayamadığı veya ertelediği kamusal mal ve hizmetlerin özel sektörün katılımıyla hızlı ve etkin bir şekilde sunulması amacıyla geliştirilmiş uzun dönemli sözleşmeye dayalı bir model olarak görülmektedir.

KÖO'da devlet kamu hizmeti görevini tamamen özel sektöre devretmez, sadece bu görevin yerine getirilmesi sürecine özel işletmeleri de dâhil eder. KÖO'larda kamu hizmeti, sermaye, kâr ve zararı özel hukuk kişisine ait olmak üzere; uzun süreli bir idari sözleşme çerçevesinde özel hukuk tüzel kişilerince yerine getirilir. Kamu hizmetinin sorunsuz olarak sunulmasından esasen devlet sorumludur (Güneş, 2009: 59). Kamunun sunmak zorunda olduğu bir hizmetin ileri teknoloji gerektirmesi ve finansmanın da kısıtlı olması bu modelin temel özellikleri arasında sayılmaktadır. Bu modelin oldukça geniş bir uygulama alanı bulunmaktadır. Bunlar; köprü, tünel, baraj, sulama, içme ve kullanma suyu, arıtma tesisi, kanalizasyon, haberleşme, kültür ve turizm yatırımları, ticari bina ve tesisler, spor tesisleri, yurtlar, jeotermal ve atık ısıya dayalı tesisler ve ısıtma sistemleri, elektrik üretim dağıtım ve ticareti maden ve işletmeleri, fabrika ve benzeri tesisler, otoyol, trafiği yoğun karayolu demir yolu ve raylı sistemler, yer altı ve yer üstü otoparkı, sivil kullanıma uygun deniz ve havaalanları ve limanları, yük ve/veya yolcu yat limanları ile kompleksleri, sınır kapıları ve gümrük tesisleri, milli park (özel kanunu olan hariç), tabiat parkı ve benzeri yatırım ve hizmetlerin yaptırılması, işletilmesi ve devredilmesi konularındadır. Görüldüğü üzere KÖO modeli çeşitli sektörde oldukça geniş bir uygulama alanını içermektedir (Batirel, 2017: 4). Türkiye'de son yıllarda bu sektörler arasında sağlık sektörü de girmiştir. KÖO kavramı literatürde oldukça geniş bir alanda yer almaktadır. Burada bu konu üzerinde ayrıntılara girmeden daha çok bu çalışmanın temasına uygun olarak sağlık sektöründeki değişim ve dönüşümle birlikte gündeme gelen şehir hastaneleri konusu üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

### 3. ŞEHİR HASTANELERİ

Sağlık hizmetlerinde, 1980'lerin başlarından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli reform girişimlerinin olduğu görülmektedir. Artan yaşlı nüfus oranı ve sağlık teknolojilerindeki gelişmelerin kamu maliyesi üzerindeki baskıları bu reformların başlıca nedeni olarak gösterilmektedir. Çözüm olarak da kamunun sunduğu sağlık hizmetlerini, piyasa aktörleri ve bireyler ile paylaşması önerilmektedir. Sağlık hizmetlerinin piyasa temelinde yeniden kurgulanması reformların ana unsurunu oluşturmakta ve IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Bu yeni yapılanmada kamu, sağlık hizmeti sunmaktan çok sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen, kurallar koyan ve finansman sağlayan bir rol üstlenmektedir. Böylelikle tasarruf edeceği kaynaklarla koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verebilecektir (Günaydın, 2011: 323). Yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde devletlerin en büyük problemlerinden biri olan finansman konusuna bir takım modeller ile çözüm bulunması dünyada son otuz yılda yaygınlık kazanmıştır. Devletlerin kamu hizmet sunumunda etkili olması gereken hizmetlerden birini de sağlık sektörü olarak ifade etmek mümkündür. Bunun yanı sıra nüfusun çoğalması ve yaşlanması, hastalıkların artması, hareketsiz yaşam ve obezite gibi sorunlar, hizmet sunumunda maliyetlerin giderek artmasına sebep olmakta ve bu durum birçok devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamakta zorluk çekmesine neden olmaktadır. Bu sebepten ötürü de Türkiye'de uygulamaya konulan yeni oluşumlardan biri de KÖO modeli kapsamında hayat bulan şehir hastaneleri ya da entegre sağlık kampüsleridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın üçüncü fazı ya da üçüncü ayağı olarak ortaya konan şehir hastaneleri projeleri Türk sağlık sistemine yeni bir oluşum kazandırmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın güçler ayrılığı ilkesi ve planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmesi isteği ile şehir hastaneleri gündeme gelmiştir. Bunun dışında bu uygulamada Türkiye'de de 1980'lerden sonra uygulanan neo-liberal politikaların etkisinin ve diğer politik sebeplerin de olduğunu söylemek mümkündür.

KÖO üzerinde en son uygulamaya konulan proje Sağlık Bakanlığı'nın pek çok ilde gerçekleştirmeye başladığı entegre sağlık kampüsleri ya da şehir hastaneleridir. Bu projelerinin temel mantığı; projenin finansmanının dolayısıyla fiziksel ekipman, bakım, onarım ve yenileme işlerinin özel sektöre; sağlık hizmeti sunma ve proje alanındaki müşteri garantisinin ise devlet tarafından verilmesi üzerinden işlemektedir. KÖO kapsamında belirlenen şehirlerde entegre sağlık kampüslerinin yapımına özel sektörün katılımı sadece kampüslerin inşaatı ile sınırlı olmayıp, hekimlik hizmeti dışındaki otopark, kafeterya gibi birtakım alanların ticari işletme hakkını da kapsamaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı KÖO modelini hem finansman hem iş yapma modeli olarak bünyesine dâhil etme adına kurumsal ve operasyonel çaba gösteren ilk bakanlık olarak öne çıkmaktadır. (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 39).

KÖO modeli ile sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012: 27). Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) devredilmektedir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını bütçe dışı yollarla yıllık kira şeklinde ödemektedir (Karasu, 2011: 217). KÖO'da çeşitli modeller vardır. En fazla yap-devret, yap-işlet-devret ve yap-kirala-devret modelleri kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut durumda kullandığı model ise, yap-kirala-devret modelidir. Sağlık Bakanlığı yapılan şehir hastanelerini bu model ile hayata geçirmektedir.

Türk sağlık sektöründeki yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem örgütsel hem de finansal açısından KÖO yöntemini kullanma yolunu seçmiştir. Bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı yatak kapasitelerinde ve farklı fiziki boyutlarda toplam 30 sağlık kampüsü planlanmıştır (Akdağ, 2011: 43). Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte KÖO yöntemi kapsamında 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje üzerinde çalışılmıştır (Kerman vd, 2012: 15). Bu projeler şu şekilde sınıflandırılabilir. 2017 yılı içerisinde sırasıyla Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana illerinde yapılması planlanan şehir hastaneleri hizmete açılmıştır. 2018 yılı içerisinde Kayseri, Elazığ, Manisa, Eskişehir ve Ankara-Bilkent illerinde şehir hastaneleri ya da, entegre sağlık tesislerinin açılması planlanmaktadır. 2019 yılında Gaziantep, Konya, Bursa, Kütahya, Kocaeli, Ankara-Etlık illerinde, 2020 yılında ise, İstanbul-İkitelli, İzmir-Bayraklı ve Şanlıurfa illerindeki şehir hastanelerinin açılması planlanmaktadır. Bunların dışında da Sağlık Bakanlığı sonradan başka illerde şehir hastanesi yapılması için adımlar atarak toplamda şuan için 34 projenin yapılmasını hedeflemiştir.

Tablo 1: Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ile Yapımı Tamamlanan ve Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri

Şehir Hastanesi	Yatak Kapasitesi	Hizmete Açılma Yılı
Yozgat Şehir Hastanesi	475	2017 yılında açıldı
Isparta Şehir Hastanesi	755	
Mersin Şehir Hastanesi	1300	
Adana Şehir Hastanesi	1400	
Kayseri Şehir Hastanesi	1584	2018 yılında açılacak
Elazığ Şehir Hastanesi	1038	
Manisa Şehir Hastanesi	560	
Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	
Ankara-Bilkent Şehir Hastanesi	3660	
Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	2019 yılında açılacak
Konya Şehir Hastanesi	1250	
Bursa Şehir Hastanesi	1355	
Kütahya Şehir Hastanesi	600	
Kocaeli Şehir Hastanesi	1180	
Ankara-Etlık Şehir Hastanesi	3566	2020 yılında açılacak
İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2682	
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Bu projeler içerisinde en fazla yatak miktarına sahip projeler; Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü ile Ankara Etlık Entegre Sağlık Kampüsü'dür. Her bir proje için bir yapım dönemi, bir işletme dönemi ve bu iki dönemin toplamından oluşan bir sözleşme dönemi belirlenmiştir. Örneğin Adana Entegre Sağlık Kampüsü için, projenin yapım dönemi 3 yıl, işletme dönemi 25 yıl olmak üzere toplam sözleşme süresi 28 yıldır (Kerman vd, 2012: 15). Bu süre sonunda hastane Sağlık Bakanlığı'na iade edilecektir ya da sözleşme tekrar uzatılabilecektir.

### 3.1. Şehir Hastanelerinin Hukuki Boyutu

Sağlık sektöründe KÖO'nun uygulamasına ilişkin olarak atılan ilk adım, 2005 tarih ve 5396 sayılı yasa ile gerçekleşmiştir. 5396 sayılı yasa, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından değişiklikler getirmiştir. Bu yasal değişikliğin sonucunda 3/7/2006 tarihinde

Bakanlar Kurulu'nca 2006/10655 karar sayılı Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çıkartılmıştır (Karasu, 2011: 220-223). Bu yönetmeliğin içeriğine bakıldığında; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 7. maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından 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 yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığı'nca hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz 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.

Bu kanunla KÖO sağlık tesislerinin yapılmasında bir yöntem olarak kullanılması sağlanmaktadır. Buna göre özel sektörde yapılacak sağlık tesisleri bakanlıkça kiralanacaktır. Yap-kirala-devret olarak adlandırılan bu KÖO modeli ile ilgili uygulama yönetmeliği de Temmuz 2006'da yürürlüğe girmiştir. Bu çerçevede uygulanan somut projeler şehir hastaneleri olarak adlandırılmaktadır.

KÖO modelinin yasal olarak son halini alması 09/03/2013 tarihli resmi gazetede yayımlanmış olan 6428 sayılı Sağlık Bakanlığı'nca "Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile olmuştur. Bu kanunun amacı; ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel iş birliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, hazinenin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma-geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Bu kanun, Sağlık Bakanlığı'nın KÖO projeleri kapsamında uymakla yükümlü bulunduğu kanundur. Söz konusu modelle yapılacak olan 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 belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacaktır. Bu amaçla Maliye Bakanlığı'nca hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak üst hakkı tesis edilecek ve bu şekilde taşınmazlar devredilecektir. Projeyi yürütecek olan şirket belirlenen bir dönem yapım aşaması, bir dönem işletme aşaması olmak üzere hizmetin, ürünün veya yapım işlerinin sunulmasını temin etmektedir. Devlet ise şirkete bunun karşılığında uzun dönemlere yayılan bir ödeme planıyla kira ödemektedir. Bu proje kapsamında sunulan hizmetin devlet tarafından sunulduğu kabul edilmekte ancak işletme özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir (Uygun, 2013: 25). 2006 yılında 3.7.2006 tarih ve 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" (KÖO Yönetmeliği) çıkarılmıştır. KÖO modeline ilişkin bu yasada belirtilen işler şu şekildedir:

1. Kira bedelinin karşılığında sağlık tesisi yapımı,
2. Sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri,
3. Tıbbî destek hizmetlerinin sunumu,
4. Tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu,
5. Tıbbî hizmetler dışındaki alanların işletilmesi ve
6. Sağlık tesislerindeki tüm tıbbî ekipmanlar ile mefruşatın sağlanmasıdır.

Bu kanunlar KÖO kapsamında yap-kirala-devret modeliyle şehir hastanelerinin yasal alt yapılarını oluşturmaktadır. Bu yasalarla şehir hastaneleri koruma altına alınmıştır denilebilir. Bu süreçte sözleşme süreci boyunca sağlık tesisinin bakım ve onarımı özel sektöre ait olmakla birlikte sözleşme süreci bitince arsa ve üzerindeki tüm tesisler Sağlık Bakanlığı'na devredilecektir. Ayrıca söz konusu kanunlara göre yapılacak iş ve işlemler Kamu İhale Kanunu'na tabi olmayacaktır.

KÖO modelinde aşağıdaki şartlara göre işlemler gerçekleştirilmektedir (Tengilimoğlu, 2015: 229-230):

1. Maksimum sözleşme süresi 49 yıldır. Ancak bu sözleşmeler genelde yapım süreci ile en fazla 30 yıl olarak hayata geçmektedir.
2. Bakanlıkça ön proje ve temel şartname ekinde verilecektir.
3. Bedelsiz arsa tahsis edilecektir. Yani arsayı kamu verecektir.
4. Detay proje özel sektörde hazırlanacaktır.
5. İhaleyi kazanan sağlık tesisi inşaatını yapacaktır.

### 3.2. Şehir Hastanelerinin Yönetimsel Boyutu

Yukarıda da ifade edildiği gibi KÖO'nun yap-kirala-devret modeli ile kamunun belirli bir sözleşme karşılığında hazine arazisi üzerinde yüklenici firma tarafından yaptırılan sağlık tesislerini 25 yıllığına kiralaması ve ayrıca çekirdek sağlık hizmetlerinin dışındaki diğer destek hizmetlerin sunumunun da yüklenici firmaya terk edilmesinden oluşmaktadır. Karahanoğulları'na göre (2011: 143-146) bu şekilde idare, çekirdek hizmetlerin gerçekleştirilebilmesi sorumluluğunu üstlenirken; destek hizmetleri, kamu gözetim ve denetiminde karşılığı yıllık kira bedeli içinde olacak şekilde yüklenici firma tarafından yürütülecektir. Buna göre, çekirdek tıbbi hizmetler kamu tarafından görülecekken, tıbbi hizmetlere yardımcı nitelikte olan sterilizasyon, laboratuvar işlemleri, temizlik hizmetleri, tıbbi görüntüleme, bilgi ve veri işleme, personel ve sekreterlik hizmetleri, teknik destek hizmetleri ve otelcilik hizmetleri, otopark ve kafeterya işletimi yüklenici firma tarafından gerçekleştirilecektir. Bu kapsamda yüklenici firmanın yürüteceği işler aşağıdaki tabloda yer almaktadır;

Tablo 2: KÖO Kapsamında Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler

P1 HİZMETLERİ	P2 HİZMETLERİ
Bina ve Arazi Hizmetleri	Temizlik Hizmetleri, Güvenlik Hizmeti, Otopark Hizmetleri
Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmetleri	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri, Yemek Hizmetleri
Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri	Atık Yönetim Hizmetleri, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmeti	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmeti
Mefruşat Hizmeti	Hasta Yönlendirme ve Refakat / Resepsiyon / Yardım Masası / Taşıma Hizmetleri
Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmeti	İlaçlama Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Hastane içerisinde yüklenici firma P1 ve P2 hizmetleri toplamda 19 hizmeti yürütmekle görevlidir. Bunlar içerisinde görüntüleme, laboratuvar, atık yönetim, rehabilitasyon, çamaşır ve çamaşırhane, yemek ve sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri miktara bağlı olan hizmetler sınıfına girerken diğer hizmetler ise miktara bağlı olmayan hizmetler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bunların dışındaki hizmetler ise başhekimlik tarafından yürütülmektedir. Her iki taraf bu işleri kendi personeli ile yürütmektedir.

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında ise şehir hastanelerinden sorumlu Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu daireye bağlı yardım masası ve istatistik birimi, şehir hastaneleri destek hizmetleri takip ve koordinasyon birimi, tıbbi süreçler, takip ve koordinasyon birimi ve sözleşme yönetimi, kuruluş işlemleri ve hukuk birimi olmak üzere alt birimlerle birlikte şehir hastanelerinin takibi yapılmaktadır.

Çekirdek hizmetlerin yönetim ve sorumluluğu hastanenin başhekimliğinde olurken destek hizmetlerin yönetim ve sorumluluğu yüklenici firma tarafındandır. Bu durumda hastane içerisinde iki başlı bir yönetim olup herkes kendi yetki alanına giren konularda sorumluluklarını yerine getirmektedir. Bu durum bazen hastane içerisinde yönetimsel olarak çatışmalara sebebiyet verebilmektedir.

### 3.3. Şehir Hastanelerinin Finansman Boyutu

KÖO modeli ile sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012: 27). Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) devredilmektedir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını bütçe dışı yollarla, yıllık kira şeklinde ödemektedir (Karasu, 2011: 217).

6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 6.

maddesi ise şu şekildedir: “Yüklenici, sözleşme konusu işlerle ilgili gerekli tüm finansmanı sağlamakla yükümlüdür. Yüklenicinin bu kanun kapsamında gerçekleştireceği yapım işleri için tahsis edeceği öz kaynak oranı, yatırım dönemi süresince sözleşmede belirtilen dönemsel yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz.” Bu hüküm ile özel şirketin sahip olması gereken asgari seviyedeki öz kaynak miktarı ortaya konmuştur. Bu maddeye göre yüklenici firma hastanenin yapılması sürecindeki bütün finansal sorumlulukları üstlenerek yatırımı gerçekleştirip inşaatı biten hastaneyi içindeki bütün malzemelerle birlikte kullanıma hazır hale getirip sözleşme gereği Sağlık Bakanlığı’na belli bir ücret karşılığında kiralamaktadır. Bu kiralama süreci ödeme durumu hastanenin kullanım bedeli ve hizmet bedeli olmak üzere iki şekilde planlanmıştır. Yukarıda anlatılan P1 ve P2 hizmetlerle beraber hastanenin kira olarak kullanım bedeli yüklenici firmaya 25 yıl boyunca bakanlığa bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden veya merkezi bütçeden karşılanacaktır (Bkz. 6428 sayılı kanununun 5. Maddesi 5. Fıkra). Ayrıca şehir hastanelerinin bulunduğu sağlık kampüslerindeki ticari işletme alanlarından elde edilen gelirler yüklenici firmanın olacaktır.

Şehir hastanelerinin en tartışmalı alanını finansman konusu oluşturmaktadır. Çünkü bu hastanelerin yapım maliyetleri ve bunlar için ödenecek kira bedelleri tam anlamıyla açıklanamamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve yüklenici firma arasında imzalanan sözleşmeye üçüncü kişiler ulaşmamaktadır. Bu durum ise akıllara çeşitli soru işaretlerini getirmektedir. Ayrıca bu sürecin şeffaf olarak yönetilmediği de ileri sürülmektedir. Çeşitli illerde yapımı tamamlanmış ve diğer illerde de yapımı devam eden bu devasa şehir hastanelerinin uzun yıllar boyunca kiralanması söz konusu olduğu için getirisinin ve götürüsünün iyi hesaplanması gerekmektedir. Çünkü bu hastaneler milyon dolarlara yapılmakta ve bunun karşılığında firmalar belli kazançlar beklemektedir. Bu durumda kâr-zarar dengesinin iyi sağlanması gerekmektedir. Aksi halde toplam yapılacak hastaneleri düşündüğümüzde ülkenin bütçesine ilerleyen zamanlarda ağır baskılarının olacağı tahmin edilmektedir.

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

KÖO önceleri altyapı, ulaşım ve enerji alanlarında uygulanırken günümüzde eğitim ve özellikle sağlık alanında uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri kamununun sunmakla yükümlü olduğu hizmetlerin başında gelmektedir. Artan sağlık ihtiyacı ve kamu kaynaklarının yetersiz kalması nedeniyle kamu idarelerinin özel sektörle işbirliği yapması gündeme gelmiştir. Bu kapsamda Türk sağlık sisteminde KÖO yöntemiyle şehir hastaneleri hayata geçirilmiştir. Bu sayede KÖO modeliyle kamu idareleri kaynak kullanmadan hizmet sunacağı merkeze ve tıbbi malzemeye sahip olmaktadırlar. Özel sektör ise sözleşme ile kendini güvence altına almaktadır. KÖO yönteminin uygulanması ile özel sektörün elindeki finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması, risklerin karşılıklı paylaşılması, sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla yola çıkılarak şuanda Türkiye’de bazı illerde şehir hastaneleri modeli hayata geçirilerek hizmet vermeye başlamış ve yapılması planlanan diğer hastanelerin ise inşası devam etmektedir.

Kamu eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin belli bir zaman dilimine kadar, sözleşmeye bağlı olarak özel sektör temsilcileri tarafından bazı hizmetlerin yerine getirilmesi amacıyla uygulamaya konulan hastane modeli olarak nitelendirilen şehir hastaneleri, hukuki olarak bazı kanunlarla çerçeve içine alınmıştır. Ancak bu kanunların ve maddelerinin tartışmaya açık yönlerinin ve bazı yasal boşluklarının göz ardı edilmemesi gerekir. Diğer taraftan şehir hastanelerinin hastane içi yönetiminde hem kamu hem de yüklenici firma yer aldığı için aralarındaki sözleşme gereği çeşitli noktalarda yönetsel problemler ortaya çıkması muhtemeldir ve çeşitli sorunlar da çıktığı bilinmektedir. Sözleşmeye bağlı olarak yönetilen şehir hastaneleri bu sözleşmelerde ön görülmeyen fakat daha sonra uygulamalarda ortaya çıkacak konuların çözümünde yetersiz kalmasıyla kamu tarafının elini zorlaştıracığı aşikârdır. Bu durum ise hastane içi yönetiminde bazı durumlarda krizlere ve çatışmalara sebep olabilir. Yüklenici firma ise sözleşmenin dışına çıkmadan işlemlerini yürütmeye çalışacaktır. Aksi takdirde ek giderler karşılaştığı için karını düşüren uygulamaları ve istekleri doğal olarak kabul etmeyecektir. Bu yüzden her iki tarafında çıkarını korumayan sözleşmeler, hastane içi yönetsel sorunlara gebe olduğu ve olacağı ortadadır. Şehir hastanelerinin hem hukuki hem de yönetsel boyutlarının kapsamı ilerleyen zamanlarda daha netleşeceği öngörülmektedir.

Şehir hastaneleri modeli gündemde ve güncel olan bir konudur. Bu yüzden dikkatleri oldukça üzerine çekmektedir. Şehir hastaneleri modeli Türk sağlık sistemine yeni bir ivme kazandırmış ve yeni bir reform olarak nitelendirilmektedir. Her yeni sistemde olduğu gibi şehir hastaneleri reformunun da kendine göre avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar ve yazılar incelendiğinde daha çok dezavantaj yönleri ortaya çıkmakta ve birtakım eleştiriler almaktadır. Burada bu projelerin her iki yönünü de ele alarak temel argümanları ortaya konulacak olursa;

Şehir hastanelerinin avantajları şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Hastanelerin yeni olması sebebiyle fiziki görünüm ve ferahlık bakımından eski hastanelere göre oldukça iyi durumda olması,
2. Hastanelerde kullanılan araç ve gereçlerin teknolojik ve kaliteli olması,
3. Binanın yeni olması dolayısıyla hijyen koşullarının iyi olması,
4. Hasta odalarının oldukça konforlu ve en az yarısının tek kişilik olması, özetle otelcilik hizmetlerin iyi yürütülmesi şehir hastanelerinin başlıca avantajları arasına yer almaktadır.

Şehir hastanelerinin dezavantajları ise da şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Yatırımların uzun süreli kira sözleşmelerine tabi olması,
2. Hastanelerinin şehirlerin dışına yapılmasıyla ulaşım sorununun gündeme gelmesi,
3. Sözleşmelerde ve mevzuatta bazı boşlukların olması,
4. Yapılan hastanelerin yatırım ve kira maliyetlerinin açıklanmaması,
5. Hastanelerin çok büyük yatak kapasiteli yapılmasıyla verimlilik konusunda yaşanacak sıkıntılarla muhtemel atıl kapasitenin ortaya çıkması ve hastane içi ulaşımında yaşanacak zorlukların olması,
6. Uzun vadeli projeler olduğu için ne gibi sonuçlar getireceğinin kestirilememesi,
7. Hastane içerisinde P1 ve P2 hizmetlerin yürütülmesinde yüklenici firma ile sözleşmeye bağlı olarak başhekimlik arasında öngörülme konularında yönetsel problemlerin çıkması,
8. Hastanelerin yapılacağı yer seçiminde sorunlu noktaların seçilerek şehir planlamanın arka planda kalması,
9. Açılan şehir hastanelerinin yerine kapanan devlet hastanelerinin ne olacağı muamması gibi konular şehir hastanelerinin dezavantaj noktalarını oluşturmaktadır.

Yukarıda ifade edilen konular şehir hastanelerinin temel avantaj ve dezavantajlarını oluşturmaktadır. Bunların dışında teknik konularda ve daha başka alanlarda bu projelerin artıları ve eksileri mevcuttur. Bu noktada çalışmanın kapsamı dışına çıkmadan konunun başlangıçta ifade edilen noktalarına değinilmesine ve konunun teknik kısımlarının başka çalışmalara havale edilmesinde fayda vardır. Bu çalışmada şehir hastanelerinin idari, hukuki ve finansal açıdan genel çerçevesi çizilerek bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Özellikle ileride yapılacak çalışmalarda, şehir hastanelerinin yatırım ve kira bedellerinin ele alınarak konunun irdelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sayede şehir hastanelerinin devlete maliyeti konusunda daha net fikirlere sahip olunabilecektir. Bununla birlikte devletin bu projeler ile ilgili gelecekteki kâr-zarar durumu hakkında fikir edinilebilecektir. Ancak mevcut durum göz önüne alınarak yapılacak kısa bir değerlendirmeye göre; en az 28 yıllığına hastaneleri işletecek olan yüklenici firmalara %70 doluluk oranı ve hazine garantisi verilmesinde özel sektörün bu projelerden oldukça kazançlı çıkacakları düşünülmektedir. Diğer taraftan şehir hastanelerinin sözleşmeleriyle birlikte maliyet ve kira bedellerinin üçüncü kişilerle paylaşılmaması kamunun şeffaflık olgusuna dair akıllara çeşitli soru işaretlerini getirmektedir.

## KAYNAKÇA

- Acartürk, E. & Keskin, S. (2012). "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.17, S.3, s.25-51.
- Akdağ, R. (2011). Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, [http://rapor.saglik.gov.tr/SHGM/shgm\\_yatirim.pdf](http://rapor.saglik.gov.tr/SHGM/shgm_yatirim.pdf) (09.02.2018).
- Batırel, Ö. F. (2017). "Kamu Altyapı Yatırımlarında Altyapı ve Kamu-Özel Ortaklığı" Journal of Life Economics, 4(2), 1-8.
- Günaydın, D. (2011). "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", Sosyal Siyaset Konferansları, S. 60, 2011/1, s.323-365.
- Güneş, A. M. (2009). "Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem Kamu Özel Ortaklığı", Güncel Hukuk, Şubat, 2-62.
- Güzelsarı, S. (2012). "Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma Ve Kamu-Özel Ortaklıkları", Amme İdaresi Dergisi, 45(3), 29-57.
- Karahanoğulları, O. (2011). "Eksik İmtiyaz (Kamu - Özel Ortaklığı)" Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 Mayıs 2011, s.128- 163.
- Karasu, K. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, C. 66, N. 3, s. 217-262.

Kerman, U.; Altan, Y.; Aktel, M. & EKE, E. (2012). “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3).

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, (2008), “Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money”, s. 12.

Ökmen, M.; Yılmaz, A. & Baştan, S. (2004). “Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Bir Yönetişim Faktörü Olarak Yerel Yönetimler”, (Ed. M.Ökmen & A.Yılmaz), Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetimi, ss.23-80, Gazi Kitapevi, Ankara.

Şahin, M. & Uysal, Ö. (2012). “Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme”, Maliye Dergisi, 162, 155-174.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, <https://khgm.saglik.gov.tr/DB/37/>.

Tengilimoğlu, D.; Işık, O. & Akbolat, M. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Uygun, B. (2013). “Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı”, Hukuk Gündemi, 2013/2, s.24-27. [www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2013-2/6.pdf](http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2013-2/6.pdf).

Yılmaz, F. Y. & Karakaş, D. G. (2011). “Devlet / Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 Mayıs 2011, s.29-83.

World Bank, (2012), “Public- Private Partnership Reference Guide Version 1.0”, International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or The World Bank, Washington DC, s.11.