ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2018; 4(1): 109 -121(Derleme makale)

HJHJH

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN
Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
eayhan@gazi.edu.tr

Ergün ÖNDER
Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
ergun.onder@gazi.edu.tr
Makale gönderim-kabul tarihi (14.03.2018-15.04.2018)

Özet
Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Türkiye'de bu hizmet, yalnızca devlet eliyle verilebileceği gibi liberalleşme politikalarının devamı niteliğinde ortaya çıkan özelleşmelerle kamu-özel ortaklığı şeklinde de verilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda, daha önce yalnızca kamu sektörünün sunduğu mal ve hizmetler, özelleştirme ve çeşitli yöntemlerle özel sektör veya kamu özel sektör işbirliğiyle de verilebilmektedir.

Bu çalışmada Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı modelinin, bu model ile yapılan entegre sağlık kampüslerinin ve bu projenin özellikle mevzuat boyutunun altı çizilecektir. Bu çalışmada mülakat yoluyla bu modelin avantajları ve dezavantajları belirlenmeye çalışılmış, uygulama sırasında ortaya çıkabilecek çeşitli problemler ve çözüm önerilerine yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Özelleşme, Kamu-Özel Ortaklığı

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN THE HEALTH SECTOR IN TURKEY

Abstract
Healthcare is a public service. In Turkey, these services can be submitted by the government and also with the privatizations emerging as the continuation of liberalization policies in the form of public private partnership. In this context, goods and services previously offered only by the public sector can be given through privatization and various methods in private or public private sector cooperation.

In this study, the public private partnership model in Turkey, the integrated health campuses built with this model and the legislative dimension of this project will be underlined. In this study, the advantages and disadvantages of this model were tried to be determined through interviews, various problems that might arise during the application and suggestions for solution were given.

Keywords: Health, Privatization, Public Private Partnership

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

GİRİŞ

20. yüzyılın son çeyreğinde küresel dünya ekonomisi, hem uluslararası hem de ulusal düzeyde ekonomik anlayışta bir değişim yaşamaya başlamıştır. Bu değişiklikler, liberalleşme ve özelleştirme olmuştur. Sonuç olarak, kamu sektörü ciddi dönüşümlere maruz kalmıştır. Bu dönüşümün tezahürlerinden biri, özel sektörün normlarının kamu sektörü örgütleriyle bütünleşmesidir. Diğeri ise, her ikisinin de özünde olan özelleştirmedir.

1980'lerde özelleştirme araçları oldukça yayılmış, başka bir deyişle, özelleştirme, hem demokrasiyi hem de verimliliği garanti altına alacağı savunulduğundan oldukça önemli hale gelmiştir. Bu bağlamda, iktisadi devlet teşekküllerinin özelleştirilmesi, mal ve hizmet alımları gibi farklı özelleştirme biçimleri ön plana çıkmıştır.

1990'lı yılların başından itibaren bu politikalar, devletin piyasadan çekilmesinin olumsuz dışsallıklar yaratmış ve bu başarısızlıklara cevap vermek için düzenleyici devlet fikri gündeme gelmiştir. Öte yandan tek başına devlet verimsiz kabul edilmiştir. Bu nedenle, kamu sektörünün yatırımlar için gerekli olan kaynaklardan (mali boyut) yoksun olduğu ve aynı zamanda verimlilikten mahrum olduğu görüşü ortaya atılırken, özel sektörün yalnızca sosyal dışsallıklara yol açtığı iddia edilmektedir (Balyemez, 2017). Verimliliği, kaliteyi, finansal desteği, hakkaniyeti, adil fiyatlandırmayı garanti altına almak için, yeni hizmet sunum biçimlerine ihtiyaç vardır. Bu yeni kamu hizmeti sunum biçimi, kamu-özel ortaklığı olarak adlandırılmaktadır.

Bu bağlamda, bu çalışmada ilk bölümde bu kavram açıklanacak, ikinci bölümde, bu kavram çerçevesinde ortaya çıkan entegre sağlık kampüsleri ve devamında hazine garantisine dair bilgiler verilecektir. Ayrıca mülakat yoluyla projelerin verimliliği dezavantajları ve uygulamada ortaya çıkabilecek ve ya çıkmış çeşitli problemlere değinilecektir.

1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ve Kapsamı

Bir kamu özel ortaklığı, isminden de anlaşılacağı üzere kamu ve özel şirketler arasında bir ortaklıktır. Ortaklık, çeşitli düzenlemelerle her iki taraf için farklı seviyelerde katılım sağlayabilir. Kamu ve özel sektör arasında bir ortaklık kurmanın temeli, karşılıklı ihtiyaç ve faydadır (Grimsey & Lewis, 2007).

Kamu özel ortaklığı, "geleneksel olarak hükümet tarafından yapılan alt ve üst yapı hizmetlerini (yol, hastane, cezaevi, okul vs.) özel sektörün işbirliği ile yapmasıdır" şeklinde de tanımlanabilir (OECD, 2012).

Görüldüğü üzere kamu ve özel şirketler kamu alanındaki çok farklı hizmet alanlarında ortak projeler yürütebilmektedir. Kamu özel sektörü işbirliği projelerinde özel sektörün katılımı projenin türüne ve yapılan sözleşmedeki detaylara göre değişebilmektedir (Chen ve Fang, 2011).

1.1. Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi

1980'li yıllarda benimsenen özel sektör ağırlıklı kalkınma modelinin bir sonucu olarak, sanayi yatırımları kademeli olarak azalmış ve merkezi yatırım bütçesinde altyapı yatırımları ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda, son yıllarda büyük ölçekli olarak adlandırılabilecek ulaşım, sulama ve enerji

sektörlerinde altyapı projeleri kamu yatırımlarının büyük bir bölümünü meydana getirmiştir. Bu şekilde, son yıllarda özellikle kamu finansmanında alternatif kamu kaynaklarına ek olarak, Kamu Özel Ortaklığı modellerini de içermek üzere, Türkiye'deki altyapı yatırımlarının artan ihtiyacını yerine getirmek adına kullanılmaya başlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

1.2. Kamu Özel Ortaklığının Motivasyonu

Kamu Özel Ortaklığı, sadece kamu sektörü tarafından düzenlenirken, özel sektör tarafından sağlanan hizmetler olarak, çeşitli sebeplerle gerçekleştirilmektedir (Grimsey & Lewis, 2007). Bunlardan ilki yatırım maliyetleridir.

Bir KÖO projesinin en önemli nedeni, kamu sektörü için projenin mali yüküdür. Kamu sektörü, sağlık ve ya altyapı gibi varlık maliyetlerinin yüksek olduğu hizmetleri sağlamaktan sorumludur. Bing ve diğ. (2005), bu projelerin ilk kez Birleşik Krallık' ta, ek yatırım fırsatları için bütçenin tahsis edilmesi nedeniyle kullanıldığını belirtmiştir. Ayrıca, Grimsey ve Lewis (2007), KÖO ödemelerinin "bilanço dışı" statüsünü tartışmış ve bu durum muhasebe açısından gerçek dışı bir durum ortaya koymuştur. KÖO sözleşmeleri ile tüm finansal yükümlülüklerin özel sektöre devredildiği anlaşılabilir. Ancak, kamu ve / veya kamu yönetimi, özel sektöre yatırım ve işletme maliyetlerini eninde sonunda ödemektedir.

Bir başka motivasyon ise risk transferidir. Risk aktarımı ilkesi, uzman kişilere sorumluluk vererek riski azaltmasıdır. Kamu sektörünün, müşteri, işletmeci ve düzenleyici olarak aynı zamanda, gerekli uzmanlık ve verimlilik motivasyonu ile herşeyi aynı anda ele alması mümkün olmamaktadır. Özel sektörde risk transferi esas olarak, şirketlerin, çalışanlarının algılanan uzmanlıkları tarafından yönetilir; çünkü bunlar günlük faaliyetlere ve tasarım, inşaat, işletme, finansman ve bakım sorumluluğuna dâhil olurlar. Bu bağlamda uzmanlık bir diğer motivasyon olmuştur (Teker, 2008).

1.3. Kamu Özel Ortaklığının Modelleri

Kamu özel ortaklığı modeli, kendi kendini finanse eden bir model olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde öne çıkan kamu özel ortaklığı finansman modelleri listelenmiştir(Sönmez, 2016)

- **Yap-İşlet:** Yap İşlet modelinin Yap İşlet Devret modelinden ayırılma sebebi, Yap İşlet modelinde özel hukuk kişisinin finansman sağlayarak üretim yaptığı tesisin sahiplik haklarının yatırımı meydana getiren özel müteşebbise ait olmasıdır.
- **Yap-Kirala-İşlet-Devret:** Kamu ile özel sektör bağlamında yapılan bir sözleşme uyarınca, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli durumlarda dizayn edildiği, bir süre için devlete kiralandığı, kiralanan yapı üstündeki çeşitli mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmi ya da tamamen yapımcı eliyle işletilebildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi bitiminde sözleşmede düzenlenmesi halinde kamuya geçtiği yapıdır.
- **Yap-Sahip ol-İşlet**: Bu modelde, yüklenici kamu mülkiyetini kamuya aktarmadan bir tesis kurar ve işletir. Tesisin yasal başlığı özel sektöre ait ve kamusal alanın tesisi satın alması veya unvan alması için herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bir sistem, tüm İç Vergi Usul Kanunu şartları yerine getirildiğinde vergiden muaf statüye hizmet sözleşmesi olarak kalabilmektedir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

1.4. Kamu Özel Ortaklığının Avantajları ve Dezavantajları

Kamu kaynaklarının kısıtlılığı nedeniyle yapılan büyük ve teknik detay gerektiren kamu projelerinde özel sektörle ortak projeler gerçekleştirilmektedir. Aşağıda bu metodun potansiyel faydalarına yer verilmiştir (Çevrimiçi, https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives):

- KÖO'ları, gelişmiş operasyonel verimlilikle daha iyi kamu hizmetleri sunmada, özel sektör teknolojisini ve inovasyonu tanıtmanın bir yolu olarak keşfetmeyi sağlamaktadır.
- Özel sektörün projeleri zamanında ve bütçe dahilinde teslim etmek için teşvik edilmesini sağlamaktadır.
- Zaman içinde altyapı projelerinin mevcut ve gelecekteki maliyetlerini belirleyerek bütçe kısıtlarını belirlemektedir.
- KÖO'ları, büyük uluslararası firmalarla ortak girişimler yoluyla yerel özel sektör yeteneklerini geliştirmenin bir yolu olarak kullanmanın yanı sıra inşaat işleri, elektrik işleri, tesis yönetimi, güvenlik hizmetleri, temizlik hizmetleri, bakım hizmetleri gibi alanlarda yerel firmalar için taşeronluk fırsatları sunmaktadır.
- KÖO'ları, devlete ait işletmeleri ve hükümeti kademeli olarak özel sektör katılımı düzeylerine (özellikle yabancı) maruz bırakmakta ve bu projeleri kendi operasyonlarını profesyonelce yürütecek şekilde yapılandırmaktadır.
- Altyapıyı kolaylaştırıcı altyapı temeli açısından ülkeyi daha rekabetçi hale getirerek ve altyapı geliştirme (inşaat, ekipman, destek hizmetleri gibi) ile ilgili iş ve endüstriye destek vererek ekonomide kalıcılık yaratmayı sağlamaktadır.
- Altyapı geliştirme için artan talebi karşılamak için sınırlı kamu sektörü kapasitelerinin desteklenmesini kolaylaştırmaktadır.
- Tasarım / inşaattan işletme / bakım aşamasına kadar, projenin ömrü boyunca özel sektöre uygun risk transferi yoluyla uzun vadeli paranın çıkarılması sağlanmaktadır.

Kamu Özel Ortaklıkları ile ilişkili bir dizi potansiyel risk şunlardır (Çevrimiçi, https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives):

- KÖO projelerinde kalkınma, ihale ve devam eden maliyetlerin, geleneksel hükümet ihale süreçlerinden daha büyük olması muhtemeldir. Bu nedenle hükümet, daha büyük maliyetlerin haklı olup olmadığını belirlemelidir.
- Özel sektör finansmanı kolaylaştırabilirken, finans sadece proje şirketinin işletme nakit akışının yatırım getirisini sağlaması beklenen durumlarda mevcut olacaktır.
- Bazı projeler diğerlerine göre politik ve sosyal olarak daha zorlayıcı olabilir. Özellikle eğer özel sektöre aktarılmasından korkan mevcut bir kamu sektörü işgücünün bulunması halinde, projenin hayata geçirilebilmesi için önemli bir tarife artışları gerekiyorsa, bu durum zorlaşabilmektedir.
- Özel şirketler (ve borç verenler), mevcut varlıkların döviz kuru riski gibi riskleri taşıyorlarsa hizmet bedeli bunu yansıtacaktır.
- Özel sektör, ne yapması gerektiğini ve bundan daha fazlasını yapmayacaktır. Bu nedenle teşvikler ve performans gereklilikleri sözleşmede açıkça belirtilmelidir.
- Bu projelerin uzun vadeli niteliği ve ilgili karmaşıklık göz önünde bulundurulduğunda, proje geliştirme ve olaylar sırasında olası tüm beklenmedik durumları tespit etmek zordur ve sözleşme sırasında taraflarca veya belgelerde beklenmeyen sorunlar ortaya çıkabilir. Tarafların, bu durumları karşılamak için sözleşmeyi yeniden müzakere etmeleri gerekenden daha

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

muhtemel değildir. Bazı projelerin, projenin öngörülen süresinden önce, hükümet politikasındaki değişiklikler, özel işletmeci veya hükümetin yükümlülüklerini yerine getirmemesi veya gerçekten de yükümlülüklerini yerine getirmesi gibi nedenlerden dolayı başarısız olabilir veya sonlandırılabilir.

1.5. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı

Sağlık sektöründe teknolojideki gelişmeler, yaşlanan nüfus, demografik nedenler, hastalıkların mevcut tedaviye uyumu ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi sebepler sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Kamu Özel Ortaklıkları, özel sektörü bu sorunların üstesinden gelmek için yaygın olarak kullanan bir yöntemdir. Türkiye'de "Sağlık Sektöründe Geçiş" kavramı kapsamında, özel sektör yatırımcısını sağlık sektörüne yatırım yapmaya teşvik etmek amacıyla 2007 yılında KÖO departmanı kurulmuştur. KÖO modelinde risk, devlet ve özel yatırımcı arasında paylaşılır ve hastalara doğrudan verilen hizmet devlet tarafından verilir. Ekipman tedariki, malzeme vb. gibi diğer işlemler özel yatırımcının sorumluluğundadır. Sağlık hizmeti KÖO'larının, halkın dikkatini sosyal refah projelerine yönlendiren bir mekanizma olarak görülebileceği belirtilmelidir (Öge ve Baş, 2016).
Bu bağlamda aşağıda bu kapsamda sözleşmesi tamamlanan projeler ve kapasiteleri yer almaktadır.

Tablo 1. Sözleşmesi Tamamlanan Projeler ve Kapasiteleri

Hastane	Kapasite	Hastane	Kapasite
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3660 Yatak	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060 Yatak
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3566 Yatak	Isparta Şehir Hastanesi	755 Yatak
Kayseri Şehir Hastanesi	1584 Yatak	Kocaeli Şehir Hastanesi	1180 Yatak
İstanbul İkitelli (Başakşehir) Şehir Hastanesi	2682 Yatak	Konya Şehir Hastanesi	1250 Yatak
Yozgat Şehir Hastanesi	475 Yatak	*FTR & YGAP & PH Paketi	2400 Yatak
Adana Şehir Hastanesi	1550 Yatak	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081 Yatak
Elazığ Şehir Hastanesi	1040 Yatak	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480 Yatak
Gaziantep Şehir Hastanesi	1875 Yatak	Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700 Yatak
Manisa Şehir Hastanesi	560 Yatak	Kütahya Şehir Hastanesi	600 Yatak
Mersin Şehir Hastanesi	1250 Yatak	Bursa Şehir Hastanesi	1355 Yatak

Kaynak: http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.aspx

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

*Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri dağılımı aşağıda listelenmiştir.

Tablo 2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri Dağılımı

İller		FTR	Psikiyatri	YGAP
1	Afyon	150		
2	Diyarbakır	150	200	100
3	Erzurum	150		100
4	İstanbul-Bakırköy		400	200
5	Malatya	150		
6	Samsun	150		100
7	Trabzon			100
8	Van	150	200	100
Toplam		**900**	**800**	**700**
Genel Toplam			**2400**	

Kaynak: http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/ArtMID/1034/ArticleID/58/FTR-Psikiyatri-ve-Y252ksek-G252venlikli-Adli-Psikiyatri-Hastaneleri.aspx

2. Türkiye'de Entegre Sağlık Kampüsleri ve Kamu Özel Ortaklığı

2.1. Entegre Sağlık Kampüslerine Geçiş Süreci

20. Yüzyılın son çeyreğinde, devlet idaresi bakış açısında önemli değişmeler meydana gelmiş, yönetim hiyerarşisi ve bürokraside önemli gelişmeler yaşanmış, bahsedilen periyottaki iktisadi ve toplumsal şartların da tesiriyle esnek ve piyasa merkezli bir doğrultuda evrilmiştir. Bu anlamda, kamu hizmetlerinde, geleneksel yapıdan ayrışarak fiyat ve müşteriye konsantre olan bir sistem olmuş ve servis arzında verimlilik faktörü önemsenmeye başlanmıştır.

Bu dönemde, özellikle İngiltere'den başlayarak tüm Avrupa ve Dünya'da bir özelleşme süreci başlamıştır. Bahsedildiği üzere, özelleştirme bağlamında sağlık iş kolunda da çeşitli değişimler yaşanmış ve Kamu Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde bu sektör de yatırımcıların ilgisine açılmıştır. Özelleştirme liderlerinden İngiltere'de sağlık özelinde bu gelişimler 1993 yılından itibaren olmuş ve 2012 yılına dek 70 milyar pound hastane yatırımı gerçekleşmiştir (Benli vd. 2014:210).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin etkili ve özelleşme çerçevesinde verilmesinde ana araç ise kamu özel işbirlikleri olmuştur (Kerman vd. 2012:2-3). Türkiye'de bu projeler 5396 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 7 ve bu maddeye dayalı "Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" ile düzenlenmektedir (Benli vd. 2014:210). Bu bağlamda, sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeline dair ilk adım olan bu düzenlemelerde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda hizmet arzı, nasıl verildiği ve mali durumu bakımından değişikliklere yer verilmiştir (Karasu, 2011: 220-223).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

2.2. Entegre Sağlık Kampüslerinin Yapılmasında Yap Kirala Devret (YKD) Modelinin Genel Yapısı ve Özellikleri

1980'den sonra, özelleştirme ve de-regülasyon gibi neo-liberal politikaların uygulanmasıyla, devletin hem işlevleri hem de örgütsel yapısı yeniden belirlenmiştir. Önemli ölçüde piyasadan temine dayalı alternatif yöntemlerin, bu dönemde kamu hizmetlerinin sunulmasında geleneksel yöntemlerin yerine geçtiği görülmüştür. Farklı yollarla kurulan ve en geniş anlamda Kamu-Özel Ortaklıkları (KÖO) olarak adlandırılan ortaklık modelleri de alternatif yöntemler arasında kabul edilmektedir (Flinders, 2005: 218).

Türkiye'nin YKD (Yap Kirala Devret) modeliyle ilk deneyimi sağlık hizmetleri projeleri kapsamındaydı. Bu projeleri yaklaşık 30 yıllık bir süre içinde yürütecek bir yasal çerçeve oluşturma politika yapıcıların ilk önceliği olmuştur. Sağlık sektöründe YKD modelini tanıtmaya yönelik ilk yasal adımlar, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetleri İnşaatına İlişkin YKD Yönetmeliği ile birlikte 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun Ek 7 Maddesi'nin eklenmesiyle 2005-2006'da atılmıştır (Çevrimiçi, http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359).

Sağlık alanındaki YKD projelerine yönelik ilk yasal girişimler 2005 yılında yapılmış olsa da, ilk ihalenin başlatıldığı 2010 yılına kadar tam olarak tasarlanmış değildi. Bu beş yıl zarfında yasal çerçevedeki çalışmalar devam etmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından Tesislerin İnşası, Tadilatı ve İşletilmesi Hakkında Kanunun KÖO Modeli ile sonuçlanmıştır. Bu yasa, 2013 yılında sağlık hizmetleri ile ilgili yasal dayanakların belirlenmesi için özel olarak oluşturulmuştur. YKD Yasası, 2010 yılında YKD projelerinin fiili lansmanı sırasında yaşadığı yasama gerekliliklerine, bazı YKD'nin ihale aşamalarına karşı başlatılan bir dizi davaya hitap etmektedir. Projeler, özellikle bu projelerin bankacılığın düzeyini artırma zorunluluğu ile ilgili olmuştur. YKD Yasası, Türkiye'de genel olarak KÖO ile ilgili diğer mevzuatlara kıyasla daha genel bir referans olduğu için, borç verenlerin haklarını ve yönetimin devralınması için bir anlaşmaya varma yetenekleri bakımından benzersizdir (Özeke, 2016).

KÖO projeleri ile Türk sağlık sistemine giren entegre sağlık kampüsü ve şehir hastaneleri yeni organizasyon yapılarıdır. Sağlık hizmetlerinde çeşitli dal / ihtisas hastanelerinden oluşan büyük ölçekli entegre organizasyon yapıları hedeflenmiştir.

Bu modelin kamu mali tabloları açsından iki önemli üstünlüğü bulunmaktadır. Bunlar; borç stoku rakamlarında azalma ve faiz giderleri kaleminden klasik modele oranla daha düşük ödeme gerçekleştirilmesidir. (Bülbül, 2017).

Türkiye'de genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerince KÖO modeli çerçevesinde yaptırılan yatırım ve hizmetlerin muhasebe işlemleri Maliye Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün 45 Sıra No.lu Genel Tebliği ile düzenlenmektedir. Bu Tebliğ'de; sağlık alanında ESK'larda uygulanan Yap-Kirala-Devret Modeli şu şekilde açıklanmıştır:

"İlgili mevzuatı çerçevesinde kamu hizmeti sunmak amacıyla ihtiyaç duyulan yapım işlerinin İşletmeci/Görevli Şirket/Yüklenici tarafından finanse edilerek yapılmasını, sözleşme süresi ile sınırlı olarak belirlenen bedel üzerinden idareye kiralanmasını, sözleşmede belirlenen bedel karşılığından yüklenici tarafından diğer hizmetlerin yerine getirilmesini ve süre bitiminde varlığın idareye

devredilmesini içeren model" olarak tanımlanarak YKD çerçevesinde imzalanan sözleşmelerin, Genel Yönetim Muhasebe Yönetmeliği'nin 25. maddesinde belirlenen finansal kiralamayla ilgili muhasebe standartları çerçevesinde ilgili hesaplara kaydedileceği hükme bağlanmıştır.

Bu tebliğ' in 4. Maddesi'ne göre KÖO modeline ilişkin sözleşmelerin muhasebe esasları belirlenmiştir;

1. İlgili mevzuatı çerçevesinde imzalanan kamu özel ortaklığı sözleşmelerinde yer alan yapım işlerine ilişkin girişilen taahhütler, gerçekleşmeler, güncellemeler, edinilen varlıklar ile üstlenilen yükümlülükler ve kamu hizmetinin sunumuna ilişkin işlemler Yönetmelik hükümlerine göre muhasebeleştirilir.

2. Yap-işlet-devret modeli çerçevesinde imzalanan sözleşmeler, Yönetmeliğin 24 üncü maddesine göre hizmet imtiyaz sözleşmeleri olarak değerlendirilir ve edinilen varlıklar hizmet imtiyaz varlıkları ile ilgili muhasebe standartları çerçevesinde belirlenen hesaplara kaydedilir.

3. İşletme hakkının devri sözleşmelerine konu maddi duran varlıklar, işletme süresinin başlangıcında kayıtlı oldukları hesaplardan çıkarılarak hizmet imtiyaz varlığı olarak muhasebe kayıtlarına alınır.

4. Yap-kirala-devret modeli çerçevesinde imzalanan sözleşmeler, Yönetmeliğin 25 inci maddesinde belirlenen finansal kiralamayla ilgili muhasebe standartları çerçevesinde ilgili hesaplara kaydedilir.

5. Sözleşmelerde belirlenen talep ve alım garantilerinin ilgili kamu idaresince ödenmesi tahmin edilen hesaplanmış tutarları, hizmet imtiyaz varlığının işletmeye alındığı yıldan itibaren nazım hesaplarda izlenir. Hizmet imtiyaz varlıklarının işletmeye alındığı ilk yılın sonunda o yıla ilişkin gerçekleşmeler de dikkate alınarak sonraki dönemlerde ödenmesi tahmin edilen tutarlara ilişkin bir hesaplama yapılır ve nazım hesaplara kaydedilir. İşletme süresince her yılın sonunda bu hesaplamalar kalan süre için gözden geçirilerek düzeltilir. İlgili kamu idarelerince, sonraki dönemlerde ödenmesi tahmin edilen garanti tutarlarına ilişkin olarak yıl içerisinde yeniden tahmin yapılmasını gerektirecek derecede koşullarda önemli değişiklikler oluşur ise yılsonu beklenmeksizin garanti tutarları güncellenebilir. Garantilere ve katkı paylarına ilişkin ödeme yükümlülüğü doğması halinde bu tutarlar bütçe giderleri ile ilişkilendirilerek muhasebeleştirilir.

6. İlgili mevzuatına uygun olarak sözleşmelerde belirlenen şartlar çerçevesinde taahhüt edilen borç üstlenimleri, bunlardan yapılan kullanımlar ve anapara geri ödemeleri nazım hesaplarda izlenir.

7. Yap-İşlet modeli çerçevesinde yaptırılan varlıkların işletme süresi sonunda idareye devri öngörülmediğinden sadece taahhüt ve garantiler bu Tebliğ kapsamında izlenir.

Yine aynı Tebliğ'de bu sözleşme türüne ait işlemlerin muhasebe kayıtları aşağıdaki şekilde tarif edilmiştir:
Yapımı tamamlanan ve idare tarafından kabulü yapılan kiralamaya konu maddi duran varlığın gerçeğe uygun değeri ile kira ödemelerinin bugünkü değeri karşılaştırılır ve düşük olan değer üzerinden muhasebeleştirilir. Kiralamaya konu maddi duran varlık, yukarıda açıklanan yönteme göre belirlenen değer üzerinden 252-Binalar Hesabına, toplam kira tutarı ile maddi duran varlığın kayıtlı tutarı arasındaki borçlanma maliyetlerine ilişkin farkın içinde bulunulan faaliyet döneminin sonraki aylarına ilişkin kısmı 308-Ertelenmiş Finansal Kiralama Borçlanma Maliyetleri Hesabına, içinde bulunulan faaliyet dönemini takip eden dönemlere ait kısmı 408-Ertelenmiş Finansal Kiralama Borçlanma

Maliyetleri Hesabına borç; vadesi bir yılı aşmayan kira tutarları 307- Finansal Kiralama İşlemlerinden Borçlar Hesabına, sonraki yıllara ait kısmı 407- Finansal Kiralama İşlemlerinden Borçlar Hesabına alacak kaydedilir. Ayrıca, ödenecek bedelin içerisinde taşınırlarında yer alması halinde taşınırlar belirlenen bedel üzerinden ilgili varlık hesabına kaydedilerek birinci fıkraya göre belirlenen değerden düşülür, kalan tutar ilgili taşınmaz hesabına kaydedilir.

2.3. Hazine Garantisi

KÖO için hazine garantisi de 3996 ve 4283 sayılı kanunlarda olduğu görülmektedir (Pehlivan, 2009: 13). Öte yandan konuya dair mevzuatlar şu şekilde listelenmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012:43);

1. 576 sayılı ve 10.06.1910 tarihli Menafi-i Umumiye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki Kanun,

2. 3096 Sayılı ve 04.12.1984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun,

3. 3465 sayılı ve 28.05.1988 tarihli Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve işletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun,

4. 3996 sayılı 08.06.1994 tarihli Bazı Yatırım ve Hizmetlerin YapİşletDevret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun,

5. 4046 sayılı ve 24.11.1994 tarihli Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun,

6. 06.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve Yap İşlet Modeli ile Enerji Satışına ilişkin Kanun.

2012 yılında 6288 sayılı yasayla KÖO ihalelerini alan şirketlere tam KDV muafiyeti getirilmiş, 2013 yılında geçen 6428 sayılı yasa uyarınca şirketlerin her türlü borçlarına tam Hazine garantisi verilmektedir. 2015 yılında çıkartılan 6639 sayılı yasada ise, doğacak uyuşmazlıkların yabancı tahkime tabi olacağı düzenlenmektedir (Çevrimiçi, http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673).

3. Veri ve Yöntem

Araştırmanın amacı:

Bu araştırmanın amacı, Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modelini incelemektir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü üst düzey yöneticisiyle mülakat yapılarak sistemin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Evren Örneklem:
Bu araştırmada, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Denetim ve Müşavirlik Hizmetleri Daire Başkanı Mehmet ÖZER ile mülakat gerçekleştirilmiştir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Sınırlılıklar:
Bu araştırma 2018 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü üst düzey yöneticileri arasından seçilen, Türkiye'deki sağlık alanındaki KÖO uygulamalarını iyi bilen bir kişinin verdiği cevaplarla sınırlıdır.

Verilerin Toplanması:

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden derinlemesine mülakat kullanılarak araştırma verileri toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmaya katılan yöneticiye, "Projelere başlanmadan önce risk durumu tanımlanabilir ve ölçülebilir olmakta mıdır?", "Özel ortaklar kendilerine devretme riskini kabul etmeye istekli midir?", "Piyasa içinde rekabet ne derecededir?", "Yapım aşaması ile projenin işletim aşaması arasında uzun vadeli bir sözleşme imzalanmasının yararları ve zararları nedir?", "Olası maliyet ve kalite dengesini ele alacak şekilde, özel ortağın vermesi gereken nitelik ve hizmet çıktı miktarı açıkça ölçülebilir mi?", "Projeler için ne kadar yenilik gerekmektedir ve bunu kamunun karşılaya bilirliği nedir?", "Malın işletilmesi için gerekli becerilerin kamu sektöründe bulunabilirliği nedir?", "Teknolojinin bu projelerde yeri ve önemi nedir?", "Devlet, teslim edilecek hizmetin çıktı özellikleri ile ilgili ne kadar esneklik sağlamaktadır?", "Devlet, bir hizmetin yararlanıcılarının tümünü veya bir bölümünü sübvanse etmek için ne ölçüde istek duymaktadır?", "YKD modeliyle yapılan yatırımın olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?", "Karşılıklı risk dağılımı ne ölçüdedir?", "Denetim yeterli seviyede midir?","YKD modeliyle yapılan projenin ekonomik açıdan kazançları nelerdir?", "Yatırımı devlet gerçekleştirseydi maliyet nasıl olurdu?", "Özel ortaklara devletin garantör olmasındaki riskler nelerdir?", soruları yöneltilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Bu bölümde gerçekleştirilen mülakat ile çalışma sorularına cevap aranmıştır.

Bu bağlamda yöneltilen ilk soru avantajları ile ilgilidir. Bu model ile kurulan entegre sağlık kampüslerinin yararı şu şekilde açıklanmıştır:
"Şehir Hastaneleri, ülke ölçeğinde ihtiyaç duyulan nitelikli yatak sayısının hızlı bir şekilde sağlanmasında faydalı olmuştur."

Tüm bunlara ek olarak vatandaş memnuniyeti ve risk aktarımı da önemli bir avantaj olarak göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, tamamen yeni oluşumların tercih edilmesi eski yapıların dönüşümünün oldukça zor olması ve hastane binalarının tehdit arz etmesi olarak gösterilmiştir. Bunun yapılması için gerekli kamu finansmanının yeterli olmaması ise bu modele iten bir motivasyon olarak göze çarpmıştır.
"Türkiye'deki hastanelerin çoğunun yenilenmesi gerektiğinden devlet, YKD modeliyle yatırım maliyetinden kurtulmak ve bina işletmesi ile uğraşmadan sadece tıbbi hizmete odaklanmak istemiştir."

Bu gibi bir dönüşümün bir diğer motivasyonu ise mülakatta şu şekilde açıklanmaktadır:
"Ülkedeki 10.000 kişiye düşen yatak sayısı OECD ülkelerine göre çok düşük (yaklaşık yarı yarıya) seviyededir."
Tüm bunlara ek olarak, bu modele itici gücün diğer önemli sebepleri ise faydalanılmak istenen özel sektör finansmanları ve deneyimleridir. Buna ek olarak bu modelde çeşitli yaptırımların olması özel sektörün proje teslimi ile ilgili güvenilir bir tablo çizdiğini göstermektedir:
"Eski klasik yöntemde hastane yapımı uzun sürmekte ve bitirilmesi uzun yıllar alabilmekteydi. Bu projeyle hastanelerin zamanında bitmesi ve işletmeye başlayarak gelir elde etmesi şirketin lehine

olacağından ve zamanında bitiremezse cezai işlem uygulanacağından dolayı hastane yapımı verilen sürelerde bitirilmektedir. Bu durum devlet ve vatandaşın lehine olmaktadır."
Bu yaptırımlar, devlet eli ile denetlenmekte ve müşavirler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Devletin gerçekleştirdiği senaryoda bu yatırımların ne maliyetle ve kalitede gerçekleşeceğine yönelik sorunun cevabı ise şu şekilde olmuştur:
"Uzun vadede maliyetler KÖO modeliyle yapıldığında klasik yönteme göre daha ucuz olmaktadır. İşletme döneminde bakım ve onarım şirket tarafından yapıldığından hastane daha sağlam ve bakımlı olmaktadır. Eğer devlet klasik yöntemde kendi yapsaydı, tesisin zamanında bitirilememesi, bakım onarım maliyetleri, finansman maliyeti, kur riski, tasarım hataları, tesisin yapımından sonra yapısal değişikliğe gidilmesi, coğrafi durum, terör ve hırsızlık (KÖO modelinde terör ve hırsızlık için sigorta yapılmıştır) dolayısıyla bunlar tesis yapım fiyatının üstüne çıkmaktadır."

Bu projelere verilen garantiler ise şu şekilde açıklanmaktadır:
" Bu projelere kanunen hazine garantisi verilmiştir. Verilecek garanti Bakanlar Kurulu kararıyla çıkarılmaktadır. Ancak, şimdiye kadar hiçbir şehir hastanesinde işletilmemiştir.
Şehir Hastanesinin kirasını ve sağlık çalışanlarının maaşlarını Sağlık Bakanlığı kendi bütçesinden ve hastanenin döner sermaye gelirlerinden ödeyecektir. Dolayısıyla hazineye bir yükü bulunmamaktadır. Doluluk garantisi de verilmemektedir."

Proje ayrıntıları ise mülakatta şu şekilde açıklanmıştır.
"25 yıllık kira süresi inşaatın bittiği gün başlamakta ve sürecin uzun olması geri ödenecek yıllık kiranın düşük olmasını sağlamaktadır. Bu da bütçe imkânları çerçevesinde projenin fizibil olmasını sağlamaktadır. Projenin tasarım sorumluluğu şirkettedir. 25 yıllık sözleşme süresi bitiminde arazi üzerindeki tüm tesisler idareye geçecektir."
İşletmenin özel olması sağlık kuruluşunun işleyişini engellememelidir. Bu sebeple anlaşmada kesintisizlik söz konusudur bu durum ise şu şekilde açıklanmaktadır.
"Hizmetlerde kesintisizlik esastır. Şirket ile idare arasında herhangi bir uyuşmazlık, anlaşmazlık veya idare tarafından ödeme yapılmaması dâhil durumlarda hizmetler sunulmaya devam edecektir."

Bu duruma ücret de dâhildir.
"Şehir Hastanelerinde verilen tıbbi hizmetler karşılığında vatandaşlardan herhangi bir ilave ücret talep edilmemektedir."

4. Sonuç ve Öneriler

1980'lerde neoliberal politikaların ortaya çıkışı, devletin faaliyet alanlarını daraltması anlayışı temelinde, kamu yönetimi ve ekonomide önemli bir rol oynamıştır. Kamu sektörü en aza indirilmiş olsa bile, daha iyi ve daha verimli yönetim için piyasaya dayalı bir vatandaş (müşteri) odaklı hizmet sunumu sağlamak daha önemli hale gelmiştir. İlk olarak, mülkiyet ve yönetimin kamuya ait işletmenin devriyle ilgili olduğu özelleştirme politikaları, 2000'li yıllarda şekillenmeye başlamış ve küresel olarak bir KÖO finansman modeli olarak uygulanmıştır.

KÖO finansman modelleri öncelikle kamu yatırımlarının koordinasyonu noktasında özel kişilerle bir ortaklık kurarken altyapı yatırımlarına uygulanmaktadır. Kamu sektörünün yüksek teknoloji, yüksek sermaye ve teknik becerilerden faydalanması gerektiğinden, özel sektör tarafından hizmet finansmanı finanse edildiğinden bunun özel sektöre bir yük olmadığı düşünülmektedir.

Türkiye'de altyapı projelerinde ve hizmet sunumunda geleneksel yöntemin 1980'lere kadar imtiyazla uygulandığı söylenebilir. Kamu hizmetlerinde yaşanan değişiklikler, serbestleşme sürecinin etkisi,

yaşam standartlarının değişmesi ve hizmet sunumundaki kalite beklentisi farklı hizmet sunum yöntemlerine yol açmıştır.

Mülakat uyarınca alınan bilgilere dayanarak entegre sağlık kampüslerinin sağlık kalitesini artırıcı bir etkisinin olması beklendiğinin ve vatandaşı koruyucu politikaların göz ardı edilmediğinden bahsedilebilir. Öte yandan kamu finansmanının tahmin edilenden daha fazla kullanılması ileride ulusal düzeyde bütçe açısından zararlı olabilir ve bu durum dolaylı olarak halkı etkileyebilir. Bu bağlamda söz konusu projelerin başarılı olmasını sağlamak için doğru bir analiz yapılmalıdır. Yani, her yatırım için kamu özel ortaklığı modeli uygulanmamalıdır. Bu nedenle, maliyetlerin faydasını aşmamalıdır. Kamu ve özel sektörün, riskleri bir ortaklık ilişkisi içinde paylaşması gerekir. Sonuç olarak, yapılan hizmetlerle hizmetin sürekliliğinin sağlanması, yeni bir hizmet alanının meydana getirilmesi, para arzı olarak sosyal faydanın sağlanması, sağlığın uzun vadeli olumlu etkisinden dolayı kamu sektörüne olumlu yansıyacaktır.

KAYNAKÇA

Balyemez, A. S. (2017). Türkiye'de Neoliberal Dönüşüm Kapsamında Yapılan Düzenlemeler Çerçevesinde Kamu İdareleri ve Özel Sektör İşletmelerinin Bağımsız Dış Denetimi, *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi* (VIII-I): 92-132

Benli, F., Topuz, G., & Ceviz, E. (2014). Kamu Özel Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi Ve Riske Maruz Değer (Var) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümlemesi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (28), 209-226.

Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P. J., & Hardcastle, C. (2005). The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK. International Journal of Project Management, 23(1), 25-35.

Bülbül, D. (2017). Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamasının Mali Saydamlık Açısından Değerlendirilmesi. The Journal of International Scientific Researches, 2(7), 93-108.

Chen, J. X., & Fang, J. (2011). *On the public private partnership financing strategies of urban rail transit.*

Çevrimiçi, http://www.kalkinma.gov.tr/KamuOzelIsbirligiYayinlar/2_Password_Removed.pdf, [Erişim tarihi: 16.09.2017].

Çevrimiçi, https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives, [Erişim tarihi: 12.11.2017].

Çevrimiçi, http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359, [Erişim tarihi: 30.11.2017].

Çevrimiçi, http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673, [Erişim tarihi: 20.02.2018].

Çevrimiçi, https://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf, [Erişim tarihi: 12.03.2017].

Çevrimiçi, http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.aspx, [Erişim tarihi: 25.03.2018].

Flinders, M. (2006). Public/private: the boundaries of the state. The state: Theories and issues, 223-247.

Grimsey, D., & Lewis, M. (2007). *Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. Edward Elgar Publishing.

Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(03), 217-262.

Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., & Eke, Ö. G. E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3).

Öge, H., & Baş, T. (2016). Public–Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. The Journal of Business Science, 4(2), 105-119.

Özeke, H. B. (2016), "The Build-Lease-Transfer Model: First Health Campuses, What's Next?" (Yap-Kirala-Devret Modeli: Önce Sağlık Kampüsleri, Sonra?)"The Build - Lease-Transfer Model",http://www.herguner.av.tr/newsletters/winter-2016.

Sönmez, M. (2016). Kamu-Özel İşbirliği Projelerinde Büyüyen Sorunlar, Mimarlık Dergisi, Kasım-Aralık Sayısı.

Teker, D. (2008). Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi".