T.C.
KALKINMA BAKANLIĞI

# SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI VE TÜRKİYE İÇİN DEĞERLENDİRME

Uzmanlık Tezi

Harun GÜNGÖR

Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü

Ekim 2012

T.C. KALKINMA BAKANLIĞI
Yayın No: 2831

# SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI VE TÜRKİYE İÇİN DEĞERLENDİRME

Uzmanlık Tezi

Harun GÜNGÖR

Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü
Ekim 2012

ISBN 978-975-19-5266-0

Bu çalışma Kalkınma Bakanlığının görüşlerini yansıtmaz. Sorumluluğu yazara aittir. Yayın ve referans olarak kullanılması Kalkınma Bakanlığının iznini gerektirmez.

Bu tez Müsteşar Yardımcısı Erhan USTA başkanlığında Timoçin SANALAN, Şevki EMİNKAHYAGİL, Mustafa DEMİREZEN, Doç. Dr. Adil TEMEL, Hayri MARAŞLIOĞLU, Bahaettin GÜLGÖR, Nihal ERCAN, Dr. Vedat ŞAHİN ve Mehmet Fatih LEBLEBİCİ'den oluşan Planlama Uzmanlığı Yeterlilik Sınav Kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Bu yayın 500 adet basılmıştır.

# ÖZET

**Planlama Uzmanlığı Tezi**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI VE TÜRKİYE İÇİN DEĞERLENDİRME**

**Harun GÜNGÖR**

Bu çalışmanın amacı günümüzde kamu hizmetleri altyapısında alternatif bir finansman yöntemi olarak sıkça kullanılan kamu-özel işbirliği yönteminin sağlık sektöründeki uygulamalarını incelemek ve Türkiye için bir kamu sektörü karşılaştırıcısı (*public sector comparator*) modeli geliştirmektir.

Son yıllarda dünyada kamu-özel işbirliği yöntemlerinin kullanımı hem sektör çeşitliliği hem de proje sayısı açısından büyük bir hızla artış göstermiştir. Türkiye'de de kamu-özel işbirliğinin sağlık alanında uygulanmasına yönelik olarak 2005 – 2006 yıllarında yasal düzenlemeler yapılmış ve bazı projelerde uygulamaya yönelik süreç başlatılmıştır.

Kamu-özel işbirliği, ihale öncesi sürecin uzun, danışmanlık ve ihale maliyetlerinin nispeten yüksek olduğu, karmaşık hukuki süreçler içeren ve hem kamunun hem de özel sektörün 20-30 yıl gibi uzun bir süre yükümlülük altına girdiği bir tedarik yöntemidir. Bununla birlikte, proje geliştirme aşamasında finansman alternatiflerinin detaylı şekilde değerlendirilmesi, modelin uygun oranda riski özel sektöre devredecek şekilde kurgulanması, ihale sürecinde rekabetin temin edilmesi ve sağlam bir hukuki zeminin oluşturulması sağlandığında, kamu-özel işbirliği yöntemiyle geleneksel kamu projelerinden daha yüksek fayda elde edilebilir.

Bu çalışmada, kamu-özel işbirliğinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesinin koşulları ele alınmış, sağlık sektöründe uygulanan modeller ve uygulama süreci içerisinde yer alan yapılar incelenmiş, ortaya çıkan sorunlar tespit edilerek değerlendirilmiştir. Kamu-özel işbirliği yöntemiyle uygulanması planlanan projelerin finansal açıdan değerlendirilmesi için kullanılan ve risklerin fiyatlandırılarak proje maliyetine yansıtılmasına imkân sağlayan kamu sektörü karşılaştırıcısı ele alınarak Türkiye'de yapılacak farazi bir hastane için uygulama yapılmıştır.



**Anahtar Kelimeler:** Kamu-Özel İşbirliği, Sağlık Sektörü, Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı, Yap–Kirala Modeli.

## ABSTRACT

**Planning Expertise Thesis**

**PUBLIC - PRIVATE PARTNERSHIP PRACTISES in HEALTH SECTOR and EVALUATION for TURKEY**

**Harun GÜNGÖR**

The aim of this study is to analyse the implementation of public-private partnership method in health sector as an alternative finance method for public services infrastructure which is frequently used recently and to develop a public sector comparator for Turkey.

In recent years, the use of public private partnership has increased sharply both in terms of sector diversity and the number of projects in the world. In Turkey, in order to implement public-private partnership in health sector legal regulations have completed and the process has been begun for some projects in 2005-2006.

Public-private partnership is a procurement method which requires long pre-tender process, high consulting and tender costs, necessitates complex legal processes and binds private sector for 20-30 years. Besides, under the conditions that, finance alternatives are evaluated in detail in the project development phase, designed to delegate some risks to private sector and ensured competition in the tender process, public-private partnership method can be much more beneficial than traditional public projects.

In this study, the conditions for a successful public-private partnership implementation have been assessed, implemented models in health sector and structures in the implementation process have been analyzed, and emergent problems have been determined and evaluated. A hypothetical hospital in Turkey has been designed by handling public sector comparator, which is used for the financial evaluation of projects that are planned to be implemented with public private partnership method and enables to reflect risks to the cost of project via pricing them.



**Keywords:** Public-Private Partnership, Health Sector, Public Sector Comparator, Build-Lease Model.

**İÇİNDEKİLER** **Sayfa**

ÖZET ..... ii
ABSTRACT ..... iii
TABLOLAR ..... vi
ŞEKİLLER ..... vii
KISALTMALAR ..... viii
GİRİŞ ..... 1
1.KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN GENEL ÇERÇEVESİ ..... 4
1.1.Tanımı ve Ortaya Çıkışı ..... 4
1.2.KÖİ Yönteminin Ekonomik Yönü ..... 13
1.2.1.Karşılanabilirlik ve Harcama Getirisi Kriterleri ..... 14
1.2.1.1.Karşılanabilirlik ve Harcama Getirisi ..... 15
1.2.1.2.Kısıtlı Bütçe Tahsisi ve Yasal Bütçe Sınırları ..... 17
1.2.1.3.Risklerin Rolü ..... 19
1.2.1.4.Rekabet Düzeyi ..... 26
1.2.2.Hizmetin Niteliği ..... 29
1.2.2.1.Kamuya Yararlı Mallar ..... 29
1.2.2.2.Karmaşık Hizmetler ve Sözleşmeler ..... 31
1.2.2.3.Sözleşme Esnekliği ve Yeniden Müzakere ..... 33
1.3.Performansın Ölçülmesi ..... 35
1.4.Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Bütçeleştirilmesi ..... 37
1.5.Kamu-Özel İşbirliği Sürecinin Yönetilmesi ..... 44
1.6.Kamu-Özel İşbirliği Politikası ..... 48
1.6.1.Siyasi Destek ve Paydaşlarla İlişkiler ..... 48
1.6.2.Yolsuzluk ve Etik Konular ..... 51
1.6.3.Kamu-Özel İşbirliği Düzenlemeleri ..... 53
1.6.3.1.Şeffaflık ve Bilgiye Erişim ..... 54
1.6.3.2.Yasal Çerçeve ..... 55
2.SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI ..... 57
2.1.İngiltere Örneği ..... 59
2.2.Avustralya Örneği ..... 72
2.3.İspanya Örneği ..... 77
2.4.İtalya Örneği ..... 80
3.TÜRKİYE'DE KÖİ UYGULAMALARI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM ..... 83
3.1.İmtiyaz Modeli ..... 83
3.2.Yap-İşlet-Devret Modeli ..... 86
3.3.Yap-İşlet Modeli ..... 89
3.4.Ruhsat Modeli ..... 90
3.5.Sağlık Sektörü Altyapısının Mevcut Durumu ve Sağlık Alanında KÖİ Yönteminin Uygulanması ..... 92
3.6.KÖİ Çerçeve Kanun Çalışmaları ..... 103
4.KAMU SEKTÖRÜ KARŞILAŞTIRICISI KAVRAMI VE BİLEŞENLERİ ..... 105
4.1.Ön Değerlendirme ve Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı ..... 105
4.2.Kamu Sektörü Karşılaştırıcısının Bileşenleri ..... 109
4.2.1.Ham KSK'nin Bileşenleri ..... 110

4.2.1.1.Doğrudan Maliyetler ..... 110
4.2.1.2.Dolaylı Maliyetler ..... 112
4.2.1.3.Üçüncü Kişilerden Elde Edilen Gelirler ..... 112
4.2.2.Rekabette Tarafsızlık ..... 113
4.2.3.Risklerin Tanımlanması ve Fiyatlandırılması ..... 113
4.2.3.1.Proje Risklerinin Tanımlanması ..... 115
4.2.3.2.Risklerin Sonuçlarının Tanımlanması ..... 116
4.2.3.3.Risk Sonuçlarının Olasılıklarının Tahmin Edilmesi ..... 117
4.2.3.4.Risk Değerlerinin Hesaplanması ..... 119
4.2.3.5.Risk Değerlemesi ve KSK'nin Karmaşıklığı ..... 119
4.2.3.6.Duyarlılık Analizleri ..... 120
4.2.4.Devredilebilir Riskin Hesaplanması ..... 121
4.2.5.Devredilmeyen Riskin Hesaplanması ..... 122
4.3.Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı ve Harcama Getirisi Değerlendirmesi ..... 123
4.4.Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı ve Rekabet ..... 126
4.5.İhale Sürecinde Kamu Sektörü Karşılaştırıcısının Açıklanması ..... 127
4.6.Kullanılacak İndirgeme Oranı ..... 129
5.FARAZİ BİR HASTANE İÇİN KAMU SEKTÖRÜ KARŞILAŞTIRICISININ OLUŞTURULMASI ..... 132
5.1.Ham KSK ..... 133
5.1.1.Doğrudan Maliyetler ..... 133
5.1.1.1.Doğrudan Yatırım Maliyetleri ..... 133
5.1.1.2.Doğrudan Bakım Maliyetleri ..... 134
5.1.1.3.Doğrudan İşletme Maliyetleri ..... 134
5.1.2.Dolaylı Maliyetler ..... 134
5.1.3.Üçüncü Kişilerden Elde Edilen Gelirler ..... 135
5.2.Risk Maliyetleri ..... 135
5.3.KSK'nin Bulunması ..... 139
SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 144
EKLER ..... 150
KAYNAKLAR ..... 169
DİZİN ..... 176

**TABLOLAR** **Sayfa**

Tablo 3.1. Yıllar İtibarıyla Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları ..... 92
Tablo 4.1. Uygun ve Uygun Olmayan Teklifler ..... 124
Tablo 4.2. Pazar Özelliklerinin Açıklanacak Bilgi Düzeyine Etkisi ..... 128
Tablo 5.1. Maliyet Aşımı Riskinin Değerlemesi ..... 135
Tablo 5.2. Süre Aşımı Riskinin Değerlemesi ..... 136
Tablo 5.3. Üçüncü Kişi Gelirleri Riskinin Değerlemesi..... 137
Tablo 5.4. Bakım-Onarım Maliyetleri Riskinin Değerlemesi ..... 137
Tablo 5.5.Tıbbi İşletme Maliyeti Riskinin Değerlemesi ..... 138
Tablo 5.6. Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti Riskinin Değerlemesi..... 139
Tablo 5.7. Farazi Hastanenin Reel Nakit Akımlarıyla KSK'si ..... 140
Tablo 5.8. Farazi Hastanenin Nominal Nakit Akımlarıyla KSK's ..... 142

Ek Tablo 1. 200 Yatak Üzeri Devlet Hastanelerinin Döner Sermaye Verileri ..... 151
Ek Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Hastane Donatım Kalemleri ve Toplam Maliyetleri..... 163
Ek Tablo 3. Bazı Hastanelerin Maliyet ve Süre Bilgileri ..... 164
Ek Tablo 4. Sağlık Bakanlığının Son Yıllarda Yaptığı Bazı Hastanelerin Büyüklükleri ve İhale Bedelleri ..... 164

**ŞEKİLLER** **Sayfa**

Şekil 1.1. Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Özel Sektör Katılımıyla Altyapı Projelerine Yapılan Yatırım, 1991-2009, (Milyon USD). ..... 5
Şekil 1.2. Geniş Anlamda KÖİ'nin Kapsamı..... 6
Şekil 1.3. En Uygun Risk Transferi ..... 21
Şekil 1.4.KÖİ Yöntemine Göre Risk Paylaşım Düzeyleri..... 22
Şekil 1.5. Risk Çeşitleri ..... 24
Şekil 2.1. İngiltere'de KÖİ Uygulama Süreci..... 71
Şekil 2.2. Avustralya'da KÖİ Uygulama Süreci..... 76
Şekil 3.1. Hastanelere Ait Bazı Göstergelerin Kurumlara Göre Dağılımı..... 93
Şekil 3.2. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin 2002-2011 Dönemi Yatırım Tahsisleri (2011 Yılı Fiyatları) ..... 96
Şekil 3.3. KÖİ Yönteminde Onay ve İhale Süreci..... 100
Şekil 4.1. Harcama Getirisini Değerlendirme Metotları..... 106
Şekil 4.2. Farazi Bir Olasılık Dağılımı ..... 118

Ek Şekil 1. Tıbbi İşletme Maliyetlerinin Dağılımı ..... 165
Ek Şekil 2. Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetlerinin Dağılımı..... 165
Ek Şekil 3. Bakım Onarım Maliyetlerinin Dağılımı..... 166

**KUTULAR** **Sayfa**

Kutu 1.1. Çalışmada Kullanılan Bazı Kavramlar ..... 12
Kutu 3.1. İşletme Sürecinde Tarafların Rolleri..... 101

**KISALTMALAR**

| | |
|---|---|
| AB | Avrupa Birliği |
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| ATRG | Avrupa Topluluğu Resmi Gazetesi |
| BD | Bugünkü Değer |
| EC | European Commission (Avrupa Komisyonu) |
| EIB | European Investment Bank (Avrupa Yatırım Bankası) |
| ENA | Eşdeğer Nakit Akımları |
| GSMH | Gayri Safi Milli Hasıla |
| GSYH | Gayri Safi Yurtiçi Hasıla |
| IMF | International Monetary Fund (Uluslar arası Para Fonu) |
| KDV | Katma Değer Vergisi |
| KSK | Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı |
| KİT | Kamu İktisadi Teşebbüssü |
| KÖİ | Kamu Özel İşbirliği |
| KÖO | Kamu Özel Ortaklığı |
| KPG | Kilit Performans Göstergeleri |
| NA | Nakit Akımı |
| NBD | Net Bugünkü Değer |
| NBM | Net Bugünkü Maliyet |
| NHS | National Health Services of United Kingdom (Ulusal Sağlık Hizmetleri) |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) |
| ÖFG | Özel Finansman Girişimi |
| PUK | Partnerships UK |
| YİD | Yap-İşlet-Devret |
| YPK | Yüksek Planlama Kurulu |

## GİRİŞ

Son yıllarda kamu hizmetleri altyapılarının geliştirilmesinde ve işletilmesinde kamu ve özel sektör arasındaki işbirliği uygulamalarında belirgin bir artış görülmüştür. Bu artışa yol açan etkenlerin başında kamunun sektörünün altyapı ihtiyacının giderek artması ancak yatırım bütçesinin kısıtlı imkânlarının bu ihtiyaçları karşılayacak düzeyde artmaması gelmektedir. Bunun yanında altyapı gelişimini hızlandırmak ve kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün bilgisinden, çalışma metotlarından ve dolayısıyla verimliliğinden faydalanmak kamu-özel işbirliği (KÖİ) modellerinin uygulanmasını teşvik eden saikler olagelmiştir.

KÖİ yönteminin giderek daha yoğun şekilde kullanılmaya başlandığı 1990'lı yıllarda ulaştırma, enerji ve telekomünikasyon sektörleri öne çıkan alanlar olmuştur. 1990'lı yılların sonunda ise sosyal sektörlerin altyapısında da kullanılmaya başlanan KÖİ yöntemi günümüzde proje sayısı ve çeşitliliği açısından bu alanda daha yoğun kullanılır hale gelmiştir.

Sağlık sektörü, gelişmiş batı ülkeleri de dâhil olmak üzere neredeyse tüm dünyada altyapı yatırımı ihtiyacının bulunduğu bir alandır. Bu yatırım ihtiyacının giderilmesinde de hem alternatif bir finansman yöntemi olarak hem de hizmet sunumunun geliştirilmesi, yani hizmeti kamunun sunduğu yöntemlere göre daha verimli bir şekilde sunabilmek, amacıyla özellikle son 10 yılda, KÖİ modelleri ön plana çıkmıştır. Bununla birlikte yöntemin kullanımının ne getirip ne götüreceğinin, proje risklerinin, kamu için ortaya çıkacak yükümlülüklerin yeterli düzeyde değerlendirilmediği durumlarda yalnızca KÖİ yönteminin uygulanıyor olması daha etkin ve verimli bir hizmetin sunulacağı anlamına gelmemektedir.

Literatürde, KÖİ modellerinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için bazı prensipler önerilmektedir. KÖİ yöntemlerinden faydalanan ülkeler, kendilerine özgü hukuk sistemleri, bürokratik yapıları ve yönetim biçimleri çerçevesinde beklenen faydaların sağlanabilmesi için farklı sistemler ve modeller geliştirmişlerdir. KÖİ modellerinin sağlık sektöründeki uygulamalarında diğer sektörlerde de kullanılan yap-kirala, tasarla-yap-finanse et-işlet, yap-işlet-devret gibi modeller kullanılmakla beraber sosyal güvenlik sistemiyle bütünleşmiş özgün modeller de kullanılmıştır.

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de sağlık tesislerinin yap-kirala modeliyle yaptırılmasına imkân tanıyan hukuki düzenlemeler tamamlanmış olup henüz bu yöntemle yapılarak hizmet sunmaya başlayan bir tesis bulunmamaktadır. Sadece sağlık sektöründe kullanılabilecek şekilde yapılan söz konusu hukuki düzenlemelerin yanında mevcut KÖİ mevzuatının kapsamının daha geniş bir şekilde düzenlemesi öngörülen ve projelerin değerlendirilmesi, seçimi, risk paylaşımı ve garantiler gibi hususları düzenleyen bir çerçeve Kanunun hazırlanması çalışmaları da devam etmektedir.

Bu çerçevede bu tez çalışmasında altyapı ihtiyacı yüksek olan sağlık sektöründe alternatif bir finansman yöntemi olarak KÖİ yönteminin kullanılmasında karşılaşılabilecek sorunları ortaya koymak, bunlar için çözüm önerileri getirmek ve bu yöntemlerle yapılacak projelerin finansal açıdan değerlendirilebilmesi için bir model ortaya koymak hedeflenmiştir.

Birinci bölümde KÖİ'nin genel bir çerçevesini çizmek ve bazı kavramları açıklamak amacıyla kamu-özel işbirliğinin tanımı yapılmış, karşılanabilirlik, harcama getirisi (*value for money*), risk değerlemesi, KÖİ projelerinin kaydı, uygulama sürecinde yer alan kurumsal yapılar ve yönteme ilişkin politikalar ele alınmıştır.

İkinci bölümde KÖİ'nin Türkiye'de uygulanmasına yönelik olarak bir model oluşturmak ve mevcut uygulamadaki eksiklikleri ortaya koyabilmek amacıyla sağlık sektöründe KÖİ yöntemini uygulayan bazı ülkelerde sürecin nasıl işlediği, hangi kurumsal yapıların sürece dâhil olduğu, hangi modellerin uygulandığı ve projelerin nasıl değerlendirildiği işlenmiştir.

Üçüncü bölümde ülkemizdeki KÖİ uygulamaları ele alınmış, sağlık sektöründeki mevcut durum ve kaynak ihtiyacı irdelenerek bu sektörde uygulanan KÖİ yöntemi işlenmiştir. Ayrıca taslak halindeki KÖİ çerçeve yasası de bu bölümde ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde bir projenin ömür boyu maliyetini, projenin risklerini de hesaba katarak bulmaya yarayan ve KÖİ yöntemi kullanılmasıyla bütçe kaynaklarıyla kamu projesiyapılmasının finansal olarak karşılaştırılabilmesine olanak

sağlayan kamu sektörü karşılaştırıcısının (KSK) bileşenleri ve nasıl hesaplandığı ele alınmıştır.

Beşinci bölümde inşaat ve işletme maliyetleriyle birlikte riskler de fiyatlandırılarak ülkemiz için farazi bir hastanenin KSK'si hesaplanmıştır.

Çalışmanın sonuç ve öneriler kısmında ise daha önceki bölümlerde ele alınan hususlara ilişkin olarak çeşitli değerlendirme ve önerilere yer verilmiştir.

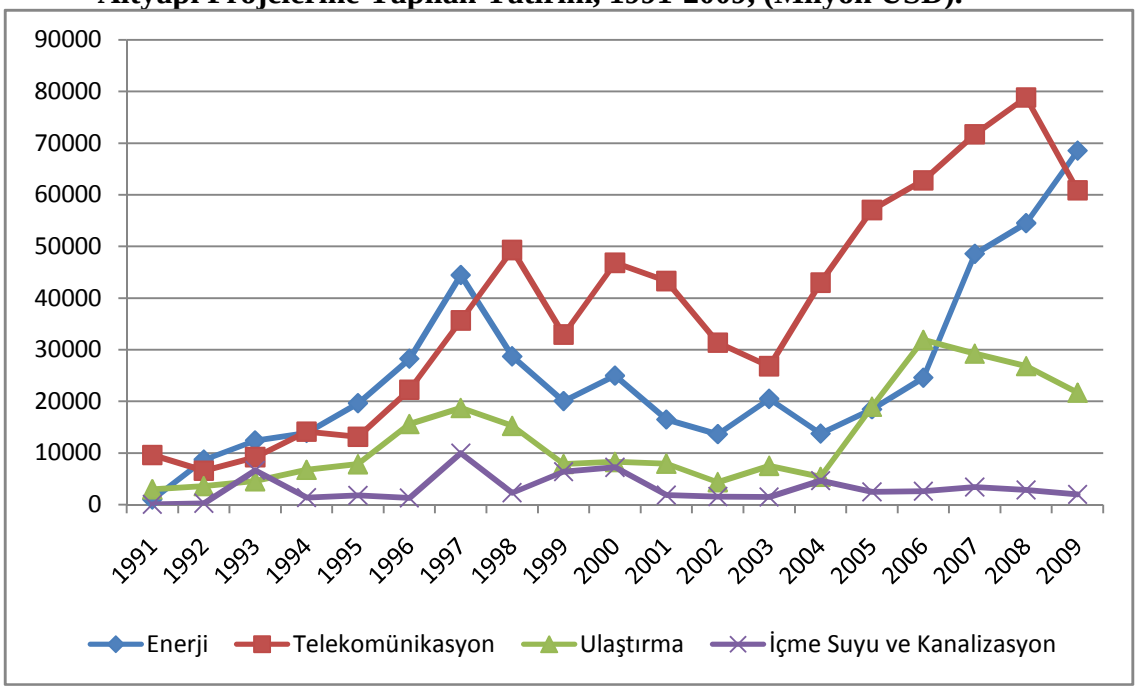
# 1. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN GENEL ÇERÇEVESİ

## 1.1. Tanımı ve Ortaya Çıkışı

Gelişmekte olan dünyanın büyük bölümü, Soğuk Savaş sonrası dönemde, devletçi ve sosyalist ideallerin önemini kaybetmesinden sonra serbest pazar ilkelerini uygulama ve dünya ticaretinde pay sahibi olma çalışmalarına ağırlık vermişlerdir. Pazar mekanizmasının önemi kavrandıkça ve çeşitli ülkelerdeki özelleştirmelerden başarılı sonuçlar alındıkça KÖİ yöntemine olan ilgi ani bir şekilde artmıştır. KÖİ'ler, geleneksel kamu hizmeti sunumundaki dinamizm eksikliğine çare olarak algılanmaya başladığında daha çok rağbet gören bir kurumsal düzenleme aracı haline gelmişlerdir. KÖİ'lere olan ilginin artmasında birçok faktör rol oynamıştır. Sıkı mali politikaların uygulandığı ülkelerde, KÖİ'nin verimliliği artıracağı ve kamu kaynakları üzerindeki yükü azaltacağı umutları KÖİ'ye bakışta olumlu etkiler ortaya çıkarmıştır. KÖİ'leri kamu için çekici kılan sebepler daha geniş bir şekilde ele alınırsa bunlar; hizmetlerin geliştirilmesi için özel sektör finansmanının kullanılabilmesi, daha net hedefler belirlenmesi, yeni fikirler, esneklik, daha iyi planlama, ihalelerin daha rekabetçi yapılabilmesi ve kamu projeleri için daha yüksek harcama getirisine (*value for money*) ulaşılması olarak sayılabilir. Gelişmekte olan ülkeler açısından bu beklentilerin yanına Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kurumların hükümetlere liberalleşme ve özelleştirme prensiplerinin uygulanmasına yönelik yaptığı baskı da eklenebilir. Bu tip kurumların yaptığı finansal yardımlar genellikle devletin bazı sektörlerdeki doğrudan katılımı ve müdahalesinin, işbirliği ve kolaylaştırma şekline dönüştürülmesiyle ilişkilendirilmiştir (Jamali, 2004:414-415).

Bu çerçevede birçok gelişmekte olan ülke altyapı, üretim ve hizmet dâhil olmak üzere çeşitli sektörlerde KÖİ uygulamaları başlatmıştır. Telekomünikasyon ve enerji sektörleri 1990'larda özel sektör faaliyetlerinin en yoğun olduğu sektörler olmuştur (Roger, 1999:1).

**Şekil 1.1. Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Özel Sektör Katılımıyla Altyapı Projelerine Yapılan Yatırım, 1991-2009, (Milyon USD).**




Kaynak: Private Participation in Infrastructure (PPI) Project Database, (ppi.worldbank.org).

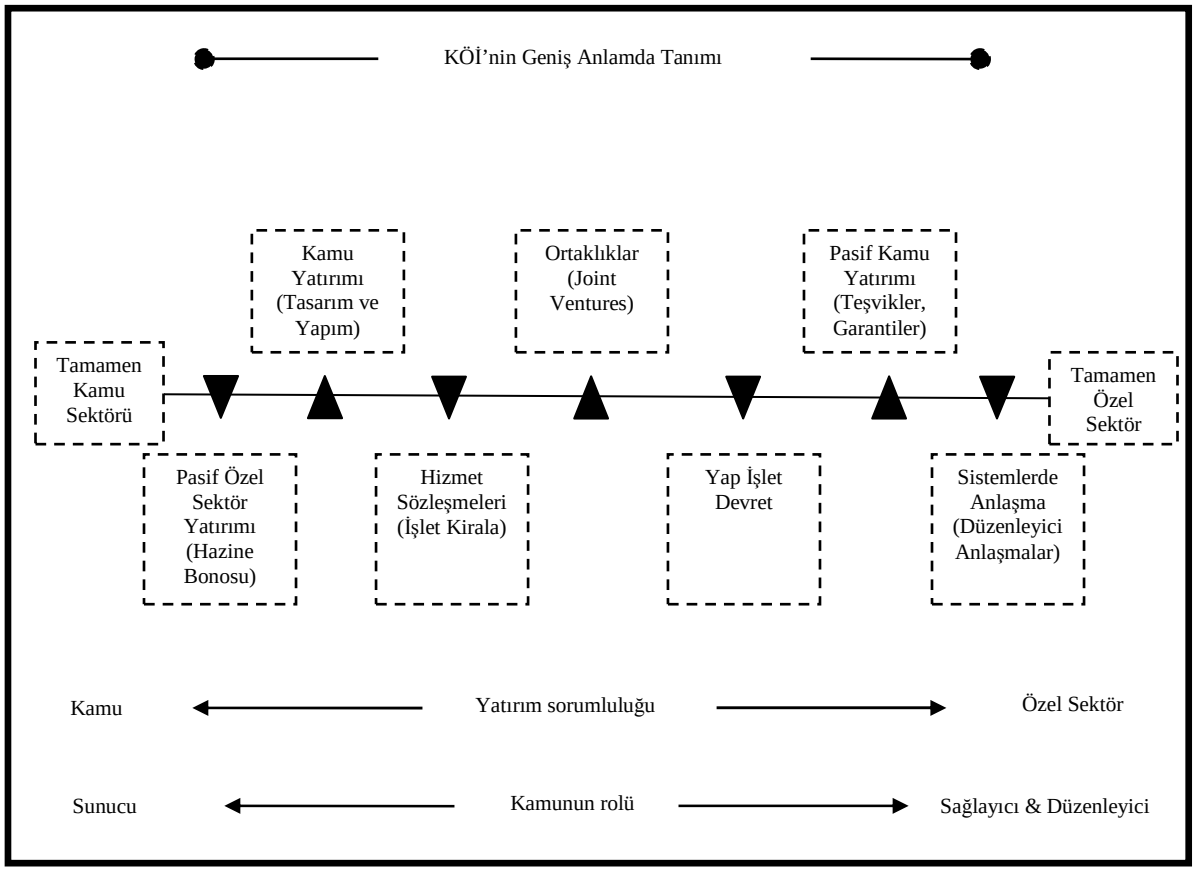
Özel sektör ile kamu sektörünün rolleri ve fonksiyonları arasındaki ayrımın kalkması ve serbest pazar ekonomisinin bu sektörleri birbirleriyle yakın ilişkiler içine sokmasıyla yeni işbirliği ve ortaklık şekillerine ihtiyaç duyulmuştur. Sonuçta KÖİ'ler kamu sektörünün amaçları temelinde oluşmuş olan ve kamu il özel sektörün ortak bir hedef için beraber çalıştıkları popüler bir kurumsal düzenleme aracı olarak ortaya çıkmıştır. Buradan hareketle, KÖİ, özel sektör ile kamu arasındaki işbirliğinin kurumsallaşmış bir biçimi olarak tanımlanabilir (Nijkamp at al, 2002:1865-1866).

Önceleri KÖİ'ler özelleştirme hareketinin bir türevi olarak görülmüş iken, bugün ise sadece pazar mekanizmasının kamu sektörüne girmesi veya bir özelleştirme yöntemi olmadığı konusunda fikir birliği oluşmuştur. KÖİ'lerde, kamu ve özel sektörün ortak hedeflere ulaşmak için bir işbirliği yapması ve tarafların kabiliyetlerinden ve güçlü yanlarından yararlanılıyor olması dikkat çekmektedir (Jamali, 2004:416; Widdus, 2001:1-2; Nijkamp at al., 2002:1865-1866).

KÖİ kavramı genellikle hizmetlerin işbirliğiyle sunumu için kamu ve özel sektör arasındaki muhtemel ilişkilerin çeşitlerini tanımlamakta kullanılmıştır (Şekil 1.2). KÖİ olarak adlandırılan çeşitli işbirliği modelleri bulunmaktadır. Bu farklı

modellerde hukuki durumların, yönetim biçimlerinin, taraflarca sağlanan katkıların ve işlevsel rollerin farklılıklarının da olduğu kabul edilerek, tam manada işbirliğinin ortak bir amacın gerçekleştirilmesini içerdiği unutulmamalıdır. Taraflar arasındaki herhangi bir ilişkinin işbirliği niteliklerini taşıması, belli hedeflerin aynı tanımları varsa ve ortak bir çabanın sürdürülmesinde sorumluluklar ve yetkiler net bir şekilde ayrılmışsa söz konusu olur. Üçüncü dünya ülkelerinde KÖİ olarak varsayılan faaliyetlerin birçoğu bu niteliği taşımamaktadır. Bu tip ülkelerde KÖİ adı altında genellikle özelleştirme ve özel müteşebbislere devlet sübvansiyonu sağlanması anlaşılmaktadır. Ancak özelleştirmeler ve sübvansiyonlar KÖİ kapsamında yer almamaktadır (Jamali, 2004:416; Mitchell-Weaver and Manning, 1991:46-48).

**Şekil 1.2. Geniş Anlamda KÖİ'nin Kapsamı**




Kaynak: Gidman at al. 1995:1-2

Hâlihazırda kamu–özel işbirliğinin unsurları konusunda uzlaşılmış olan net bir tanım olmayıp bu kavram halen gelişme aşamasındadır. Literatürde kamu özel işbirliği tanımına en geniş anlamda kamunun mal ve hizmeti dışarıdan yani özel kesimden satın almasından (outsourcing) tam özelleştirmeye kadar giden yelpazede

karşılaşılması mümkündür. Örneğin, Uluslararası Para Fonu'na (IMF, 2006:1 ve 2004:4) göre KÖİ, " … geleneksel olarak kamu tarafından sağlanan altyapı varlıklarının ve hizmetlerin özel sektör tarafından sunulmasına yönelik düzenlenmeler" iken Avrupa Yatırım Bankası'na göre (EIB, 2004:2) "… genellikle özel sektör kaynaklarının ve/veya uzmanlığının kamu sektörü varlıklarının ve hizmetlerinin sunulmasında kullanılabilmesi amacıyla özel sektör ve kamu sektörü arasında oluşan ilişkiler"dir. Standard and Poor's (2005:18) ise KÖİ'yi "istenen bir plan çıktısına ulaşmak için risklerin, ödüllerin, sektör yeteneklerinin, uzmanlığın ve finansmanın paylaşımını içeren, kamu ve özel sektör arasındaki orta ve uzun vadeli ilişki" olarak tanımlamaktadır. OECD'ye göre (2008:12) ise KÖİ "devletle bir veya daha fazla özel ortağın (işletmecileri ve finansman sağlayıcıları kapsayabilir), devletin hizmet sunum amaçları ve özel sektörün kâr etme amacıyla uzlaştırarak hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre yeterli risk transferine bağlı olduğu bir anlaşmadır".

KÖİ'nin tanımı en kapsamlı şekilde "kamu ile özel sektör arasında bir malın veya hizmetin topluma sunulması için yapılan kurumsal ve sözleşmeye dayalı bir işbirliği" olarak yapılabilir. Bu işbirliğinin gerçek bir ortaklık ilişkisi olması ve özel sektöre yeterli miktarda riskin aktarılması gibi iki belirgin özelliği bulunmaktadır (Joyner, 2007: 207).

KÖİ'nin tanımında bu düzeyde bir belirsizliğin olması Grimsey ve Lewis'e (2005:346-347) göre KÖİ'nin kamu yatırımıyla tam özelleştirme arasındaki bir alanda olmasından kaynaklanır. KÖİ bu alanı dolduran çok farklı tedarik yöntemlerinden sadece birisidir. Bu alanda KÖİ yönteminin yanı sıra hizmet alımı, imtiyazlar, kamu ve özel sektörün ortak girişimleri de vardır. Ayrıca varlıkların mülkiyeti ve özel sektörün sermaye harcaması uygulanan yönteme göre çok farklı oranlarda gerçekleşir. Örneğin, yönetim sözleşmesinde (*management contract*) özel sektör tarafından sınırlı miktarda veya hiç sermaye harcaması yapılmazken, imtiyazlarda ve KÖİ sözleşmelerinde, özel sektör, bir sermaye varlığının tasarımını, yapımını, işletmesini ve finansmanını sağlayabilir (Malone, 2005:420). Benzer şekilde özel sektör sunulan hizmetin karşılığı olarak devletten düzenli aralıklarla ödeme ve/veya kullanıcı ücreti alabilir.

Geleneksel kamu yatırımı ve özelleştirme arasında bir yerde ve imtiyazla yakın ilişkide olması sebebiyle KÖİ'nin tüm bunlardan açık şekilde ayırt edilmesi uygun olacaktır. Ayrıca KÖİ'nin kavranabilmesi ve diğer yöntemlerden tefriki için neden KÖİ yöntemlerinin kullanıldığının anlaşılması gerekmektedir.

IMF (2004:36) ve Quiggin (2005:446)'e göre 1980'lerde kamu yatırımları için özel sektör finansmanı aranmasının temel nedeni harcama kontrollerinden kaçınmak olmuştur. Kamunun bu arayışındaki diğer sebepler ise kısıtlı kaynaklar, yeni altyapı ihtiyacı ve eskiyen altyapının yenilenmesinin gerekmesi, borçların azaltılmasını gerektiren mali kurallar, toplumun özelleştirmeye karşı olması, "mülk sahipliği" yerine "hizmetin verilmesi" anlayışının ortaya çıkması ve KÖİ yöntemleriyle yapılan başarılı örneklerdir (Malone, 2005:422). Günümüzde ise KÖİ yöntemleri kullanılmasının ana sebebi hizmet sunumunun geliştirilmesi ve hizmeti kamunun sunduğu yöntemlere göre daha yüksek harcama getirisi elde etmektir. Diğer bir deyişle kamu etkin bir şekilde hizmet sunsa bile bu hizmet istenen kalitede ve/veya verimli bir şekilde sunulamıyor olabilir. Bu nedenle kamu özel sektörle KÖİ sözleşmesi yapmaya ve özel sektörün verimli bir şekilde yeterli miktarda ve kaliteli hizmet sunma becerisini kullanmayı uygun görebilir. Özel sektörün katılımıyla gerçekleştirilen KÖİ projelerinde çoğunlukla yüksek verimlilik sağlansa da, özel sektörün katılımı, hizmet sunumunun geliştirilmesinin ve verimliliğin tek sebebi olamaz. Hizmet sunumundaki iyileşmeler büyük oranda kamudan özel sektöre en uygun oranda riskin devredilmesine bağlıdır. Eğer en uygun oranda risk devredilmemişse hizmet sunumunun kamunun geleneksel yöntemle yaptığından farklı olması beklenmez. Kısacası, bir projenin geleneksel kamu yatırımı olmasıyla KÖİ olması arasındaki temel fark, **en uygun miktarda riskin** özel sektöre transfer edilmiş olmasıdır. (OECD, 2008:13)

Geleneksel kamu yatırımı ve KÖİ arasındaki farkı açıkça ortaya koyduktan sonra, KÖİ ve özelleştirme arasındaki ayrım ile KÖİ'nin özelleştirmenin bir çeşidi olabileceği konusuna değinilmesi yerinde olacaktır. Bu konudaki temel ayırıcı özellik işbirliğidir. Bazı eleştirilerde KÖİ'de "işbirliği" teriminin kullanılmasına karşı çıkılır ve işbirliğinde tarafların aynı amaçla bir araya geldikleri ancak KÖİ'de kamu ve özel sektörün aynı amacı taşımadıkları savunulur. Daha açık bir ifadeyle

özel sektör kâr etme amacını taşırken kamu hizmet sunma amacındadır. Ancak bu eleştirilerdeki işbirliği tanımı dar kapsamlıdır. Daha geniş bir tanımda ise işbirliği, sadece tarafların aynı amacı taşıdıkları değil, aynı zamanda farklı amaçları olsa da bu amaçlarını diğer tarafın da amacına ulaşmasıyla gerçekleştirebilecek oldukları durumları da kapsamaktadır. Yani eğer bir KÖİ sözleşmesi özel sektörün kârını maksimize etmesi için hizmeti etkin ve verimli bir şekilde sunmasını gerektiriyorsa, bu sözleşmenin her iki tarafın da amaçlarına ulaşabildiği bir işbirliği olduğu söylenebilir (OECD, 2008:13).

İşbirliğinin bu geniş anlamdaki tanımı KÖİ'yi özelleştirmeden ayırmaya yardımcı olabilir. Özelleştirmede, kamu, özel sektörün ürünlerinin ne olacağına veya hangi standartlarda olacağına karışmazken maksimum kâr elde etmesini de kısıtlamaz. KÖİ yöntemlerinde ise çoğunlukla kamu özel sektörün neyi, hangi kalitede ve ne miktarda üreteceğini belirler ve ayrıca sözleşmeyle bu hizmetin fiyatı konusunda anlaşılır. Daha sonra, özel sektör tarafı, belirlenmiş olan bu fiyatta kârını maksimize etmeye çalışır (OECD, 2008:13).

Geleneksel kamu alımlarında, devlet ihtiyaç duyduğu hizmetin miktarını ve özelliklerini belirler, özel sektör ile genellikle bir ihale kapsamında fiyatta anlaşılır. Mal (menkul ve gayrimenkul) tedarikinde de devlet tasarımı kendisi belirler ve özel sektör bu belirlenmiş olan tasarımın yapımını üstlenir. Devlet bu hizmetleri ve malları vatandaşlarına sunduğu hizmetlerde girdi olarak kullanır. Bu durumlarda kamu, hizmet sunumu riskini üstlenmiş olur. Aynı şekilde tamamen özel sektör tarafından sunulan hizmetlerde de özel sektör hizmetin miktarına, kalitesine, tasarımına ve fiyatına karar verir ve hizmet sunumuna dair tüm riskleri üstlenir.

KÖİ yönteminde genellikle kamu tarafı sunulacak hizmetin kalitesini ve miktarını belirlerken özel sektöre de tasarım ve yapım işleri bırakılır. Tasarımın özel sektöre bırakılması, verimliliğin artırılması için özel sektörün tasarımda yenilikler yapabilmesine olanak sağlar. Eğer tasarım kamu tarafından dayatılırsa yanlış tasarımdan doğan riski de üstlenmek durumunda kalır (Corner, 2006:40-48). Geleneksel yöntemde de KÖİ modellerinde de kamu ile özel sektör genellikle bir ihale kapsamında fiyat müzakeresi yaparlar. Ancak KÖİ'de, kamu, geleneksel yöntemde olduğu gibi sermaye varlığını özel sektörden doğrudan satın almaz. Bunun

yerine özel sektörün bu varlıkla ürettiği hizmetleri satın alır. Bu durum özel sektörün söz konusu varlığın işletilmesi, bakımı ve hizmetin sunulmasından sorumlu olduğu anlamına gelmektedir. Bu sorumlulukların yerine getirilmesi için özel sektörün, kamuyla anlaştığı kalite ve miktara uyması gerekmektir. Özel sektör hizmet sunumuyla ilgili risklerin bir bölümünü üstlenmiş olur. Daha da ötesi kamuyla anlaşılan kalite ve miktarı yine belirlenen fiyattan sunmak teorik olarak KÖİ sözleşmesi çerçevesinde ulaşılmak istenen harcama getirisini oluşturur. Her hizmet faydalanıcısı gibi devlet de, muhtemel olan en düşük fiyattan belirli standartların sağlanması anlamındaki, harcama getirisine ulaşmak ister. Yani kamu için harcama getirisi, kalite, özellik ve maliyetin proje ömrü boyunca optimal kombinasyonudur. Birleşik Krallık hükümeti harcama getirisini "… kullanıcının gereksinimlerini karşılamak için ömür boyu maliyetlerin ve kalitenin (veya amaca uygunluğun) optimum kombinasyonudur" şeklinde tanımlamaktadır (HM Treasury, 2006:29).

Sonuç olarak KÖİ, devletin hizmet sunum amaçlarıyla özel sektörün kâr etme amacının özel sektöre yeterli risk transferine bağlı olduğu, hizmetin özel sektör tarafından sunulduğu, devletin bir veya daha fazla özel sektör tarafıyla yaptığı sözleşme olarak tanımlanabilir. Devletin hizmet sunumunda etkinlik ve verimliliği sağlama amacı KÖİ'de hizmet miktarı ve kalitesi olarak ifade edilir. Niteliği gereği özel sektörün kâr etme amacı verimliliğin artırılmasını ve risklerin kâr üzerindeki etkilerini en aza indirmeyi içerir. KÖİ'nin bu tanımından yola çıkarak maddeler halinde şu özellikleri haiz olduğunu söyleyebiliriz (IMF, 2004:7; Corner, 2006:40).

- Özel sektör genellikle projeyi tasarlar, inşa eder, finanse eder, işletir ve yönetir; sonra da üretilen hizmeti devlete veya doğrudan son kullanıcıya sunar. Özel sektörün tüm bu faaliyetlerdeki katılımı, yapım veya işletmesini yaptığı veya devlet borçlanmasında finansman sağladığı kamu projesinden farklıdır.
- Özel sektör devletten düzenli ödeme ve/veya son kullanıcıdan kullanım ücreti alır.
- Devlet özel sektörden talep ettiği hizmetin kalitesini ve miktarını belirler. Eğer özel sektöre devlet tarafından düzenli ödemeler yapılacaksa söz

konusu ödemeler belirlenmiş olan kalite ve miktara uygunluğa bağlı olabilir.

- Verimli bir şekilde faaliyet göstermesini garantilemek için özel sektöre yeterli oranda risk transfer edilir.
- Sözleşmede belirtilmişse sürenin sonunda devlet özel sektöre belirlenmiş bir hurda değeri ödeyerek varlığın sahibi olabilir. Ödenecek miktar cari piyasa koşullarında hurda değerinden fazla veya az olabileceğinden hurda değeri riski devlet tarafından üstlenilmiş olur.

KÖİ'yi kamu projelerinden ve özelleştirmeden ayırdıktan sonra imtiyazla farklarının ne olduğu konusuna değinilecektir. OECD (2006:19)'ye göre imtiyazın özellikleri şunlardır:

- İmtiyaz, özel bir şirkete belirli bir altyapı hizmetini işletme ve gelirini toplama hakkı tanır.
- İmtiyazcı genellikle imtiyazı veren idareye söz konusu hakkı elde etmek için bir ücret öder.
- İmtiyazcı risklerin tamamına yakınını üstlenir.
- Hizmetin sunulmasında kullanılan varlık devletin resmi mülkü olmaya devam eder ancak imtiyazcı bunu işletme ve gelir elde etme hakkına sahiptir. İmtiyazcı genellikle bu varlığın bakımından da sorumludur.
- İmtiyazın dar anlamdaki tanımına göre varlığın mülkiyeti sözleşme süresinin sonunda devlete geçer.

İlk üç nokta imtiyazın başlıca özellikleridir. İmtiyazlar, özelleştirmeden genellikle varlığın devletin resmi mülkü olarak kalması ve sözleşmenin sınırlı bir sürede bitmesiyle ayrılır. Özelleştirmeyle karşılaştırıldığında imtiyaz sözleşmeleri idare ile imtiyazcı arasında çok daha detaylı bir ilişki oluşturur. Sözleşmeler özel şirketin sunması gereken hizmetin kalitesi ve miktarı hususunda detaylı koşullar içerir. İçme suyu, cep telefonu hizmetleri, televizyon kanalları ve paralı yollar tipik imtiyaz anlaşmalarıdır. Bu örneklerde bir cep telefonu şebekesi veya televizyon istasyonu sözleşmede belirlenen frekanslarda hizmet verir.

**Kutu 1.1. Çalışmada Kullanılan Bazı Kavramlar**

**Harcama getirisi:** KÖİ literatüründe sıkça kullanılan *value for money* kavramının Türkçe karşılığı olarak harcama getirisi ifadesi benimsenmiştir. *Value for money* ifadesi iş sözlüğünde "satın alımdan veya harcanan paradan elde edilen fayda" olarak tanımlanırken "satın almanın sadece en düşük fiyattan değil aynı zamanda maksimum etkinliğin ve verimliliğin de sağlanması"nı içerdiği vurgulanır. Bu ifade İngiliz Hazinesinin KÖİ ile ilgili dokümanlarında "kullanıcının gereksinimlerini karşılamak için ömür boyu maliyetlerin ve kalitenin (veya amaca uygunluğun) optimum kombinasyonu" olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlardan yola çıkarak *value for money* ifadesi yapılan harcamanın ömür boyu getirilerini içerecek şekilde harcama getirisi kavramıyla Türkçe'ye çevrilmiştir. (www.businessdictionary.com, HM Treasury, 2006:29)

**Dönemler Arası Bütçe Kısıtı:** KÖİ yöntemiyle yapılan projeler sadece belli bir yılda yapılan yatırımı kapsamadığından ve bunun yanında gelecekteki gelir ve gider akımlarını da içerdiğinden bütçe kısıtı kavramı yıllık değil gelecekteki bütçe kısıtlarını da kapsayacak şekilde *intertemporal budget constraint* sözcüğünün karşılığı olarak "dönemler arası bütçe kısıtı" ifadesi kullanılmıştır. Bu ifadeyle yapılacak ödemelerin sadece önümüzdeki bir yılın değil ondan sonraki yılların da bütçe tavanları içerisinde kalması gerektiği vurgulanmaktadır.

**Karşılanabilirlik:***Affordability* ifadesinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Karşılanabilirlik kamu için dönemler arası bütçe kısıtına içerisinde yer almak olarak da ifade edilebilir.

**Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı (KSK):** *Public sector comparator* ifadesinin Türkçe karşılığı olarak kullanılmıştır. Projenin ömür boyu gelir ve giderlerinin yanı sıra, projedeki risklerin de fiyatlandırılıp maliyetlere eklenmesiyle bulunur. "Diğer bir deyişle, proje bütçe imkânlarıyla hayata geçirilseydi kamuya maliyeti ne olurdu?" sorusunun cevabıdır. Kamu açısından değerlendirildiğinde, KÖİ projelerinde risklerin paylaşımı söz konusu olduğundan devredilen veya devredilmeyen risklerin parasal olarak ifade edilerek projenin gerçek maliyetine ulaşılması önem arzetmektedir. İsteklilerin ihale sürecinde yaptığı tekliflerin değerlendirilmesinde önemli bir araçtır.

İmtiyazlarda ve KÖİ'lerde ortak olarak harcama getirisini ve verimliliği artırmak için özel sektör kullanılır ve ikisinde de harcama getirisi elde etmek için özel sektöre risk transferi yapılır. Her iki yöntemde de özel sektör tarafı sözleşme süresi boyunca ilgili varlığı işletir, bakımını ve finansmanını yapar. Sözleşme süresi

sonunda da varlık devletin kontrolüne geçer. Yani imtiyazlar ve KÖİ'ler birçok ortak özelliğe sahiptir. Diğer taraftan bunları birbirinden ayıran iki ana özellik bulunmaktadır. Bunlar risklerin nasıl paylaşıldığı ve ödeme biçimleridir. Her iki yöntemde de özel sektöre risk transferi yapılıyor olsa da devredilen riskin oranı (özellikle talep riskinde) imtiyazlarda çok daha yüksektir. Bunun yanında hem KÖİ'ler hem de imtiyazlarda özel sektöre devletten ve/veya son kullanıcılardan ödeme yapılmaktadır. Ancak imtiyazlarda özel şirketin geliri büyük oranda son kullanıcılardan alınan ücretlerle sağlanır ve çoğunlukla özel şirket devletten ödeme almak yerine söz konusu varlığın işletme hakkını almak için devlete ödeme yapar. Bu ayrımı ortaya koyduktan sonra sözleşmelerin yeniden müzakere edildiği durumları, karşılanabilirliği ve harcama getirisi konularını ele alan literatürde imtiyazlar ve KÖİ'ler arasında net bir ayrım yapılmadığını da eklemek yerinde olacaktır. Her iki yöntemin tanımında ve hizmet sunum yöntemlerinde ortaya çıkan sorunların benzer nitelikte olması net bir ayrımın yapılması zorlaştırmaktadır.

### 1.2. KÖİ Yönteminin Ekonomik Yönü

Özünde KÖİ, devletin hizmet sunumunda geleneksel kamu alımına göre harcama getirisini artırmayı amaçlayan bir hizmet sunum yöntemidir. Tek başına özel sektörle bir hizmetin sunumu için sözleşme yapılması harcama getirisini artırmayı garantilemez. Tezin bu bölümünde harcama getirisi elde etmeyi sağlayacak ön koşullar ele alınacaktır. Bunun yanında karşılanabilirlik konusu ve özellikle bir projenin kamu hesapları dışında olmasının onu daha karşılanabilir yapıp yapmayacağına dair tartışmalar değerlendirilecektir.

KÖİ'lerin kayıt dışı olma özelliği onları, sıkı mali kuralların olduğu ve bütçe kısıtlarının projelerin ötelenmesine yol açtığı ülkelerde cazip hale getirmektedir. Karşılanabilirlik konusu ise projenin yer alacağı kayıtlarla ilgili değildir. Karşılanabilirlik, kamu söz konusu hizmeti hangi yöntemle sağlarsa sağlasın dönemler arası bütçe kısıtına bağlıdır. Bu bölümde aynı zamanda kısıtlı bütçe tahsisleri ve yasal bütçe sınırları konuları da ele alınacaktır.

### 1.2.1. Karşılanabilirlik ve Harcama Getirisi Kriterleri

Karşılanabilirlik ve harcama getirisi sağlamak bir KÖİ projesinin yaşayabilme kriterleridir (OECD, 2008:22). KÖİ'ler tesisin yapımı aşamasında finansmanın özel sektör tarafından karşılanması ve genellikle kamu tarafından sermaye gideri yapılmaması sebebiyle nispeten yüksek olan yatırım harcamaları kamu hesaplarında yer almaz ve kamu için bilanço dışında kalırlar. Ancak KÖİ'ler bazı projelerin karşılanabilir olmasına yardımcı olsa da bu onların bilanço dışı olduklarından kaynaklanmaz. Karşılanabilirlik sadece KÖİ projeleri için değil tüm kamu alımları için aranan bir özelliktir. Bir proje, eğer projeye yapılacak harcama devletin dönemler arası bütçesine yerleştirilebiliyorsa karşılanabilir olarak kabul edilir.

Avrupa Komisyonu'na göre harcama getirisi elde etmek KÖİ projelerinin ana amacı olmalıdır. Komisyon, harcama getirisinin bileşenlerini, ömür boyu maliyetlerin azaltılması, riskin daha iyi paylaşımı, daha hızlı uygulama, hizmet kalitesinin iyileşmesi ve daha fazla gelir elde edilmesi olarak saymaktadır (EC, 2003:55). Arthur Andersen and Enterprise LSE'nin İskoçya Parlamentosu için yaptıkları çalışmada harcama getirisi elde etmenin risk paylaşımına, çıktı odaklı şartnamelere, sözleşmelerin uzun vadeli olmasına, rekabete, performans ölçümüne, teşviklere ve özel sektörün yönetim tecrübesine bağlı olduğu belirtilmektedir (2000:18-50). Avustralya'nın Victoria eyaletindeki KÖİ'ler için hazırlanan bir raporda ise harcama getirisinin risk paylaşımı, yenilikçilik, varlıktan daha fazla faydalanma ve entegre bir ömür boyu yönetimle sağlanabileceği iddia edilmektedir (Fitzgerald, 2004:17). Avrupa Komisyonu'nun harcama getirisi tanımı daha çok sözleşme imzalanmadan önce yani ex ante bir yaklaşım sergilerken Avustralya'daki yaklaşım daha çok uygulamadan sonra ulaşılan harcama getirisine odaklanmaktadır.

Bir kamu yatırımının geleneksel yöntemle mi yoksa KÖİ ile mi yapılacağına karar verilirken bunlardan hangisinin daha karşılanabilir olduğu ve hangisinden daha fazla harcama getirisi elde edebileceğine bakılmalıdır. Çıktıların daha etkin ve verimli olduğu yöntem aynı zamanda daha yüksek harcama getirisi sağlayan yöntemdir. Hangi yöntemin seçileceği ise şu hususlara bağlıdır:

- Karşılanabilirlik ve harcama getirisi
- Kısıtlı bütçe tahsisi ve yasal bütçe sınırları
- Risk paylaşımı
- Rekabet düzeyi
- Hizmetin niteliği

#### 1.2.1.1.Karşılanabilirlik ve Harcama Getirisi

Teorik olarak karşılanabilirlik, bir projenin dönemler arası bütçe kısıtı içerisinde kalması olarak tanımlanabilir. Ancak KÖİ projeleri hem nakit akışı hem de kamu hesaplarında yer almaması bakımından geleneksel yöntemden farklı olduğu için KÖİ'nin karşılanabilirlik üzerindeki etkileri karıştırılabilir. **Geleneksel yöntemde** karşılanabilirlik ile ilgili hususlar temel olarak şöyle özetlenebilir:

1. Harcama tarafında:
   - Hizmetin sağlanması için gerekli olan yatırım devlet tarafından sermaye gideriyle yapılır. Genellikle devlet bu harcamayı başlangıç aşamasında yapar ve yapının idame ve yenileme harcamaları da devlet tarafından yapılır.
   - İşletme maliyeti (maaş ödemeleri, sarf malzemeleri ve bakım masraflarını kapsar) ve projenin finansmanı için alınan kredinin faiz ödemeleri olmak üzere iki ana kalemden oluşan cari harcamalar yapılır.
2. Gelir tarafında:
   - Harcamaları karşılamak üzere genel vergi gelirleri veya kamu borçlanması kullanılır.
   - Eğer uygun bir alansa, projeden, kullanıcı ücretleri elde edilebilir.

İşletme maliyetleri gibi cari harcamalar yatırımın kullanım ömrü boyunca ödenirken, istisnaları olsa da, faiz ödemeleri, kamu borçları geri ödenmeyip çevrildiği için genellikle daimidir. Eğer devlet varlığın finansmanı için borçlanmaya

giderse kamu borcu artar. Eğer gelecekte beklenen faiz dışı fazlaların değeri mevcut kamu borcundan daha düşük kalıyorsa bu bazı projelerin karşılanabilir olmadığı anlamına gelmektedir. Pratikte bütçeleme yapılırken kısa vadeli planlar yapılmakta ve bugünkü değer hesaplarına detaylı şekilde yer verilmemektedir. Bir projenin karşılanabilir olduğuna, ortaya çıkaracağı maliyetlerin gelecekte de aynı düzeyde kalacağı varsayımı ve mevcut harcama ve gelir düzeylerinde karşılanabilir olup olmadığına göre karar verilmektedir.

**KÖİ yöntemlerinde** ise "tasarlama, yapım, finanse etme ve işletme" faaliyetlerinin çeşitli kombinasyonları kullanılır ve kamu projesiyle şu yönlerden farklılık gösterir (Fourie and Burger, 2001:150-151):

- Özel sektör genellikle sermaye harcamasını üstlenir ve devlet hiçbir sermaye harcaması yapmaz. Bu yüzden devletin sermaye harcaması daha düşük özel sektörün ise daha yüksek olacaktır.
- Devlet, özel sektöre sunduğu hizmetin karşılığı olarak bir ücret öder. Özel sektör elde ettiği bu geliri işletme maliyetlerini ve faiz giderleriyle birlikte aldığı borcu ödemek için kullanır. Alternatif olarak özel sektör son kullanıcıdan kullanım ücreti de alabilir. Devletin ödediği ücret cari harcama olarak sınıflandırılacaktır. Yani sermaye harcaması artmamış olan kamunun cari harcamaları yükselecektir.

Bir KÖİ projesi eğer devletin gelecekteki gelir akımlarının bugünkü değeri KÖİ projesi de dâhil edildiğinde gelecekteki faiz ve faiz dışı ödemelerinin bugünkü değerine eşit veya üzerinde ise **karşılanabilirdir**[1]. Bu tanım teknik olarak doğru olsa da KÖİ yöntemleriyle yapılan projelerde ve kamu sektörü karşılaştırmalarında detaylı bugünkü değer hesaplamaları yapılırken diğer kamu faaliyetlerinde bu hesapların nadiren yapılması tanımda bir eksiklik oluşturmaktadır. Az ya da çok bağlayıcılığı olan orta vadeli mali tahminler yapılsa da bütçeleme ileriye dönük

[1] Eğer bir projede kullanıcı ücretleri tahsil edilecekse projenin tüketiciler için karşılanabilirliği de hesaba katılmalıdır. Örneğin bir kamu tedarikinde tamamen vergi gelirleri kullanılacakken KÖİ yönteminde kullanıcı ücreti alınması söz konusu olacaksa diğer her şey eşitken devletin topladığı gelirlerin bugünkü değeri KÖİ yönteminde daha düşük olacaktır. Ancak vatandaşların **ortalama** geliri ve kullanıcı ücretlerinin bugünkü değeri değişmediği halde hizmeti kullananların üzerindeki gelir ve kullanıcı ücretleri yükü artarken hizmeti kullanmayanların yükü azalacaktır.

olarak sadece bir yıl için yapılır. Bu durum, planlamanın kısa vadeli olduğu ortamda karşılanabilirliğin nasıl hesaplanacağı sorusunu akla getirmektedir. Bu durumda karşılanabilirliği hesaplanan diğer kamu faaliyetleri gibi KÖİ'ler de ortaya çıkacak harcama cari yılın bütçesi içerisinde yer bulabiliyorsa ve bu harcama düzeyinin sürdürüleceği tahmin ediliyorsa karşılanabilir olarak nitelendirilebilir.

KÖİ yönteminin uygulanması kamu sermaye harcamasını azaltacağından kısa vadede kamu harcamalarını ve bütçe açığını azaltıcı bir etkisi olmaktadır. Uzun vadede özel sektöre yapılacak ödemelerin bugünkü değerleri dikkate alındığında KÖİ yöntemi geleneksel kamu alımından daha ucuz olmayabilir. Hangi yöntemin daha ucuz olacağı faiz harcamalarına (genellikle kamu tarafından ödenen faiz oranı özel sektörden daha düşüktür) ve ulaşılan verimlilik düzeylerine bağlıdır. Diğer bir deyişle, eğer KÖİ yöntemiyle devletin harcama getirisi daha yüksek olacaksa gelir ve gider akımlarının bugünkü değeri yükselir ve KÖİ projesi daha karşılanabilir bir yapıya kavuşur. Buradan yola çıkarak bir KÖİ projesinin ancak daha yüksek harcama getirisi sağlıyorsa, geleneksel kamu alımından daha karşılanabilir olduğu söylenebilir. Bununla birlikte hem geleneksel kamu alımı hem de KÖİ yönteminde mutlak karşılanabilirlik devletin yapacağı harcamanın dönemler arası bütçesi içerisinde yer alabilmesine bağlıdır. Dolayısıyla geleneksel yöntemle yapıldığında karşılanabilir olmayacak bir projede KÖİ yönteminin tercih edilmesi ancak KÖİ yönteminde karşılanabilirliği kapsamayan kısmi bir analiz istendiği için olabilir. Bu da bir projenin karşılanabilir olup olmadığının kesinlikle geleneksel yöntem ve KÖİ yönteminin karşılaştırmalı bir analizine dayanması gerektiğini göstermektedir.

#### 1.2.1.2.Kısıtlı Bütçe Tahsisi ve Yasal Bütçe Sınırları

Karşılanabilirlik kavramı ve bir hükümetin dönemler arası bütçe kısıtları içinde hareket etmesi gerektiği durumlar ile mali kurallar, orta vadeli harcama çerçeveleri veya hukuki ve siyasi bağlılıklarla yüklenilen bütçe kısıtları birbiriyle karıştırılmamalıdır. Örneğin, birçok ülkede merkezi olan veya olmayan kamu otoritelerinin borçlanma olanakları kısıtlıdır veya yasal olarak borçlanmaları mümkün değildir. Kamu harcamaları, bütçe açıkları veya kamu borçlanması birçok ülkede mali kurallarla sınırlandırılmıştır. Bu tip bir sınırlamanın olmadığını varsaydığımız durumda bir kamu idaresi, örneğin bir belediye, geleneksel yöntemle

yapacağı bir proje için borçlanabilir ve gelecekte beklediği gelir akımlarıyla bu borcu ödeyebilir. Yani söz konusu proje ve borçlanma karşılanabilirdir. Bir başka örnek de bütçe tahsislerinin katı biçimde çok yıllı olarak ve merkezi bir şekilde yapıldığı durumlar için verilebilir. İdareler harcama planlarını gelecekteki bütçe tahsislerini göz önünde bulundurarak yapmak zorundadırlar. Bu durum, tüm kamu bütçesinin dönemler arası bütçe kısıtını ihlal etmese bile, belli bir idarenin geleneksel yöntemle yapacağı ek bir projenin kendi bütçe sınırını aşabileceği anlamına gelir. Benzer bütçe kısıtlarının bir projeyi KÖİ yöntemiyle kayıt dışı olarak yapılmasını teşvik edebileceği üç durum vardır.

Birinci durum, bir projenin ne geleneksel yöntemle ne de KÖİ yöntemiyle yapılamaması halinde ortaya çıkmaktadır. Bu durumun üç özelliği olup aşağıda sayılmıştır. Kamunun birincisi üzerine odaklanıp ikinci ve üçüncüyü önemsememesi karşılanabilir olmasa da KÖİ yönteminin kullanılması için bir teşvik oluşturur.

1) Geleneksel yöntem kullanıldığında başlangıçtaki sermaye giderinin çok büyük olması, kamu kurumunun bütçesini aşması ve bütçe tahsisinin merkezden yapılması durumunda, söz konusu kamu kurumu ihtiyacı olan finansmanı sağlayamayıp özel sektör finansmanıyla projeyi sürdürebileceğini düşünebilir.

2) Kamunun KÖİ yöntemiyle hayata geçireceği projede, özel sektöre yapılacak ödemelerin ilgili kuruma gelecekte tahsis edilecek bütçe kaynakları ile gerçekleştirilemeyebilir.

3) Özel sektör, hizmeti kullananlardan ücret alamayabilir.

Bu üç özelliğin bulunması durumunda proje toplam (dönemler arası) kamu bütçesi içinde karşılanabilir olsa da ve/veya proje harcama getirisi sağlıyor olsa da üstlenilmemelidir.

İkinci durum, özel sektörün son kullanıcıdan ücret alabilmesi dışında birincisiyle aynı özellikleri taşır. Bu durumda kamu idaresi sermaye giderinin tamamını veya bir kısmını bütçe sınırları içinde karşılayamaz ve hizmeti kullananlar hem vergi yükü hem de kullanım ücretiyle karşı karşıya kalırlar. Sosyal açıdan da ele alındığında eğer son kullanıcıda vergi ve kullanım ücreti ödemelerinin oluşturduğu yük kabul edilebilir bir düzeyde ise projenin karşılanabilir olduğu söylenebilir.

Üçüncü durum hükümetin kamu mali dengesi üzerinde bulunan mali yükümlülükler altında çalışması durumudur. Bütçenin dengede tutulması veya İstikrar ve Büyüme Paktı (*Stability and Growth Pact*) altındaki Avrupa Birliği ülkelerindeki gibi bütçe açığının GSYH'nin yüzde 3'ünü geçmemesi gibi bir kuralın uygulanması bu duruma bir örnek teşkil edebilir. Böyle bir durumda genellikle çok büyük bir sermaye gideri gerektiren kamu projeleri, bu sermaye giderinin özel sektör tarafından yapılacağı ve nispeten çok daha küçük olan ödemelerle karşılanacağı için KÖİ yöntemleriyle hayata geçirilebilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus KÖİ yöntemi karşılanabilir olsa da tercih edilmesinin temel sebebinin harcama getirisi elde edilmesi değil mali kuralların neden olduğu bütçe kısıtları olmasıdır.

KÖİ konusunda karar verme merciinde olanlar geleneksel yönteme göre daha düşük bir harcama getirisi elde edilecek olmasına rağmen idareler tarafından KÖİ yöntemlerinin tercih edilebileceği bu durumların farkında olmalıdırlar. Sonuç olarak, KÖİ'ler hükümetin veya kamu kuruluşlarının dönemler arası bütçe sınırları dâhilinde karşılanabilir olan ancak bütçe kısıtları, mali kurallar veya merkezden yapılan bütçe tahsisleri nedeniyle geleneksel yöntemle yapılamayan projelerin üstlenilebilmesini sağlayabilecektir. Böyle bir durumda KÖİ yönteminin kullanılmasında hükümetin veya kamu kurumunun dikkate alacağı tek konu harcama getirisi olmayacaktır. Hatta projenin kamu hesaplarına dâhil edilmiyor olması harcama getirisi konusunun ihmal edilmesine sebep olacak kadar güçlü olabilecektir. Birçok ülkede KÖİ yöntemlerinin kullanılmasındaki ana sebep bu olmuştur. Bu yüzden KÖİ yöntemi bütçe kısıtları veya merkezden yapılan bütçe tahsisleri sebebiyle tercih ediliyorsa projenin harcama getirisi çok daha dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.

#### 1.2.1.3.Risklerin Rolü

Risk paylaşımı bir KÖİ projesinin başarısında rol oynayan en temel faktörlerden biridir. Önceki bölümlerde de belirtildiği üzere bir projenin geleneksel kamu projesi veya KÖİ olması büyük oranda riskin çoğunun kim tarafından üstlenildiğine bağlıdır. KÖİ projelerinde riskin önemi, üstlenilen risk ile projenin etkinliği arasındaki ilişkinin anlaşılmasıyla kavranabilir. Kamunun, özel sektörün hizmet sunumu ve verimlilik açısından ortaya koyması beklenen iyileşmeden faydalanmak istemesi KÖİ yönteminin kullanılmasındaki temel sebep olarak

sayılabilir. İktisat teorisinde **tahsis etkinliği**[2], **teknik etkinlik**[3] ve **X etkinliği**[4] olmak üzere üç çeşit etkinlik tanımlanır (Fourie and Burger, 2000:697). Buna göre hükümetin bir projeyi öncelikli olarak yapmaya karar vermesi projenin hangi yöntemle uygulandığından bağımsız olarak tahsis etkinliğiyle ilgilidir. Projenin yapılmasıyla ilgili bir karar alındığında uygulamanın hangi yöntemle gerçekleştirileceği kararlaştırılır. Bu aşamada teknik etkinliği ve X etkinliği KÖİ yöntemi ile kamu projesi arasında yapılacak bir tercihte belirleyici olacaktır.

Bazı kaynaklarda **ölçülebilen risk**[5] olarak geçen risk, muhtemel sonuçların nesnel (istatistiksel olarak belirli) veya öznel olarak rakamsal olasılıklara dönüştürülmüş hali olarak tanımlanır. Başka bir ifadeyle, risk, fiili sonucun beklenen sonuçtan ölçülebilen sapma olasılığıdır (OECD, 2008:31). Eğer yeterli veri mevcutsa olasılıklar istatistiksel olarak tahmin edilebilir. Bununla birlikte tecrübeye dayalı olarak çeşitli muhtemel sonuçlar için öznel olasılıklar da kullanılabilir. Risk özel sektörü, günlük faaliyetlerinde teknik etkinliğe ve X etkinliğine sevk eder. Diğer bir deyişle, firmalar beklenen sonuçtan sapmaya yol açabilecek faktörleri yönetmeye çalışırlar. Bu faktörler maliyet artışına veya gelir kaybına yol açabilecek her şey olabilir. Örneğin finansal riskin paylaşılması özel sektörün projesini zamanında ve bütçesi içerisinde tamamlaması, uygulamada etkinliği sağlaması ve titiz bir gider tahmini yapması için bir teşvik oluşturur. Kamu ise kâr odaklı olmadığından geleneksel anlayışa göre özel sektör gibi etkin olma motivasyonuna sahip değildir. Dolayısıyla, bir KÖİ projesiyle kamu, özel sektörün etkin olma motivasyonunu kamu hizmeti sunumunda etkinliği artırmak için kullanmak isteyebilir. Özel sektörün etkinliği geliştirme kabiliyeti yönetim becerilerinden de kaynaklanabilir. Kamu, özellikle KÖİ yöntemlerinin kullanıldığı büyük ve karmaşık projeler için yönetim becerisine ihtiyaç duyulabilir.

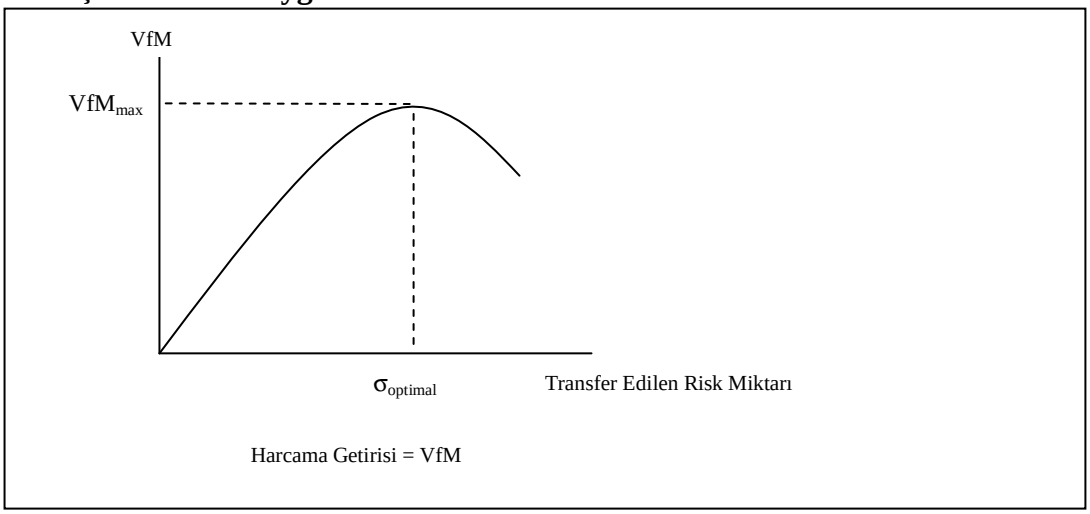
Harcama getirisine ulaşılması, hem kamu hem de özel sektörün riski tanımlama, analiz etme ve uygun şekilde tahsis etme kabiliyetlerine bağlıdır. Bu alandaki başarısızlıklar finansal maliyete dönüşecektir. İyi risk yönetiminde risk en

---

[2]Kaynakların kârı ve faydayı maksimize edecek şekilde kullanılması
[3]Minimum girdiyle maksimum çıktıya ulaşılması
[4]Girdinin israf edilmesinin önlenmesi
[5] Burada ölçülebilen ve ölçülemeyen riskler birbirinden ayrılmalıdır. Ölçülemeyen risk ya da belirsizlik bu bölümün ilerleyen kısımlarında ele alınacaktır.

iyi yönetebilecek tarafça üstlenilir. Ancak Leiringer (2006:306) riski en iyi yönetebilecek tarafın, olumsuz bir durumun oluşmasında daha çok etkisi olan mı yoksa olumsuz bir durumda bununla daha iyi başa çıkabilecek olan taraf mı olduğunu sorgulamıştır. Bu karışıklık "riski en iyi yönetebilecek taraf"ın tanımlanmasını gerektirir. Corner (2006:44)'e göre riskin en iyi şekilde yönetilmesi, en düşük maliyetle yönetilmesidir. Dolayısıyla uzun vadede proje maliyeti düşecektir. Eğer ters bir durumun ortaya çıkmasını engellemenin maliyeti bu durumun sonuçlarıyla uğraşmaktan daha düşük olacaksa, risk, bu etkinin ortaya çıkma ihtimalini düşürebilecek olan tarafça üstlenilmelidir.

**Şekil 1.3. En Uygun Risk Transferi**

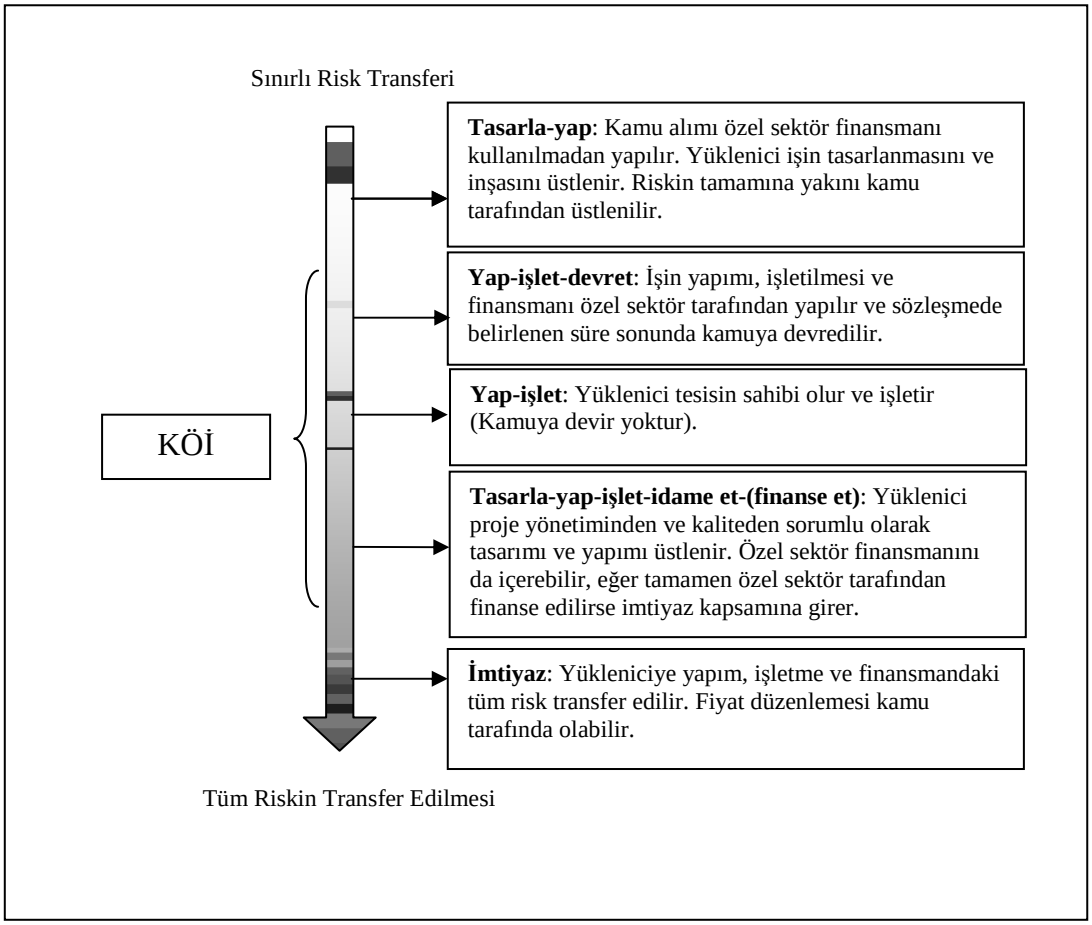



Kaynak: OECD, 2008:33

Riskin en iyi şekilde yönetileceği tarafça üstlenilmesi özel sektöre maksimum oranda risk transferi yapılacağı anlamına gelmez. Harcama getirisi ve verimlilik göz önüne alındığında Şekil 1.3'te görüldüğü gibi transfer edilen riskin optimal bir oranı olduğu iddia edilebilir. Yani, özel sektöre devredilen riskin miktarı arttıkça belli bir orana kadar harcama getirisini artırabilir. Ancak optimal bir orandan sonra özel sektöre daha fazla riskin devredilmesi harcama getirisini azaltır. En uygun risk paylaşımının belirlenmesi, kamu desteği ve kullanıcı ücretleri de dahil olmak üzere kazanımların ve kayıpların irdelendiği karmaşık bir süreçtir ve projeye has durumların sözleşmede ele alınması gerekmektedir (Engel at al., 2007:4-6). Ayrıca Şekil 1.4'te görüldüğü gibi KÖİ sözleşmelerinin değişik versiyonlarında farklı risk paylaşımları vardır. Örneğin tasarla-yap-işlet-finanse et yöntemi tasarla-yap

yöntemine göre çok daha fazla risk içermektedir. Özel sektörün sorumluluk alanına eklenen her faaliyet özel sektörün bu faaliyet için riski en iyi yönetebilecek taraf olup olmadığı sorusunu da beraberinde getirmektedir.

**Şekil 1.4.KÖİ Yöntemine Göre Risk Paylaşım Düzeyleri**




Kaynak: OECD, 2008:33

KÖİ yöntemi genellikle diğer yöntemlerle yapılan projelerden daha karmaşık projeler için kullanıldığından risk profilinin belirlenmesi başlı başına bir sorun alanıdır. Bu karmaşıklık projenin yüklenicisi olan **özel amaçlı şirketlerin** (*special purpose vehicles*) çeşitli sermaye kaynaklarının olması ve sözleşme sürelerinin son derece uzun olmasından kaynaklanmaktadır. Büyük altyapı projelerini diğerlerinden ayıran bazı özellikler aşağıda yer almaktadır (OECD, 2008:34):

- Yüksek yatırım maliyeti ve düşük işletme maliyeti bir aradadır. Bu yüzden borç yönetimi ve finansal maliyetler toplam harcamalar içinde büyük bir oran tutar.

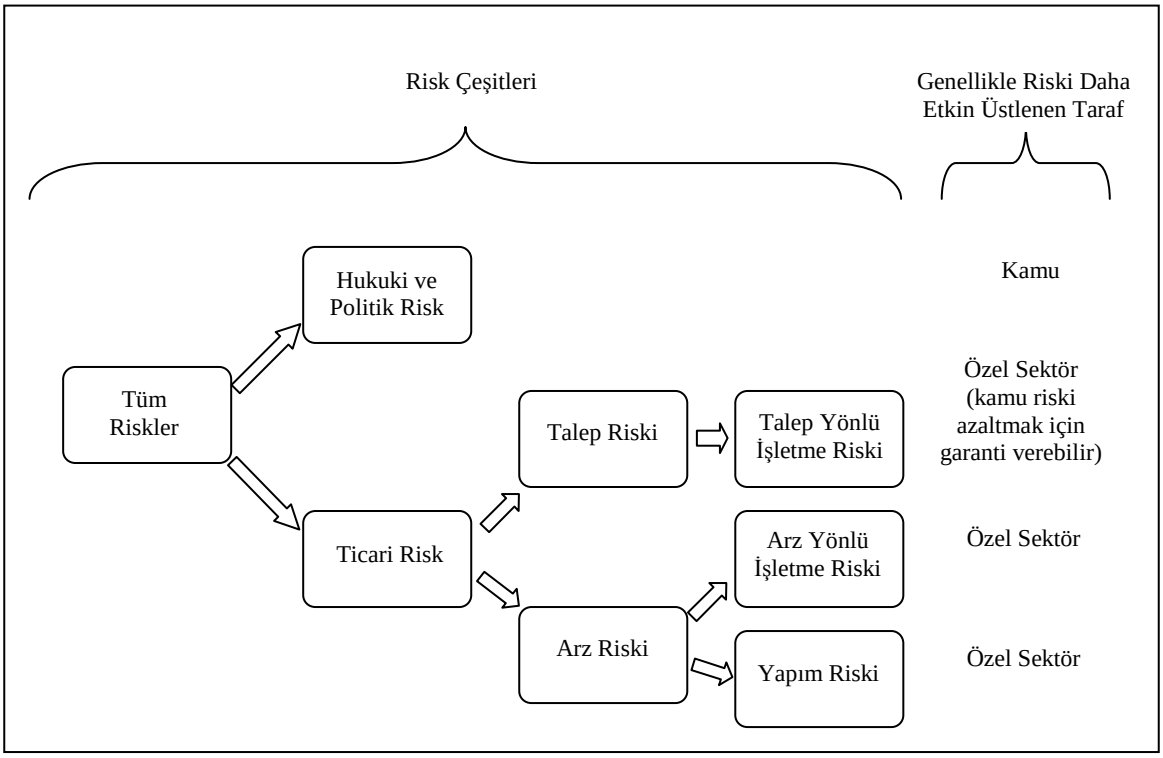
- Yapım süresi uzundur ve projenin gelir getirmeye başlaması zaman alır.
- Eğer kamu tarafından garanti verilmemişse projenin nakit akışı özsermayenin geri dönüşünde ve kreditörlere verilen teminatlarda kilit rol oynar.

Bu özellikler, çoğu durumda özel sektör katılımının niçin sorun çıkarabileceğini de açıklamaktadır. Risk profilinin çıkarılması riskten ayrı olarak belirsizliğin de hesaba katılmasıyla çok daha zor bir durumu ortaya çıkarır. Ölçülemeyen risk olarak da adlandırılan belirsizliğin ölçülebilen riskten ayrılması gerekmektedir (Fourie and Burger, 2000:705-706; Grimsey and Lewis, 2005:368-370). Belirsizlik, ölçülebilen somut ya da soyut olasılıkların hesaplanamadığı ve tahmin edilebilen muhtemel çıktılara atfedilemediği durum olarak tanımlanmaktadır. Geçmiş deneyimler ve araştırmalar, kamu ve özel sektöre muhtemel, en iyi ve en kötü senaryoların oluşturulmasına ve bunlara öznel ve sıralanabilir (ordinal) ihtimallerin, muhtemel ve kuvvetle muhtemel gibi, atfedilmesine olanak sağlayabilir. Bu şekilde yapılacak olan tahminler bilgiden çok uzmanların varsayımlarına dayanır. Özgün ve sadece bir kere yapılan projeler daha çok belirsizlik içermekle beraber, her proje hesaplanamayan durumlardan (terör olayları ve doğal afetler gibi) etkilenebileceği için risk ve belirsizlik faktörleriyle karşı karşıyadır.

Riskin kamu ile özel sektör arasında nasıl paylaşılacağına karar verilirken iç kaynaklı ve dış kaynaklı, diğer bir deyişle kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen, olmasına göre bir ayrım yapılmalıdır. KÖİ yönteminde verimlilik dürtüsü olan risk iç kaynaklı olandır. Dış kaynaklı riskler kamu tarafından üstlenilir veya paylaşılır. Kamunun dış risklerin bir kısmını özel sektöre yüklemesi durumunda özel sektör bunun için bir risk primi talep edecektir.

Risk tipleri farklı kaynaklarda çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Fourie ve Burger'e (2000:699) göre riskler **hukuki ve politik** ile **ticari** olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır (Şekil 1.5). Genellikle özel sektör ticari riskleri kamu sektörü ise hukuki ve politik riskleri üstlenme konusunda daha yeteneklidir. Hukuki ve politik risk; yasal çerçeve, uyuşmazlıkların çözümü, hükümet politikası, vergilendirme ve kamulaştırma konularıyla ilgili risklerdir. Ticari risk ise arz ve talep riski olarak ikiye

ayrılmaktadır. Arz riski temel olarak özel sektörün söz konusu hizmeti sunabilme kabiliyetidir. Arz riski de yapım riski ve arz yönlü işletme riski olarak iki alt çeşide ayrılabilir. Girdinin ve işgücünün maliyeti, teknik ve üretim süreçleri riski, artık maliyet riski ve gereğinden fazla teknoloji kullanımı gibi riskler yapım ve arz yönlü işletme risklerinin çeşitleridir. Ayrıca sermaye maliyetindeki, döviz kurundaki ve üretici enflasyonundaki değişimlerden kaynaklanan finansal riskler de yapım ve arz yönlü işletme riskleri kapsamında yer alır. Talep riski ise temel olarak; tüketici tercihlerinin değişmesi, ikame ürünlerin ortaya çıkması, tamamlayıcı ürünlerin ortadan kalkması, ithal rekabeti ve gelir düzeyindeki vedemografik değişimlerden kaynaklanan talep yönlü işletme risklerinden oluşur. Ayrıca faiz oranlarından, döviz kurundan ve tüketici enflasyonundan kaynaklanan finansal riskler de talep riski kapsamında değerlendirilir.




**Şekil 1.5. Risk Çeşitleri**
Kaynak: Fourie and Burger, 2000:699

Merna ve Smith (1996:182) ise riski küresel ve temel riskler olarak ikiye ayırmış ve küresel riskleri genellikle proje taraflarınca kontrol edilemeyen ve proje bütünlüğü dışında olan riskler (doğal afetler, savaşlar gibi) olarak tanımlamışlardır.

Temel riskleri ise proje taraflarınca kontrol edilebilen riskler olarak belirlenmiş ve 6 kategoriye ayrılmıştır:

- **Politik riskler:** Ülkeye özgü koşullar veya ülkedeki egemen güçle ilgili risklerdir.
- **Borçlananın kredi riski:** Projenin uygulanması için oluşturulan özel amaçlı şirketin kredi notuyla ilgili risklerdir.
- **Tamamlama riski:** Projenin tamamlanmasının gecikmesi riski.
- **İşletme ve bakım riski:** Projenin istenen etkinlikte çalışmaması riski.
- **Girdi ve çıktı riskleri:** Yetersiz, düşük kaliteli ve proje ihtiyaçlarıyla tutarsız hammadde arzı ve proje çıktılarına yetersiz talep oluşması riskleri.
- **Finansman riski:** Proje için borçlanma maliyetlerinin artması ve döviz kuru dalgalanmaları gibi riskler.

Risklerin tanımlanması ve tahsisinin ardından fiyatlandırılması aşamasına gelinir. Ancak özel sektör ve kamu tarafından söz konusu riskleri fiyatlandırmak için farklı yöntemler kullanılabilir. Kamu sektörü proje değerlendirmede genellikle risksiz faiz oranları ve sosyal zaman tercihi[6] oranlarını kullanırken, özel sektör maruz kaldığı daha yüksek risk primleri sebebiyle daha yüksek indirgeme oranlarını kullanmaktadır. Bunun sonucunda, potansiyel olarak daha yüksek verimlilikteki özel sektör teklifleri tercih edilmeyebilecektir. Hatta istekliler arasında bir tercih yapıldıktan sonra özel ve kamu tarafı arasındaki maliyet değerlendirme farklılıkları verimsiz kaynak tahsisine yol açabilmektedir (IMF 2004:13-14).

Riskler ve potansiyel etkileri tanımlandıktan sonra taraflar yönetebilecekleri risklere karşı ne yapacakları konusunu değerlendireceklerdir. Riskleri azaltmanın sözleşme düzenlemeleri, sigorta, kredi garantileri, politik risk sigortası ve finansal türevlerin kullanılması gibi çeşitli araçları vardır. Riske yanıt vermenin 5 ana çeşidi sayılabilir (OECD, 2006:26-27):

[6]Toplum tarafından algılanan paranın saf zaman değeri.

- Risk kaynağının ortadan kaldırılması veya bu riske sahip projelerin kabul edilmemesi yoluyla riskten **kaçınma**,
- Tarafların riskin ihtimalini veya etkisini azaltmaya çalışarak riskten **korunması**,
- Bir tarafın riski **sigortalatması**,
- Riskin daha iyi yönetilebileceği tarafa yüklenerek **devredilmesi**,
- Risk yönetimi maliyetlerinin yüksek olması sebebiyle riskin devredilmeyerek **tutulması**.

KÖİ projelerinin uygulanmasında risklerinin paylaşılması özellikle sözleşme ve muhasebe uygulamalarında büyük zorluklara yol açabilmektedir. IMF'ye göre bu noktadaki ana sorun sözleşmelerde hukuki ve iktisadi sahipliğe ilişkin ayrımın, fiili risk paylaşımı düzenlemelerini yansıtmamasından kaynaklanmaktadır. Örneğin, bir varlığı işleten özel bir firma normalde sözleşmede de hukuki sahiptir. Ancak kamunun, riskin büyük bölümünü üstlendiği durumlarda, devlet bu varlığın iktisadi olarak sahibidir. Bu durum genellikle sözleşmelerde yer almayan önemli bir ayrımdır. Özellikle finansal kiralama (leasing) düzenlemelerinde bu ikilem sorunlu bir alan olarak görülmektedir (IMF, 2004:18-20).

#### 1.2.1.4.Rekabet Düzeyi

Yukarıdaki bölümde değinildiği gibi risk, firmaları teknik etkinliğe ve X etkinliğine ulaşmaya sevk etmektedir. Firmalar ulaşılan çıktıların beklenen çıktılardan sapmasına yol açabilecek faktörleri yönetmeye ve etkilemeye çalışırlar. Bu faktörler maliyetlerin artışına veya gelirlerin azalmasına dolayısıyla da projeksiyonlardan sapılmasına yol açabilecek her şeyi içermektedir. Bu bölümde rekabetin etkin risk paylaşımı sağlaması hususunda oynadığı kilit rol ele alınacaktır. Rekabetin yokluğunda KÖİ sözleşmesindeki koşullardan bağımsız olarak risk kamu tarafından üstlenilir. Monopolistik ve harcama getirisinin sağlanamadığı bir ortamda tüketicilerin hizmeti monopolcüden almak dışında bir seçeneği olamamaktadır. Monopolcü, rekabet ortamında oluşabilecek fiyatın üzerinde bir fiyat belirleyebilir veteknik ve X etkinliğine ulaşamadığından maliyetleri de yüksek olabilir. Ayrıca

monopolcünün sağladığı mal tüketicinin arzu ettiği özelliklere uymayabilir. Tam neoklasik pazar varsayımında ise rekabet olduğu zaman, firmalar, tüketiciler için uygun olmayan bir kalite, özellik ve fiyat kombinasyonunda tüketicinin başka bir firmaya yöneleceğini bilirler. Bu tüketici gücü, çeşitli arz ve talep risklerinin kârlılık üzerindeki etkilerini artırmaktadır. Dolayısıyla da kârını maksimize etmek isteyen bir firmanın kaçınılmaz olarak bu riskleri yönetme ihtiyacı ortaya çıkar. Özellikle önemli miktarda batık maliyet içeren büyük altyapı projelerinde KÖİ yöntemi kullanılmak istenirse rekabet ortamı sağlanamayabilir. Monopol gücünün farkında olan bir özel sektör ortağı sunduğu hizmetin verimliliğini düşürerek bunu kâra çevirebilir. Verimlilikteki düşüş de KÖİ yönteminin geleneksel kamu projesine karşı olan avantajını ortadan kaldırabilir.

Rekabet, KÖİ yönteminin uygulanması sürecinde hem sözleşme öncesi hem de sözleşme sonrası dönemde önemlidir. Sözleşme öncesi dönemde firmaların ihaleye katılacak birden fazla istekli olduğunu bilmesi proje tasarımlarında mümkün olduğunca verimli olmalarını dolayısıyla da kamuya harcama getirisi sağlamalarını zorunlu kılar. Çok az sayıda istekli bulunması KÖİ ihalesi için önemli bir tehlikedir. Sadece bir teklif sahibinin bulunması halinde kamu, isteklinin kamu sektörü karşılaştırmasıyla yarışmasına müsaade edebilir. Bu durumda firmanın en verimli teklifi değil kamu ile karşılaştırıldığında daha verimli olabilecek bir teklifi sunması yeterli olacaktır. Kamunun KÖİ ve benzer projeler konusunda geçmişe ait yeterli verisi ve deneyimi varsa ihalede sadece tek bir istekli olması ihtimali düşük olmakla beraber kamu edindiği deneyimle bir karşılaştırma yapabilecektir. Kısacası firmanın verimlilikle riski azaltmayı sağlayabilmesi için gerçek bir rekabetin yerine geçebilecek bir şey yoktur.

Çok az sayıda istekli olması harcama getirisine ulaşılamayacağı anlamına gelirken diğer taraftan çok fazla istekli olması da firmanın ihaleyi kazanma ihtimalini düşürecektir (Zitron, 2006:54). Bir projenin ihale sürecinde yer almanın getireceği maliyetler göz önüne alındığında, projeyi ve risklerini üstlenebilecek güçlü firmaların teklif vermemesi de söz konusu olabilir (Zitron, 2006:59; Bloomfield, 2006:402). Bu nedenle Zitron (2006:59) ihale riski ve proje riski ayrımının yapılmasını önermektedir. Ayrıca, ihaleyi kazanamayan istekli olma ihtimali ihale

maliyetlerini artıracaktır. Karmaşık projelerde ihale maliyetleri yüksek iken basit projelerde verimlilik artışı elde etme imkânı kısıtlıdır. Dolayısıyla büyük oranda verimlilik sağlanabilecek olan projelerde rekabetin düşük olması gibi bir paradoks ortaya çıkabilecektir. Bu durumda rekabetin eksik olması söz konusu verimlilik kazançlarının elde edilememesine yol açabilecektir.

Sözleşme sonrası dönemdeki rekabet nispeten daha karmaşık bir konudur. Birçok durumda isteklilerden birisi ihaleyi kazandıktan sonra diğerleri başka işlere yönelirler, hatta bazıları cezaevi ve ücretli yollar gibi pazarın derin olmadığı sektörlerden tamamen çekilebilir. Bu durumda sözleşme imzalandığında seçilen firma monopol konumuna ulaşabilir. Sözleşme sonuçlandıktan sonra sözleşme hükümlerinin yeniden müzakere edilmesine ihtiyaç duyulması durumunda monopolcü firma rekabet ortamına göre bir avantaj sağlayabilir ve bir monopolcü sözleşme hükümlerinin yeniden müzakere edilmesine daha yatkın olabilir. Ayrıca KÖİ sözleşmeleri genellikle uzun dönemli sözleşmeler olduğundan kısa dönemli sözleşmelere nazaran beklenmedik durumlarla karşılaşılması ve hükümlerinin yeniden müzakere edilmesi sık karşılaşılan bir durumdur (Chong at al., 2006:522-528). Bir monopolcüyle yeniden müzakere yapmak rekabet ortamına göre daha yüksek bir fiyatlandırmaya ve özel sektör üzerindeki riskin azaltılarak risk paylaşımıyla elde edilen etkinliğin kaybedilmesine yol açabilir. Bu yüzden sözleşme sonrası rekabetin eksik olması geleneksel kamu alımına göre KÖİ'nin sağladığı harcama getirisini tehdit edecektir. Ancak firma monopol durumundayken pazara girişlerin olabileceğini bilirse fırsatçı bir şekilde hareket etmeyebilir.

Chong ve ark. (2006:533) tarafından Fransa'da yerel yönetimlerce içme suyu sektöründe imtiyaz ve KÖİ yönteminin uygulandığı 1102 projede sözleşme sonrası dönemde rekabet yapısı araştırılmış ve rekabet etkisi ve sonlandırma etkisi test edilmiştir. Rekabet etkisi, potansiyel rakiplerin olduğu veya yerel yönetimin hizmeti kolaylıkla sunabileceği yerlerde özel işletmeci tarafından belirlenen su fiyatının daha düşük olması olarak tanımlanmıştır. Sonlandırma etkisi ise su fiyatının sözleşmenin yenilenmesi veya yeniden müzakere dönemine yakın zamanlarda düşük olması olarak tanımlanmıştır. Bu şekilde sözleşmenin yeniden müzakere zamanı yaklaştıkça

firma tekrar seçilme şansını artırmak için fiyatını düşürmektedir[7]. Bu çalışmada yerel yönetimle özel işletmeci arasında rekabet etkisinin olduğuna dair kanıtlar bulunmuş olmakla beraber firmalar arasında rekabet etkisi olduğu gösterilememiştir. Diğer taraftan sonlandırma etkisinin bulunduğu sonucuna da ulaşılmıştır. Bu sebeple KÖİ yöntemindeki monopolcü davranışların daha yüksek fiyatlara yol açabileceği sonucuna ulaşılabilmektedir.

Dolayısıyla verimlilik güdüsünün risk paylaşımı olduğu ve etkin risk paylaşımının ise rekabetle sağlanabileceği sonucu çıkarılabilir. Yani bir KÖİ uygulamasından harcama getirisi elde edilmesi yeterli risk paylaşımı ve rekabete bağlıdır. Rekabetin veya pazara potansiyel girişlerin olmaması durumunda yüksek verimliliğe ve harcama getirisine ulaşılması son derece zor olabilecektir.

### 1.2.2. Hizmetin Niteliği

Kamu, tipik özel sektör firmalarına göre çok daha fazla çeşitli mal ve hizmet üretmektedir. Kamu tarafından üretilen bu mallar kamu malı, dışsallığı olan mallar veya özel mallar olabilir. Sunulan hizmetler de karmaşıklığına göre basit ve karmaşık olarak ayrılabilir. Dolayısıyla özellikle uzun dönemli sözleşmelerde sözleşme esnekliği konusu da göz önüne alındığında KÖİ sözleşmelerinin müzakeresi son derece karmaşık bir iş haline gelmektedir. Bu bölümde kamunun sunduğu hizmetin yapısının, projenin ve sözleşmelerin karmaşıklığının ve projeye başlanıldıktan sonra sözleşmede değişiklikler yapılmasının KÖİ penceresinden sonuçları ele alınacaktır.

#### 1.2.2.1.Kamuya Yararlı Mallar

Chong ve ark. (2006:524)'a göre devlet kamu yararı bulunan hizmetlerin sunumunda yer alır. Maliye teorisinde bunlar kamu malları ve dışsallığı olan mallar olarak yer alır. Bu mallar bedavacı (*free rider*) problemiyle karşı karşıyadırlar. Talepleri tam olarak gösterilemediğinden özel sektör tarafında geleceğe yönelik talep tahmini yapılması zordur. Sonuç olarak bu tip sosyal altyapı aracılığıyla topluma sunulan mallar genellikle özel sektör tarafından göz ardı edilmektedir. (IMF,

[7] Bu çalışmada Chong ve ark. (2006:531-532) sonlandırma etkisinin söz konusu olabilmesi için bazı ön koşullar saymıştır. Bunlar, sözleşmenin yeniden müzakere edileceği (ya da yenileneceği) zaman yerel yönetimin firmanın geçmişteki fırsatçı davranışlarından ders almaması (unutması) ve mevcut fiyatlardaki indirimi firmanın yeniden seçilme şansını artırmak için yaptığı sonucuna ulaşmamasıdır.

2004:4). Bu yüzden kamu bu hizmeti kendisi de sunsa özel sektöre de yaptırsa talebi tahmin etmelidir. Yapılan bu tahminler sayesinde kamunun mal ve hizmet sunumundaki tahsis etkinliğini artırması beklenmektedir. Eğer kamu, malın veya hizmetin sunulması için özel sektörü kullanırsa, sunulmasını istediği miktarı belirleyip genellikle sunulan her birim için bir ücret öder. Alternatif bir yöntem olarak kamu, özel sektörün tahsil ettiği kullanıcı ücreti ile daha önceden anlaşılan fiyat arasındaki farkı özel sektöre öder. Bu yöntemler talep riskini önemli ölçüde azaltır. Bu durumda talep riski düşmüş olduğundan sözleşmenin toplam riski de düşmüş olur.

Kamu hizmetinin doğrudan kamu tarafından veya KÖİ yöntemiyle sunulması tercihi, kamunun özel sektöre arz riskini yeterli oranda transfer edebilme becerisi ve özel sektörün karşı karşıya olduğu rekabet düzeyi olmak üzere iki koşula bağlıdır (Grimsey and Lewis, 2005:347; Hodge, 2004:39-40; Fourie and Burger, 2000:708-714). Bu iki koşul özel sektörün teknik ve X-etkin olarak davranmasını sağlar. Bu koşulların yokluğunda özel sektörün hizmet sunumu kamunun sunumundan daha verimli olmayabilir (Fourie ve Burger, 2001:159-160; Grimsey ve Lewis, 2005:351).

Verimlilik, KÖİ yönteminin kullanılması için tek neden olmak zorunda değildir. Söz konusu hizmet kamuya yararlı bir mal olmayıp özel bir mal bile olsa KÖİ yöntemi verimlilikle birlikte etkinliğin de sağlanması hedefleniyorsa hem geleneksel kamu projesi hem de özelleştirme seçeneklerine karşı tercih edilebilir. Düşük gelirlileri korumaya yönelik eşitlik politikalarının uygulanabilmesi için, düşük gelirlilere ve kırsal alandakilere elektrik sağlanması gibi, bazı hizmetlerde etkinliğin gözetilmesi şarttır. Bununla birlikte, bir hizmetin sunumunun devlet tarafından yapılması gerektiği gibi bir algının bulunması durumunda da etkinlik konusu ön plana çıkmaktadır. Devletin KÖİ yöntemini kullanabileceği başka bir durum da hizmet sunumunda ortaya çıkabilecek batık maliyetlerin hizmeti sunacak özel sektör tarafından çok yüksek bulunması halidir (IMF, 2004:4). KÖİ yönteminin kullanılmasıyla ve özel sektöre sunulan hizmet başına ödeme yapılmasıyla, kamu, doğru miktarda hizmetin sunulmasını ve özel sektörün hizmet sunumunda yer almasıyla da verimliliği sağlayabilir. Diğer taraftan özel sektör kârlılık gerekçesiyle daha düşük miktarda hizmet sunmak isteyebilir.

Eğer etkinlik verimlilikle birlikte bir hedef olmaktan öte tek amaç haline gelmişse, yani, söz konusu hizmet kamu yararı için son derece önemliyse ve kamu, özel sektörün hizmet sunumunda başarısız olma riskini üstlenmek istemiyorsa KÖİ yöntemi tercih edilmeyebilir (Flinders, 2005:232; Estache, 2006:13). Esnek olmayan sosyal talebe sahip hizmetlerde KÖİ yönteminin kullanılmasında etkin bir risk paylaşımı sağlanamayabilir. Çünkü özel sektör söz konusu hizmetin sunumunun son derece önemli olduğunu bileceğinden kamuyu finansal risklere kefil olmaya zorlayabilecektir. Kamunun finansal olarak kefil olması durumunda, riskler sözleşmede özel sektörde görünüyor olsa bile, etkin bir risk paylaşımının gerçekleşmediği anlaşılır. Bu durumun istisnasını, finansal başarısızlık durumunda, özel sektörün finansörüne müdahale hakkı (*step-in rights*) tanınması oluşturur. Corner (2006:50) KÖİ sözleşmelerinde, yaşanabilecek finansal başarısızlık durumunda finansöre, işletmeciye yardımcı olmasını veya başka bir işletmeci seçmesini mümkün kılan müdahale hakkının verilmesini önermektedir. Böyle durumlarda kamunun bu tip seçenekleri olsa bile etkinlik verimliliğin önüne geçmişse KÖİ yöntemi en iyi seçenek olmayabilir.

Savunma ve adalet gibi esnek olmayan sosyal talebe sahip bazı hizmetler devletin esas görevi olarak görülür ve bu hizmetleri devletin sunması beklenir (IMF, 2004:11; Malone, 2005:421). Bununla birlikte bu hizmetlerin sunulmasında kullanılan binaların yapımı, askeri malzemelerin üretimi gibi alanlar KÖİ yönteminin kullanılmasına uygun olabilmektedir (OECD, 2008:42).

#### 1.2.2.2.Karmaşık Hizmetler ve Sözleşmeler

KÖİ sözleşmelerinin imzalanma aşamasına gelmesi, bu sözleşmeler hem kamunun hem de özel sektörün çıkarlarını korumak için çok detaylı şekilde çalışılarak hazırlandığından, kamu projelerine göre daha uzun sürer (HM Treasury, 2006:20). Sözleşmelerin müzakeresi uzadıkça özellikle danışmanlık maliyetlerinin de artması sebebiyle KÖİ yönteminden beklenen faydalara ulaşılamayabilir. Örneğin; İngiltere'de uygulanmış olan eğitim, sağlık ve bayındırlık alanındaki 42 projenin incelendiği bir çalışmada projelerin yüzde 98'inde yüzde 11-166 oranında zaman aşımı olduğu ve en çok zaman aşımının okul projelerinde en az zaman aşımının da bayındırlık projelerinde yaşandığı belirtilmiştir. Müzakere sürelerinin çok uzun

olduğunun (bazı projelerde 50 ay) görüldüğü ve bu süre boyunca hem kamuda hem de özel sektörde tutulan danışman maliyetlerinin de sözleşme öncesi maliyetlerde yüzde 25-200 arasında artışa yol açtığı görülmektedir. Ancak bayındırlık projelerinde muhtemelen ihalenin merkezden yapılması sebebiyle maliyet ve süre aşımlarının daha düşük olduğu da iddia edilmektedir (Ahadzi and Bowles, 2004:975-978).

İngiltere'deki sözleşme sürelerinin uzunluğunun da ele alındığı İngiliz Hazinesinin raporunda (HM Treasury, 2006:21) 2003 yılında ortalama 29 ay olan sözleşmenin tamamlanma süresinin 2005'te 27 aya düştüğü belirtilmektedir. Ayrıca 18 aydan kısa sözleşme tamamlama süresine sahip projeler 2002 yılında tüm projelerin yüzde 10'undan az iken bu oran 2003'te yüzde 30'un üzerine çıkmıştır. Benzer şekilde 2000 yılında Avrupa Birliği Resmi Gazetesinde ilanı çıkan projelerin sözleşmelerinin yüzde 26'sı 24 ayda tamamlanmışken 2003 yılında bu oran yüzde 50'ye çıkmıştır. İngiliz Hazinesi bu verileri sözleşmenin tamamlanması için yapılan yeniliklerin başarılı olduğu şeklinde yorumlanıyor olsa da tamamlanma süresinin hâlâ gereğinden fazla uzun olduğu da kabul edilmektedir.

Literatürde KÖİ yöntemlerinin uzun sürmesinden ötürü ortaya çıkan fırsat maliyeti konusu henüz incelenmemiştir. Ancak, yukarıda da anlatıldığı gibi özellikle karmaşık sözleşmelerin müzakere süresinin uzamasından dolayı hizmetin sunumu gecikebilmektedir. Kamu projelerinde de özellikle inşaat başladıktan sonra sözleşme süresinde olduğundan daha uzun zaman aşımları ile karşılaşılabilmesi söz konusudur. Zaman aşımının sebebi ne olursa olsun bu gecikmelerin fırsat maliyetlerine yol açacağı kesindir. Söz konusu fırsat maliyetlerinin kamu tarafından projenin hangi yöntemle uygulanacağına karar verilmeden önce detaylı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Bu değerlendirme, karmaşık projelerin uygulanmasında, projede zaman aşımı olması ihtimali daha yüksek olduğundan, daha dikkatli yapılmalıdır. Bazı ülkelerde uygulanan standart sözleşmeler, tip projelerin uygulanacağı okul veya hastane inşaatı gibi işlerde bir çözüm olabilmektedir. Bu şekildeki bir standartlaşma özel sektör için de danışmanlık maliyetlerinin birden fazla projeye yayılmasını sağlayabilir (OECD, 2008:43).

Projenin karmaşıklığı rekabet üzerinde de etkili olur. Karmaşık projelerde potansiyel teklif sahiplerinin sayısı sınırlı ve teklif maliyetleri yüksek olacaktır.

Yüksek teklif maliyetleri, ihaleyi kazanamayanlar için büyük bir kayıp olarak görülebileceğinden ihaleye girmek için caydırıcı bir etmen olabilecektir. Böyle bir durumda uluslararası ihaleye çıkılması veya projenin uygulanması için gerekli beceri ve kapasiteye sahip olduğunu ispatlayan teklif sahiplerine ihale maliyetleri için kamu tarafından bir telafi bedeli ödenmesi, rekabetin artırılması için çözüm olabilir. Bu kapsamda ihaleyi kazanamayan isteklilere yaptıkları harcamaları tamamen karşılamayacak ancak zararlarını hafifletecek oranda sabit bir ödeme yapılması bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

Karmaşıklıkla birlikte kamu ve özel sektör arasında asimetrik beceri ve kapasite olması KÖİ yönteminin seçilmesi için bir teşvik oluşturabilir. Bununla birlikte kamudaki beceri eksikliği asil-vekil probleminin (*principal-agent problem*) ortaya çıkmasına da yol açabilir. Bu problem sadece asilin vekil kadar bilgiye sahip olmamasından değil devletin yapım işi ve hizmet sunumu başladıktan sonra izleme ve düzenleme konusunda gerekli uzmanlığa sahip olmamasından da ortaya çıkabilecektir. Kamudaki beceri eksikliği, beklenen harcama getirisine ulaşılamamasına yol açmanın yanı sıra sözleşmenin yeniden müzakeresi durumunda da kamuyu dezavantajlı duruma düşürebilir. Malone (2005:426-427) kamudaki beceri eksikliğinin KÖİ sözleşmelerinin müzakerelerinde ortaya çıkan büyük danışmanlık maliyetlerini açıkladığını savunmaktadır. Bu maliyetler bazen kamunun KÖİ yönteminden vazgeçmesine bile neden olabilmektedir. Bundan dolayı KÖİ yöntemini kullanmayı düşünen bir kamu kurumu için kapasite geliştirmek elzemdir.

#### 1.2.2.3.Sözleşme Esnekliği ve Yeniden Müzakere

KÖİ sözleşmeleri genellikle 25-30 yıllık uzun vadeli anlaşmalardır. Hizmetin kalitesi ve miktarı kamu tarafından belirlendiğinden ve özel sektöre yapılan ödemeler bu kalite ve miktara bağlı olduğundan, bu sözleşmeler esnek değillerdir. Sözleşmelerin uzun süreli ve katı yapısı, tasarım, standartlar ve talep tahminlerinin ihtiyaçlar değişince eksik veya ihtiyaç dışı bir duruma düşebilecek olması KÖİ sözleşmelerinin en önemli zayıf yanlarıdır. Bu yüzden esnek bir KÖİ ile kalite ve miktarın tutarlı olduğu bir KÖİ arasında bir tercih yapılması gerekebilir (PricewaterhouseCoopers, 2005:22-33). KÖİ yönteminde genellikle kamu tarafından özel sektöre belli bir tasarım dayatılmasa da özel sektörün tasarımı kamunun

belirlediği kalite ve miktara uygun olmak zorundadır. KÖİ yönteminin harcama getirisi hesaplanırken sözleşmenin ve tasarımın esnek olmamasından dolayı ortaya çıkabilecek fırsat maliyetleri de dikkate alınmalıdır. Örneğin, KÖİ yöntemiyle yapılacak olan bir otoyol projesiyle ilgilenen ve gelecekteki gelirlerden endişelenen bir özel sektör temsilcisi kamudan söz konusu yola rakip olacak bir raylı sistemin yapılmayacağına dair güvence isteyebilir. Böyle bir sözleşmeyi imzalaması halinde, kamunun, vazgeçtiği seçeneğin fırsat maliyetini titizlikle hesaplayıp harcama getirisi analizinde detaylı olarak yer vermesi gerekmektedir. Ancak hükümetlerin ex ante harcama getirisi analizinde bu tip bir değerlendirmeyi yapmaları, gelecekteki ihtiyaçları belirlemek çok zor olduğundan ve bu ihtiyaçlar gelecekteki idareleri etkileyeceğinden pek muhtemel değildir (Davis, 2005:440-441).

Başka bir örnek de değişen teknolojiyle gider tasarrufu sağlanabilen durumdur. Kamu eğer eskimiş teknolojiyle hizmet sunan bir firmaya ödeme yapmak zorundaysa bu tasarruf etkisinden faydalanamaz. Geleneksel yöntemde hizmeti üreten veya satın alan kamu kurumu söz konusu teknolojiyi değiştirebilecekken KÖİ yönteminde sözleşme gereği bu hizmeti eski teknolojiyle ve geleneksel yöntemden daha pahalıya satın almak zorunda kalabilir. Burada teknoloji riskini kimin alması gerektiği sorusu akla gelebilir. Bu riskin tahsisi sözleşmenin esnekliğine bağlıdır. Sözleşme ne kadar esnekse risk o kadar özel sektörün üzerindedir. Özel sektör bu riski üstlenmek için kamudan bir ödeme talep edecektir.

Değişen teknoloji ve talep düzeyi sebebiyle katı bir sözleşmesi olan KÖİ uygulamalarında, kamu, sözleşmeyi yeniden müzakere etmek isteyebilir. Beklenmedik durumların ortaya çıkmasıyla özel sektör de yeniden müzakere yapılmasını isteyebileceğinden kamu için de değişiklik yapma hakkı doğabilir. Gerçekten de hem KÖİ hem de imtiyaz sözleşmelerinde yeniden müzakere yapılması sıkça karşılaşılan bir durumdur[8]. İngiliz Hazinesi (2003:38) İngiltere'deki KÖİ sözleşmelerinin yüzde 22'sinin inşaat aşamasında değişikliğe uğradığını rapor etmiştir. Estache (2006:4) ise Latin Amerika'daki tüm imtiyazların yüzde 50'sinde yeniden müzakere yapıldığını belirtmiştir. Burada kamunun bir KÖİ sözleşmesinde

[8]İmtiyaz sözleşmeleri de KÖİ sözleşmeleri gibi uzun dönemli ve karmaşık sözleşmeler olduğundan burada beraber ele alınmıştır.

yeniden müzakere yapmak istemesi ve özel sektörün müzakereye rakipsiz olarak girmesi durumunda kamunun aleyhine sonuçların ortaya çıkabileceği de unutulmamalıdır.

Prensip olarak KÖİ sözleşmelerinin yeniden müzakeresi sadece ex post risk ex ante riski aştığında yapılmalıdır. Yani müzakere sürecinde tarafların öngördükleri risklerin sözleşme imzalandıktan sonra daha yüksek olduğunun anlaşılması durumunda yapılmalıdır. Bu koşul doğru bir risk analizinin yapılıp ağırlıklandırılarak başlangıçtaki harcama getirisi analizine dâhil edilmesinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Kamu, KÖİ sözleşmelerinde esnekliğin artırılabilmesi için bazı tedbirler alabilir. Örneğin, İngiltere'de kamunun projenin yapısında veya işletme özelliklerinde değişiklik yapma hakkı vardır. Hatta bu değişiklik tutarı 100.000 Sterlini aşarsa harcama getirisini sağlayabilmek için kamunun yeniden ihaleye çıkma hakkı da saklıdır (HM Treasury 2003:110). Fransa'da ise yerel idarelerle özel sektör arasında yapılan sözleşme idari sözleşme niteliğinde olduğundan sözleşme imzalandıktan sonra idarenin değişiklik yapma hakkı bulunmaktadır. Bu durumda idare yaptığı değişikliği gerekçelendirmek ve değişikliklerden ötürü özel sektörün zararını tazmin etmekle yükümlüdür (Chong at al., 2006:526). KÖİ sözleşmelerinin esnekliğinin artırılabilmesi için farklı bir yöntem olarak Quiggin (2005:449), özellikle uzun dönemli sözleşmelerde kullanılabilecek olan opsiyon yöntemini önermektedir. Bu yöntem hem kamuya hem de özel sektöre sözleşmeyi sona erdirme ve belli zamanlarda önceden belirlenmiş opsiyonları kullanma hakkı tanınmasına dayanmaktadır. Örneğin, her 5 yılda belirlenmiş fiyatlar üzerinden kamunun özel sektörün haklarını alma opsiyonu, özel sektörün de haklarını kamuya satma opsiyonu olur. Böylece müzakerelerden her iki tarafın da yeniden fayda sağlayarak çıkma ihtimali yükselmiş olur.

### 1.3. Performansın Ölçülmesi

KÖİ sözleşmesinin imzalanmasından önce kamu sektörü karşılaştırıcısı kullanılması KÖİ için bir performans kriteri olarak kullanılabilir. Ancak bunun yapılması uygulanan projenin beklenen harcama getirisini sağlamasını garanti

etmemektedir. Bu yüzden KÖİ sözleşmesi uygulanmaya başladıktan sonra projenin performansı, ömrü boyunca izlenmelidir.

İngiltere'de bu izleme hem resmi hem de gayri resmi olarak yapılmaktadır. Resmi izleme hizmetin sözleşmede belirlenen kriterlere uygun olarak verilip verilmediğinin izlenmesiyle, gayri resmi izleme ise proje sonucu elde edilen verilerin başlangıçtaki değerlendirmelerle karşılaştırılmasıyla yapılır. Ayrıca hükümet kilit performans göstergeleri (KPG) adını verdiği hedef kriterler kullanır. Bu KPG hedeflerinde tek bir seviye yerine performans için kabul edilebilir aralıklar tanımlanır.

Avustralya'nın Victoria Eyaletinde KÖİ sözleşmesi tamamlandıktan sonra, kamu, yüklenicinin sözleşmede üzerinde anlaşılan harcama getirisini sağlayıp sağlamadığı ve projenin hem parasal hem de parasal olmayan faydalarına ulaşılıp ulaşılamadığını değerlendirir. Victoria'da tüm KPG'ler için belirli hedef düzeylerinin oluşturulması planlanmaktadır (OECD, 2008:54). Fransa'da performansın ölçülebilir olduğu varsayılan sektörlerde KÖİ sözleşmeleri performans için hedef değerler içerir. Brezilya'da genellikle özel sektörün ulaşması gereken hedefler veya standartlar sözleşmelerde belirlenir. Macaristan'da ise sözleşmeler performans göstergelerini de içerir.

KÖİ performansı aşağıdakileri içeren bir gösterge setiyle kolaylıkla izlenebilir:

- Girdilere ve çıktılara ilişkin verimlilik ölçümleri; örneğin anlaşılan fiyat üzerinden sağlık hizmetinin sunulması.
- Sonuçlara ilişkin etkinlik ölçümleri; örneğin miktar, kapsanan alan veya hizmet sunulan nüfus gibi.
- Hizmet kalitesine ilişkin ölçümler.
- Finansal performans ölçümleri.
- Süreç ve faaliyet ölçümleri.

Victoria Eyaleti, Brezilya, Macaristan, Fransa ve Birleşik Krallık'ta bu göstergelerin bazıları veya tamamı kullanılmakla beraber ülkelere göre performans

ölçümünün sıklığı değişmektedir. Birleşik Krallıkta izleme devamlı olarak yapılır ve İngiliz Hazinesi 2 yılda bir KÖİ projelerine ait verileri yayınlar. Victoria'da yüklenici düzenli olarak, genellikle aylık, performans raporu hazırlar ve hükümete sunar. Ayrıca, her yıl bir sonraki yıl için iş planını, iki yıllık bütçesini, denetimden geçmiş mali tablolarını sunar. Fransa'da yüklenici sonuçları yıllık olarak hükümete sunarken, Brezilya'da ise raporlama göstergeye ve proje tipine göre değişir. Macaristan'da özel sektör ortağı üç aylık dönemler halinde sonuç raporlarını kamuya iletir.

Etkin bir performans yönetimi, özel sektörün ulaşamadığı bir performans göstergesine uzaklığına göre ödemesinde kesinti yapılmasını gerektirir. Ödemelerde yapılabilecek bu kesintiler özel sektörün sözleşmede belirlenen performans kriterlerine uyması için bir teşvik oluşturur. Etkin bir risk transferinin sağlanması için de ödemelerde yapılan kesintiler faydalıdır. Birleşik Krallıkta KPG'lere ulaşılamadığında artan oranlı bir kesinti yapılması söz konusudur. Örneğin bir kerelik küçük bir başarısızlıkta kesinti yapılmazken devamlı yapılan küçük başarısızlık veya bir kerelik büyük bir başarısızlıkta oransal olarak daha çok kesinti yapılır. Victoria'da da benzer bir sistem uygulanır ve yükümlülükler "major" ve "minor" olarak ayrılır. Fransa'da özel sektöre yapılan ödemeler işletmeye ve yatırıma yönelik olarak parçalara ayrılır. Performans yetersizliği işletmeye yönelik ödeme kısmında kesinti yapılarak cezalandırılır. Brezilya'nın KÖİ kanununa göre özel sektöre yapılan tüm ödemeler bir hizmetin karşılığı olmak zorunda olduğundan hizmette kriterlere uyulmaması durumunda başlangıçta anlaşılmış olan ödemede kesinti yapılabilir. Macaristan'da ise ödemelerde kesinti yapılabilir ancak çoğu anlaşmada bu kesintinin belirlenen bir oranı geçemeyeceği hükmü yer alır (OECD, 2008:54-57).

### 1.4. Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Bütçeleştirilmesi

KÖİ projelerinde hem özel sektör hem de kamu taraf olduğu için KÖİ kapsamında yapılan faaliyetler hem özel sektör hem de kamu hesaplarında kaydedilir. Burada sorun projenin hangi yönlerinin kamuda hangi yönlerinin özel sektörde kayıt altına alınacağının belirlenmesidir. Bu sorunun çözümünde önceki bölümlerde tartışılan risk paylaşımının düzeyi temel belirleyicidir.

Kamu harcamaları çeşitli şekillerde raporlanır ve muhasebeleştirilir. OECD, Şeffaf Bütçe İçin İyi Uygulamalar yayınında bir hükümet için yıllık bütçenin en önemli politika dokümanı olduğunu belirtmiştir. Bütçe kapsamında politika oluşturucular seçenekler arasında tercihlerini yaparlar ve neye ne kadar harcayacaklarını belirlerler. Bu kararların verilebilmesi ve kamunun bunu değerlendirebilmesi, cari harcamalarda ve yatırımlarda olduğu kadar taahhütlerde, garantilerde, yükümlülüklerde ve muhtemel borçlarda şeffaflığın sağlanmasına ve bilginin tamamen açık olmasına bağlıdır (OECD, 2002:8-9).

Çoğu ülkede kamu verileri; ulusal hesaplar, kamu mali istatistikleri ve ülkenin kendi kamu bütçesi ve muhasebe sistemi olmak üzere üç sistemde toplanır. Ulusal bütçeler adından anlaşılabileceği gibi doğrudan bir ülkenin kaynaklarını nereye tahsis ettiğine odaklanır ve yapıları ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Bu farklılıklardan ötürü ulusal bütçelerde uluslararası karşılaştırılma yapılması zordur. Kamu mali istatistikleri ve ulusal hesaplar ise uluslararası standartlar kullanılarak hazırlandığından karşılaştırma yapılmasını mümkün kılmaktadırlar.

Tüm dünyada KÖİ yöntemine ilginin artması bu yöntemin bütçeleştirilmesi ve muhasebe kayıtları için açık kurallar konması ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Ancak KÖİ yönteminin ulusal bütçelerde ve uluslararası karşılaştırılabilir istatistiklerde muhasebeleştirilmesi için kapsamlı bir standart mevcut değildir (OECD, 2008:58).

KÖİ projelerinin bütçeleştirilmesi ve muhasebe kaydı genellikle KÖİ'nin önemli parçalarından birisi olarak görülmemektedir. Daha önce bahsedildiği gibi KÖİ olarak sınıflandırılabilecek bir proje kamu sermaye giderinin azalıp yerine KÖİ sözleşmesi boyunca yapılacak ödemelerin ortaya çıkmasına yol açar. Sermaye gideri hem ulusal hesaplarda hem de ulusal bütçede bir harcama kalemi olarak görülmesine rağmen KÖİ yöntemi kullanılarak aynı miktarda yatırıma daha az harcama kaydı yapılarak başlanılabilir. Diğer taraftan yükümlülük altına girilen ödemeler gelecekteki harcamaların artmasına ve o yıldaki yatırım harcamalarında azalmaya yol açar.

Kamunun hesap sistemi; KÖİ faaliyetlerinin açık ve doğru bir şekilde kaydına imkân verirken KÖİ yönteminin muhasebeleştirmesinin KÖİ yöntemini tercih etmede bizatihi bir teşvik unsuru olmamasını da sağlamalıdır. Eğer muhasebe kuralları KÖİ yönteminin kaydında diğer yöntemlere göre bir avantaj sağlıyorsa KÖİ bir projenin yapılabilmesi için tek seçenek olarak görülebilir. Böyle bir durumda, muhasebeleştirme, KÖİ yönteminin tercih edilmesinde ana gerekçe olan daha yüksek harcama getirisi sağlama kriterinin göz ardı edilmesine yol açar. KÖİ'lerin bütçeleştirilmesi ve muhasebe kayıtlarının yapılması uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlar. Hâlihazırda KÖİ'lerin muhasebeleştirilmelerinde hükümetlere yol gösterecek şekilde oluşturulmuş açık ve kapsamlı bir kural seti bulunmamaktadır. Bu konuda standartların olmayışı KÖİ yönteminin harcama tavanından ve mali kurallardan kaçınmak için kullanılmasını mümkün kılar.

Muhasebe uygulamaları ülkelerin ulusal bütçelerinde ve ulusal hesaplarında değişiklik göstermekle beraber KÖİ yöntemiyle ilgili olarak bütçeleştirme, muhasebeleştirme, garantilerin ve yükümlülüklerin işlenmesi, mali riskler, uzun dönemli projeksiyonlar ve sürdürülebilirlik analizleri konusunda birçok problem barındırmaktadır.

Şeffaflık ve iyi yönetişim, bütçenin kilit unsurlarındandır. KÖİ'lerin net bir şekilde muhasebe kaydının yapılabilmesi, nasıl işlem yapılacağının açıklandığı net prosedürleri ve uygulamaları gerektirirken aynı zamanda ülkeler arası farklılıklara da imkân tanımalıdır. OECD'nin Şeffaf Bütçe İçin İyi Uygulamaları (OECD, 2002) KÖİ'ler için aşağıda yer alan birçok özelliğe vurgu yapmaktadır:

- Bütçe tüm kamu gelirlerini ve harcamalarını içerecek şekilde kapsayıcı olmalıdır.
- Uzun dönemli raporlar ve sürdürülebilirlik analizleri oldukça önemlidir.
- Finansal ve şarta bağlı yükümlülükler raporlanmalı ve muhtemel etkileri değerlendirilmelidir. Şarta bağlı yükümlülüklerin miktarının tahmin edilmesinin zor olduğu durumlarda bunlar sıralanmalı ve tanımlanmalıdır.

- Muhasebe kuralları ve politikaları açık bir şekilde tanımlanmalı ve genel kabul görmüş muhasebe uygulamalarıyla aralarındaki farklılıklar en aza indirilmelidir.

Kamunun özel sektöre yaptığı ödemeler sözleşme şartlarına bağlı olarak çoğunlukla dönemden döneme değişeceğinden[9] duyarlılık analizlerinin ve en kötü durumda kamunun karşılaşacağı ödeme senaryolarının yapılması gereklidir. Ayrıca eğer KÖİ sözleşmesi önemli oranda kullanıcı ücretleriyle finanse ediliyorsa, KÖİ, daha önce kamu harcaması niteliğindeki bir harcamayı kullanıcılara kaydırarak vergileri artırmadan kamuya ekstra gelir sağlayacak bir seçenek olabilir. Monteiro (2005:76) Portekiz'de bütçe baskısı sebebiyle KÖİ yöntemiyle yapılan otoyollarda gölge ücretler yerine gerçek ücretlere doğru bir eğilim olduğunu belirtmektedir. Bu durumda bir projenin geleneksel yöntemlerle mi yoksa KÖİ yöntemiyle mi hayata geçirileceği kararı verilirken, karşılanabilirlik ve harcama getirisi kriterlerinin projelerin finansman yönteminden daha önemli oldukları göz ardı edilmemelidir.

Daha önceki bölümlerde değinildiği gibi başarılı bir KÖİ'nin kilit özelliği etkin risk paylaşımıdır ve risk, KÖİ projelerinin nasıl muhasebeleştirileceğine karar verilirken önem arz etmektedir. IMF (2004:20-21), özel sektörün yasal olarak varlığın sahibi olduğu durumda bile riskin çoğunluğu kamu üzerinde ise kamunun bu varlığın ekonomik sahibi olduğunu savunur. Aslında varlık özel sektörün değil kamunun hesaplarında gösterilmelidir. Ayrıca proje KÖİ olarak değil finansal kiralama olarak sınıflandırılmalıdır. Riskin çoğu özel sektörde ise de varlık özel sektörün hesaplarında kaydedilmelidir.

KÖİ yönteminin kullanılması kamu kaynaklarının belli yerlere tahsis edilmesini zorunlu kılar. Sözleşme imzalandıktan sonra kamu sözleşme koşullarına uygun olarak özel sektöre ödeme yapmak zorunda kalır. Hangi tarafın arz ve talep risklerini üstlendiğine bağlı olarak uzun dönemli bir sözleşmeyle devletin kamu hizmetlerine olan talebin değişmesiyle yeniden tahsis yapma ihtimali azalır. KÖİ sözleşmelerinin 20-30 yıla varan süreleri düşünülürse talepte değişiklik olması ihtimali kuvvetle muhtemeldir. Kamu projelerinde de kamu giderlerinin belli bir

[9]Örneğin bir otoyol için yapılan ödeme otoyolu kullananların sayısına bağlı olabilir.

süreyle belli alanlara tahsis edilmesi zorunlu olsa da; devlet sonuçta varlığın sahibi olduğu ve herhangi bir sözleşme veya müzakere olmadan harcama getirisini artırmaya yönelik değişiklik yapabileceği için kamu projeleri KÖİ yönteminden farklılık arz eder. KÖİ sözleşmesine taraf olan bir kamu idaresi, hizmet sunumunda daha etkin ve verimli bir yöntem bulunmuş olsa bile özel sektöre sözleşmedeki yükümlüklerini yerine getirdiği sürece ödeme yapmak zorundadır. Diğer bir deyişle KÖİ sözleşmesiyle, özel sektör yükümlülüklerini yerine getirdiği durumda devlet de ödeme yükümlülüğü altına girer. Bununla beraber özel sektörün sözleşmeyle uyumlu şekilde hizmet sunması kesin olarak gerçekleşemeyebileceğinden yapılacak ödeme de kesin değildir. Yani, özel sektöre yapılacak ödemeler koşullu yükümlülüklere benzer. Aralarındaki fark şarta bağlı yükümlülüklerde beklenmedik bir durumda ödeme yapılırken KÖİ sözleşmesinde ödeme beklenen durum sonucunda yapılmasıdır. Dolayısıyla prensip olarak bir KÖİ sözleşmesindeki geleceğe dair ödeme yükümlülükleri gelecekteki ödemelerin net bugünkü değeri özel sektörün sözleşmeyle uyumlu olarak hizmet sunması ihtimaliyle ağırlıklandırılarak kaydedilebilir.

Eğer kamu, gelecekte harcamalarını kısma ihtiyacıyla karşılaşırsa, KÖİ sözleşmeleriyle ilgili giderler ancak yeniden müzakere ile azaltılabilir ve özel sektör sözleşmede yapılan değişikliklerden dolayı uğradığı zararın tazminini talep etme ihtimali de bulunur. Bu tip olasılıklar sözleşmede yeniden müzakereye ilişkin hükümlere yer verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Kamu projesi yerine KÖİ yönteminin kullanılabilmesi kararı politik bir tercihtir. KÖİ'lerin net olarak yapılamayan tanımları ve muhasebe kuralları sebebiyle ulusal bütçelere kayıt yöntemi de politik bir tercihtir. Bütçe sürecinde karşılanabilirliğin, harcama getirisinin ve uzun dönemli mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi amacıyla KÖİ mekanizmalarının da bütçe sürecine dâhil edilmesi gerekmektedir.

Bu sorunun çözümü için basit ve tek bir yol yoktur. KÖİ projeleri için yapılan dönemsel ödemeleri içerecek şekilde uzun dönemdeki toplam maliyeti nakit esaslı olarak kaydedilebilir veya KÖİ sözleşmelerinin toplam büyüklükleri için bir tavan belirlenebilir. Örneğin Güney Kore'de yıllık bütçe içinde KÖİ'lere yapılan ödemeler

gösterilirken toplam KÖİ yatırımı da raporlanır. Hollanda'da KÖİ projelerinin tüm maliyeti nakit esaslı olarak gösterilir. İngiltere'de ise hangi projenin bütçe kayıtlarına dâhil edileceğine proje bazında karar verilir.

KÖİ yöntemlerinin kullanımının artmasıyla Eurostat 2004 yılında KÖİ'lerle ilgili görüşlerini ortaya koymuştur. Yeni düzenlemeler KÖİ'yi kamu varlığı veya özel varlık olarak sınıflandırmada esas kriter olarak risk paylaşımı olduğu üzerine odaklanmıştır. Eğer özel sektöre çok az risk transfer edilmişse KÖİ projesi ulusal hesaplarda kamu yatırımı olarak yer alır. Eurostat kararına göre bir projenin KÖİ olarak sınıflandırılması ve yatırım olarak kamu sektörü dışında kaydedilebilmesi için özel sektörün inşaat riskinin yanında talep veya işletme risklerinden birisini de üstlenmesi gerekmektedir. Bu kriter, eğer kamu talep veya işletme risklerinden birisinin tamamını üstlenmişse büyük miktarda risk üstlenmiş olacağı için gevşek bir kriter olarak nitelendirilebilir. Diğer bir deyişle geleneksel kamu projesinde de özel sektör genellikle inşaat ve işletme risklerini üstlendiğinden riskin büyük oranda kamu tarafından yüklenildiği projeleri KÖİ olarak sınıflandırma tehlikesi de vardır.

Eurostat ve IMF'nin KÖİ tanımları arasında benzerlikler bulunsa da aralarında önemli farklar da vardır. IMF'nin tanımında bir projenin KÖİ olarak sınıflandırılabilmesi için önemli oranda riskin özel sektöre transfer edilmesi gerektiğine vurgu yapar. Kamu projelerinde özel sektör genellikle inşaat ve bazı işletme risklerini üstlendiğinden projenin KÖİ olarak kabul edilebilmesi için daha fazla riskin özel sektöre transfer edilmesi gerekmektedir. IMF ayrıca artık riskine (*residual risk*) vurgu yapar. Eğer varlık piyasa fiyatının dışında bir fiyatla kamuya devrediliyorsa bu riski kamu üstlenmiş olur (IMF, 2006:4-5).

Garantiler KÖİ sözleşmeleri kapsamında sıkça kullanılan argümanlardır. Garanti, kamunun, belli bir durumun ortaya çıkması halinde zorunlu olarak ödemesi gereken miktardır ve kamu için kanuni bir yükümlülüktür. Bazı yükümlülükler ve garantiler şarta bağlı borçlarda artışa yol açar. Şarta bağlı borç, gelecekte ödenmesi gerekebilecek olan yükümlülüktür. Gerçek borçla şarta bağlı borcun farkı ödeme yapılması zorunluluğunun ortaya çıkma olasılığıdır. Eğer ödeme olasılığı yüksekse şarta bağlı borç gerçek borç haline gelir.

Garanti veya dolaylı veya doğrudan şarta bağlı borç şeklindeki yükümlülükler kamunun bilançolarında görünmez. Bunlar sadece gerçek borç haline geldiklerinde kaydedilirler.

KÖİ sözleşmeleriyle riskler ortaya çıktığından, bütçelerde ve hesaplarda mevcut ve potansiyel ödeme yükümlülüklerinin tamamı açıklanmalıdır. Ayrıca sözleşmelerin nakit akışlarını nasıl etkileyeceği, garantiler ve şarta bağlı borçlar sebebiyle ödemelerde artış olma riski ve sözleşme sonunda varlığın kamuya devredilip devredilmeyeceği gibi bilgilerin de verilmesi önemlidir.

Garantilerin değerini (potansiyel maliyetini) tahmin etmenin çeşitli yöntemleri vardır. Bu yöntemler arasında geçmişte devletin ödeme zorunluluğuna girdiği garantilerin ileriye doğru projekte edilmesi ve proje bazında ödenen garantilerle yapılacak tahminler sayılabileceği gibi daha karmaşık yöntemlerde uygulanabilir (IMF, 2006:55-57).

Garantiler ve şarta bağlı borçlar konusunda karşılaşılan ana zorluk devletin ödeme yapıp yapmayacağı veya ne kadar yapacağı konusundaki belirsizliktir. Verilen garantilerin talep edilene kadar kamu borcu veya harcaması olarak kaydedilmesi maliye politikasının mevcut gelir ve gider düzeyiyle gerçekten sürdürülebilir olup olmadığı konusunda şüphe uyandırır.

Bir garanti bizatihi harcama olmadığından bütçe sürecindeki kurallar ve düzenlemeler ödenek tahsisinde olduğu kadar katı olmayabilir. Ancak garanti talep edilmesi durumunda kamu için şarta bağlı bir borç oluşturur. Bu durum da aşağıdaki gibi bazı sorunların ortaya çıkmasına yol açar:

- Eğer garantiler için onay alınması nispeten daha kolay ise garantiler risk paylaşımında en etkin yol olmasa da kullanılabilir.
- Garantiler bir harcama olarak kaydedilmediğinden harcama kontrollerini veya bütçe dengesi gereksinimlerini atlatmak için kullanılabilir.
- Özellikle uzun vadeli garantilerin talep edilmesi gelecekte olacağı için garantilerin kabul edilmesinde gevşek bir politika izlenmesi ve birçok

garantinin aniden talep edilmesi durumunda mali sürdürülebilirlik açısından önemlidir.

Bu sorunlar net bütçe kurallarının ve kamu garantileri ve şarta bağlı borçlarının açıklanmasının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Garantiler hükümetler tarafından bugünkü harcamaları azaltacak bir yol olarak görülebilir. Ancak garantiler hükümetin gelecekteki harcama riskini önemli oranda artırır. Yine de garantiler KÖİ kapsamındaki risk paylaşımında zaman zaman ihtiyaç duyulan bir unsurdur. Kamu ile özel sektör arasındaki optimum risk paylaşımı garantilerin sadece bir yönünü oluşturduğu birçok faktörü içerir. Bir KÖİ projesinin kamu yatırımı veya özel yatırım olarak sınıflandırılmasında ve projenin nasıl bütçeleştirilip kayıtlanacağı konusunda hangi tarafın daha fazla risk üstlendiğine bakılırken garantilerin de dâhil edilmesi önemlidir.

Daha önceki bölümlerde değinildiği gibi, risk, taşıması en uygun tarafça üstlenilmelidir. Risklerin optimum şekilde paylaştırılması en iyi harcama getirisinin elde edilmesini sağlar. Aynı zamanda bazı projelerin KÖİ olarak sınıflanmadan yapılamayacağı durumlarda kamu riski projeyi KÖİ olarak sınıflandıracak şekilde paylaştırma yoluna giderken özel sektör üstlendiği riski en iyi şekilde taşıyabilecek taraf olmayabilir. Böyle bir durumun sonucu da proje maliyetlerinin artması, kamunun uzun dönemli ödeme taahhütleri altına girmesi ve söz konusu hizmetin veya malın daha ucuza sunulamaması olacaktır. Muhasebe veya hesap kurallarının bir projenin KÖİ yöntemiyle yapılması için bir teşvik unsuru olmaktan çıkarılması için kamu, kesin ve katı kurallar veya kriterler belirlemelidir (OECD, 2008:65).

### 1.5. Kamu-Özel İşbirliği Sürecinin Yönetilmesi

KÖİ'lerin oluşturulması, yönetilmesi ve değerlendirilmesi için kurumsal kapasitenin oluşturulması, etkin bir KÖİ uygulaması için son derece önemlidir. Bu kapsamda önce idari yapılanma içinde KÖİ birimi kurulmasının altında yatan sebepler ve bu birimlerin rolleri sonra da bu gibi birimlerde uzmanlığa duyulan ihtiyaç ele alınacaktır.

KÖİ birimi kurulmasının başlıca sebepleri olarak aşağıdakiler sayılabilir:

- KÖİ projesi uygulamak isteyen idarelerin bütçeleriyle uyumlu ve kamu harcamalarını zorlamayacak şekilde proje üretmelerinin sağlanması;
- İdarelerin gelecekte kendi bütçeleriyle karşılayamayacaklarını bildikleri yükümlülükler altına devlet garantisi vererek girmelerinin engellenmesi;
- Kamu idarelerinin KÖİ projesi oluşturma ve sözleşme hazırlama aşamalarında faydalanabileceği bir bilgi birikimi sağlanması;
- Kamu idarelerince oluşturulan KÖİ'lerin karşılanabilirlik, harcama getirisi ve risk paylaşımı konularındaki gereksinimleri karşıladığının kontrol edilebilmesi;
- KÖİ uygulaması ve politikasının birbirinden ayrılması.

İlk olarak KÖİ projelerinin bütçe dışı olma doğası sebebiyle idarelerin KÖİ'lerin bütçeye etkisini tam olarak anlayamama tehlikesi mevcuttur. Kamu idareleri özellikle, özel sektör ilk yatırımdan sorumlu olduğu için kamu harcamalarının azalacağı ve idarenin başka alanlara daha fazla kaynak ayırabileceği gibi hatalı bir sonuca varabilir. Bu şekildeki bir muhakeme KÖİ'lerin finansal olarak anlaşılamaması ve idarelerin karşılayamayacakları finansal taahhütlere girmelerine neden olabilir. KÖİ birimleri devlet içerisindeki düzenleyici organlar olarak hareket edeceğinden ve KÖİ yöntemini uygulamak isteyen idarelerle yakın olarak çalışacağından projelerin karşılanabilirliğini izleyerek ve değerlendirerek yanlış muhakemelerle yapılacak uygulamaları önleyebilirler.

İkinci olarak idareler KÖİ'nin bütçe üzerindeki etkilerini tam olarak anlasalar bile asil-vekil ve bedavacı problemleriyle karşılaşılabilir. Bu problemler genellikle sadece kendi bütçesinden sorumlu olan bir uygulayıcı idareyle tüm bütçeden sorumlu olan maliye bakanlığı arasında çıkmaktadır. Uygulayıcı idare yaptığı herhangi bir anlaşmanın aslında tüm devleti bağladığını bilir. Ancak KÖİ ödemelerini yapma yükümlülüğü aslında tüm merkezi yönetimin üzerindeyken, uygulayıcı idare kendisine tahsis edilen bütçe içerisinde ödemeleri yapamayacağını bilerek anlaşma imzalayabilir. KÖİ uygulamalarından sorumlu olan bir birim bu şekilde ortaya çıkabilecek olan bedavacı problemini önlemek için idarelerin yükümlü oldukları ödemeleri gelecekteki bütçeleriyle yapabileceklerini göstermelerini isteyebilir. Bu

çerçevede uygulayıcı idarenin KÖİ birimini karşılanabilirlik konusunda kanıtlarıyla ikna ederek onay alması ve bu onayın KÖİ anlaşmasının tamamlanması için bir ön koşul olması etkin bir yöntem olacaktır (OECD, 2008:70).

Üçüncü olarak KÖİ yöntemini uygulayacak idarelere teknik yardım sağlayacak bir bilgi merkezi oluşturulmak için merkezi bir KÖİ birimi kurulabilir. Bu konuda Hollanda KÖİ Bilgi Merkezi (*Dutch PPP Knowledge Centre*) iyi bir örnektir. Hollanda'da 1999 yılında Maliye Bakanlığı içerisinde özel sektör çalışanı ve devlet memuru statüsündeki uzmanlarla KÖİ Bilgi Merkezi kurulmuştur. Bu birim KÖİ deneyimlerini paylaşmak, özel sektör ve kamu idarelerinin birlikte çalışması için net ve etkili kuralları hazırlamak, KÖİ yöntemleri için uygun proje önerileri sunmak ve KÖİ'lerle ilgili düzenli raporları ve sonuçlara ilişkin çalışmaları yayınlamakla yükümlüdür (PricewaterhouseCoopers, 2005:41).

Dördüncüsü, KÖİ birimi, onay mekanizmasıyla idarelerin yaptığı KÖİ anlaşmalarının tüm hukuki ve teknik gereksinimlere uygun olup olmadığını kontrol edebilir. Bu şekildeki bir onay mekanizması Avustralya, Güney Afrika ve İngiltere'deki KÖİ birimleri başta olmak üzere birçok KÖİ biriminin, önemli bir görev alanıdır (OECD, 2008:70).

Beşincisi, KÖİ birimi politika oluşturmayı uygulamadan ayırmaya yardımcı olabilir. Yani KÖİ birimi, KÖİ politikasından, görüş vermeden ve izlemeden sorumluyken uygulayıcı idare mevcut projeleri sürdürür. Bu şekilde KÖİ biriminin KÖİ projelerinin yürütücüsü haline gelmesi ihtimali oldukça azalmış olur. KÖİ biriminin ana görevi KÖİ projelerini savunmak değil işlem maliyetlerinin mümkün olduğunca düşük olmasını ve harcama getirisinin ana kriter olmasını sağlamaktır. Eğer KÖİ birimi projelerden sorumlu olursa, hem projeleri yürütmek hem de izlemekle görevli olacağı için bir çıkar çatışması ortaya çıkabilir. Böyle bir durumda KÖİ birimi sadece kendini haklı çıkarmak için bir projeyi destekleyebilir ve harcama getirisi hedefinden uzaklaşabilir.

Deneyim merkezi olarak hizmet veren bir KÖİ birimi potansiyel özel sektör isteklilerini de cesaretlendirir. Bir KÖİ biriminin olması etkin bir müzakere süreci için gerekli olan yetkiye ve güce sahip deneyimli ve kabiliyetli bir müşteri anlamına

gelir. Böyle bir birimin olmaması kamunun proje yönetimi becerisi konusunda da şüphe uyandırır (Ahadzi and Bowles, 2004:976).

Avustralya, Güney Afrika ve İngiltere'deki KÖİ birimlerinin rolleri ile ilgili bir mesele de bu birimlerin KÖİ anlaşması imzalandıktan ve sözleşme öncesi dönem sona erdikten sonra sorumluluklarının olmamasıdır. Projenin günlük yönetimi uygulamayı yapan kamu idaresindedir ve KÖİ biriminin sorumluluğu yoktur.

Avrupa'daki uygulamalara bakıldığında KÖİ teşebbüslerinin çeşitli alanlarda yetenekli KÖİ uzmanlarından oluşan çekirdek bir grup tarafından sürdürüldüğü görülmektedir (EIB, 2004:10). KÖİ'lerde aşağıdaki işlemler gerçekleştirilirken uzmanlığa ihtiyaç duyulmaktadır:

- KÖİ uygulamalarına yardımcı olmak üzere yasal düzenleyici bir çerçevenin oluşturulması;
- Projenin başlatılması;
- Pilot programın yönetilmesi ve değerlendirilmesi;
- Potansiyel yatırımcıların projelere çekilmesi;
- Kamu ve özel sektör arasında güvenin ve iyi niyetin sağlanması;
- KÖİ projelerinin değerlendirmesinin yapılması (harcama getirisi ve kamu sektörü karşılaştırıcısı gibi);
- Kamu kurumları ve vatandaşların yöntem konusunda bilgilendirilmesi;
- Proje yönetimi, performansın izlenmesi ve sözleşmenin yönetilmesi (OECD, 2008:73).

KÖİ biriminin kurulması genellikle KÖİ'yi düzenleyen ana mevzuatta siyasi riskin yönetilmesi, ahlaki hesap verebilirlik gibi amaçlarla yer alır. Düzenleyici çerçevedeki yukarıdan aşağıya komuta mantığından müzakere ortağı mantığına geçiş kurumların aşağıdaki alanlarda kapasite geliştirmelerini gerektirir:

- Bürokratik uygulamanın yerini işbirliğinin aldığı yeni bir yönetişim modelinin benimsenmesi;

- Projenin uygulanmasından önce ve sonra yapılacak değerlendirmeler, müzakereler ve sektör uzmanlığı gibi alanlardaki teknik kapasite;
- Teşvik ve ödüllendirmeye dayalı düzenlemelerin hayata geçirilmesi;
- Koordinasyon ve hem yatay (diğer kurumlarla) hem de dikey (merkezi ve yerel hükümetle) müzakere kabiliyetleri kapasitesi.

## 1.6. Kamu-Özel İşbirliği Politikası

Çoğu çalışma KÖİ'nin iktisadiliği, riskleri ve finansal yönleri üzerine yoğunlaşmış olsa da KÖİ'lerin politika çerçevesi de kritik bir rol oynar. KÖİ'ler gibi büyük projelerin başarılı bir şekilde tasarlanıp uygulanması bu şekildeki işbirlikleri bir politika çerçevesinde ve birçok paydaşın ortak çalışması ile ortaya çıkabilir. Bu kapsamda siyasi desteğin önemi ve eksikliği halinde doğabilecek riskler, ahlâki meseleler ve KÖİ'lerin düzenlenmesi olmak üzere üç kavramsal konu ele alınacaktır.

### 1.6.1. Siyasi Destek ve Paydaşlarla İlişkiler

Özellikle ulaştırma, içme suyu ve sağlık gibi kamu hizmetlerinin sunumunda KÖİ yöntemleri kullanılacaksa toplum desteği ve fikir birliğinin sağlanması KÖİ'nin başarısı için son derece önemlidir. Toplumun veya KÖİ'nin uygulanmasıyla etkilenecek olan çalışanlar gibi paydaşların desteklerini kazanmak politika çerçevesinin ayrılmaz bir unsurudur. Eğer toplumun ciddi oranda muhalefeti söz konusuysa siyasi destek de sarsılacak ve projenin siyasi riski artacaktır. Bu şekildeki yüksek bir risk özel sektör isteklilerini de KÖİ'de yer almaktan vazgeçirebilir ve rekabetin, dolayısıyla da harcama getirisinin azalması sonucunu ortaya çıkarabilir. Bu yüzden proje uygulanmadan önce yapılacak olan finansal analizler ve risk analizlerine ilaveten KÖİ yöntemini kullanmak isteyen idare ile olası tüm paydaşlar arasındaki ilişkilere dair de bir çalışma yapılması siyasi desteğin sağlanması için faydalı olacaktır.

Siyasi taahhütler ve üst düzey destek, sadece topluma karşı projenin müdafileri konumundakiler için değil özel sektör için de büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde özel sektör, siyasi desteğin uzun vadede devam edeceği ve siyasi riskin minimum düzeyde olduğu konularında ikna edilebilir. KÖİ sözleşmelerinin

genellikle uzun dönemli olması en azından birkaç seçim dönemi boyunca yürürlükte olacakları anlamına gelir. Siyasi destek ve taahhütler çeşitli siyasi partilerce de benimsenirse özel sektör bir sonraki seçimlerde iktidar değişse bile siyasi desteğin devam edeceğine ikna olur. Zayıf siyasi desteğin üç sonucu vardır. Birincisi, böyle bir durum, hükümetin KÖİ'ler için güçlü mevzuat yapısı oluşturmaya yönelik hukuki düzenlemeleri yapmayacağı anlamına gelir. İkincisi, özel sektör KÖİ projelerinde yer almak konusunda isteksiz davranır. Üçüncüsü, KÖİ yöntemleri oluşturulsa bile KÖİ sözleşmesini değiştirecek veya KÖİ performansına zarar verecek politika değişiklikleri, hükümetin, özel sektörün bu değişikliklerden doğan zararını tazmin etmesi zorunluluğunu doğuracak ve harcama getirisi kriteri zedelenecektir.

Geçmişteki başarılar toplumsal desteğin sağlanması ve siyasi riskin hafiflemesi için önemlidir. Başarısız KÖİ projeleri de gelecekteki uygulanması planlanan projelerin daha zor süreçlerden geçmesine sebep olur. Örneğin Birleşik Devletlerde KÖİ yöntemiyle yapılan Washington Kongre Merkezinin restorasyonu projesinde bir şehir planlamacısı, geliştirdiği projenin haksız olarak seçilmediği gerekçesiyle Washington il idaresi aleyhine dava açmıştır. İl idaresi, mahkemeye 35 milyon ABD Doları ödeyerek anlaşmaya varmış ancak toplumun nazarında KÖİ yönteminin itibarı zedelenmiştir (HDR, 2005:22).

KÖİ projeleriyle sunulan hizmetlerin önemi sebebiyle KÖİ önerilerinde genellikle çeşitli sebeplerle muhalefetle karşılaşılır. KÖİ'ye yapılan bazı eleştiriler özelleştirme ile KÖİ'nin karıştırılmasından doğar. Özelleştirmeye veya kamu hizmetlerinin ödemeyle finanse edilmesine karşı toplumsal bir hoşnutsuzluğun olduğu bazı ülkelerde KÖİ'ler devletin hizmet sunumuna özel sektörü daha çok dâhil etmek istemesinde bir orta yol olarak görülür. Yapılması planlanan KÖİ projesinin kamu projesine göre ilave bir harcama getirisi sağlamaması durumunda böyle bir eleştiri haklı çıkmış olacaktır.

Diğer taraftan, eleştiriler, kâr amaçlı çalışan özel sektörün kamu hizmetini adil bir şekilde, fiyatları artırmadan veya kaliteyi düşürmeden sunamayacağı şüphesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu eleştiriler genellikle şu kaygıları doğurur:

- Özel sektör ücretsiz sunulması gereken kamu hizmetinden kâr edecektir.

- Özel sektör hizmet sunumunda seçici davranacak ve daha az gelir düzeyindeki veya daha zor erişim imkânı olanların hizmetlere erişimi zorlaşacaktır.
- Özel sektör topluma karşı devlet kadar sorumlu değildir.
- Özel sektör kamudaki iş imkânını ortadan kaldıracaktır.
- KÖİ'lerin seçilmesinde ve işletilmesinde daha fazla yolsuzluk olabilecektir.

Yukarıdaki hususlar KÖİ'den vazgeçilmesine sebep olacak nitelikte sorunlardır. "Devletin piyasa başarısızlığı durumundaki müdahalesinde özel sektör nasıl bir rol oynar?" sorusuna yanıt arayarak bu hususlarda toplumun tatmin edilmesi yerinde olacaktır. Teorik açıdan ölçek ekonomisi ve doğal tekeller sebebiyle kamu altyapısının geliştirilmesi devletin sorumluluğundadır. Altyapının sağlanmasındaki kamu faaliyetleri de altyapının optimum düzeyinin ölçülmesi ve sağlanmasındaki başarısızlığı ifade eden kamu başarısızlığına uğrama riskini taşır. Kamu başarısızlığının yanı sıra hükümetler tarafsız gruplar değillerdir ve farklı hedefleri ve politika gündemleri olan organlardan ve birbirleriyle çatışan kurumlardan oluşurlar. Sektörler arası koordinasyon, uzun vadede taahhütlerle uyumluluk ve iç kapasitedeki eksiklikler gibi sorunlarla da yüzleşmek zorunda kalırlar. (OECD, 2008:76)

Siyasi desteği zayıflatabilecek olan diğer bir problem de KÖİ sözleşmelerinde eksik alanların olmasıdır. Riskin optimum şekilde ölçülmesi, paylaşılması ve fiyatlandırılması çerçevesinde kamu hizmetinin sunumuyla kâr güdüsünün birleştirilmesi zordur. KÖİ sözleşmelerinde, diğer tüm sözleşmelerde olduğu gibi, bütün olasılıklar önceden görülemez. Bunun sonucunda da güçlü bir hesap verebilirliğin olmaması ve özel sektörün piyasadaki değişimlere maliyetleri kamuya aktararak yanıt vermesi durumları ortaya çıkabilir. KÖİ projelerinin başarısızlığa uğraması ve negatif etkilerin ortaya çıkma potansiyeli, toplumun güvenebileceği güçlü bir düzenleyici yönetime olan ihtiyacı gösterir. Her ne kadar riskler devam etse de, bu riskler, rekabetçi bir ortamda seçilmiş, güçlü bir düzenleyici yapıyla çalışan ve kamu hizmetini adil ve verimli bir şekilde sunabilecek bir özel sektör ortağıyla önemli ölçüde azaltılabilir (Davis, 2005:443).

### 1.6.2. Yolsuzluk ve Etik Konular

KÖİ'lerdeki yolsuzluk riski konusu çok az araştırmanın yapıldığı ancak ciddi şekilde ele alınması gereken bir alandır. KÖİ sözleşmesi imzalandıktan sonra rekabetin büyük oranda ortadan kalktığı göz önüne alınırsa ihale sürecindeki rekabet ortamı nitelikli bir özel sektör ortağının seçilebilmesi için tek fırsattır. İhale sürecindeki yolsuzluk KÖİ'nin fayda sağlama kapasitesini ciddi şekilde sarsacaktır. OECD (2005:11)'ye göre yolsuzluk, ihalenin en düşük teklifi veya en yüksek harcama getirisi sağlayan teklife verilmeyip rüşvet veren istekliye verilmesidir. Piyasa verimsizliği yaratarak kişisel kazanç sağlandığından sonuçta kamu daha düşük kalitedeki hizmet için daha yüksek bir fiyat ödeyecektir (OECD, 2005:11).

Hesap verebilirliğin zayıf olması, usulsüz bir davranış belirlenemeyeceğinden veya belirlendikten sonra hiçbir sonuca ulaşılmayacağından yolsuzluk riskini önemli ölçüde artıran bir faktördür. Ayrıca değişken bir ortamda şeffaflığın sağlanması için yapılan en iyi düzenlemeler bile kısa zamanda eskiyip yetersiz hale gelebilir. Kamu projelerinde etik olmayan ve yolsuzlukla ilgili olan alanlar şunlardır (OECD, 2005:11):

- **Bilgi asimetrisi.** Adil ve rekabetçi bir ihale süreci, kamu alımını yapan idarenin veya özel sektördeki isteklinin sahip olduğu bilgiyi paylaşmama gücünün olmasıyla sekteye uğrar. Satın almayı yapan kurum söz konusu ihalede istekli olduğu halde bir özel şirketten teknik danışmanlık alabilir. Böylece ihalenin teknik şartnameleri ve prosedürler mevzuata uygun olduğu halde belli bir firmayı işaret ediyor olabilir.
- **Gayriresmî bağlantılar ve gizli anlaşmalar.** Gayriresmî ilişkiler ve bağlantılar taraflar arasında güven oluşturulması için faydalı olsa da kötüye kullanılması durumunda ihale sürecini etkileyebilirler. Bu şekildeki bağlantılar, bir istekliye haksız bir şekilde ihale prosedürlerinin ve gereksinimlerinin bildirilmesi için de kullanılabilir.
- **Kamu görevlilerindeki çıkar çatışması.** Kamu ile özel sektör arasındaki bağlantıyı sağlayan kamu görevlilerinde çıkar çatışması yaşanabilir. Bu

çatışma kişisel mali konular, ailevi bağlantılar veya muhtemel iş fırsatları sebebiyle ortaya çıkabilir.

- **Siyasi destek.** İhale sürecine doğrudan dâhil olmayan politikacılar siyasi görüşleri doğrultusunda ihale sürecini etkilemeye çalışabilirler. Yasa dışı olmasa bile bu tip faaliyetler etik sorunlar doğurabilir. Bazı ülkelerde seçim kampanyalarındaki katkılarından ötürü politikacıların belli bir firma lehine davranmaları yasa dışıdır.

Kamu projelerinde çıkar çatışmalarının yönetilmesi konusunda literatürde ilgili deneyimler işlenmiştir. Birçok ülkede prosedürler, açık ihlallerin önüne geçecek şekilde düzenlenmiştir. Ancak kamu sözleşmeleri usulsüz etkilerin çok daha kurnazca kullanılabileceği gri alanlardadır. Özellikle firmanın amacı sözleşmenin tarafı olmaktan ziyade ihale sürecinde üstünlük sağlamak ise usulsüzlüğün belirlenmesi daha zordur. Bunun klasik bir örneği şirketlerin sözleşmeyi yapan kurumlardaki çalışanlara verebileceği hediyelerin limitinin kanuni ve etik olarak belirlenmesidir.

İnter-Amerika Kalkınma Bankası ve Dünya Bankası tarafından Basel Yönetişim Enstitüsüne yaptırılan bir çalışmaya göre kamu projelerinin şu aşamaları yolsuzluğa ve rüşvete karşı zayıftır (OECD, 2005:20):

- Danışmanların seçimi. Danışmanlık sözleşmeleri çoğunlukla rekabetçi bir ihale sonucu imzalanmaz ve yakın danışmanlar tercih edilebilir.
- İhale dokümanlarının tasarlanması ve hazırlanması. Dokümanlarda yapılan hesaplamalarda oynama yapılabilir ve sözleşme süresinde belli maliyetlerde aşırı derecede oynama ortaya çıkabilir.
- Mevcut ihale prosedürü. Açık ihale, belli istekliler arasındaki ihale ve doğrudan temin yöntemlerindeki riskler birbirinden ayrılmalıdır. Örneğin açık ihale sürecinde bile, firmalara teklif hazırlamak için çok kısa bir zaman verilmesi, yeteri kadar duyuru yapılmaması veya belli bir firmayı işaret eden şartname hazırlanması gibi yöntemlerle rekabet ortadan kaldırılabilir.

- Karar verme safhası.
- Uygulama safhasındaki riskler de göz önüne alınmalıdır. Örneğin; iş sırası değiştirilerek usulsüz fayda sağlanabilir (OECD, 2005:20).

Etik konularla ilgili olarak başka bir sorun da çıkar çatışmasına yol açabilecek kamu ile özel sektör arasındaki personel geçişidir. Çoğu OECD ülkesi için, kamu çalışanlarında özel sektör deneyimi olması desteklense de, nitelikli elemanı istihdam etmek özel sektörle rekabet dolayısıyla gittikçe zorlaşmaktadır. Örneğin İngiltere'de KÖİ birimlerindeki üst düzey çalışanların yüzde 75'i kamu hizmeti dışından istihdam edilmiş olsa da ortalama 4-5 yıl içinde, kötüye kullanılması durumunda isteklilere haksız avantajlar sağlayabilecek değerli bilgilerle, kamudan ayrılmaktadır. Eğer bu koşullar iyi idare edilemezse KÖİ'ye olan güven ve destek sarsılabilir.(OECD, 2008:80)

Birçok OECD ülkesinde çıkar çatışmalarının önlenebilmesi için kamu görevlerinden ayrılanlara ilişkin mevzuat düzenlemeleri yapılmıştır. Aynı tip bir projede çalışırken kamu ile özel sektör arasındaki değişiklikler için 6 ay ila 5 yıl arasında süre geçmesini öngören zaman sınırlamaları için çeşitli çalışmalar devam etmektedir.

### 1.6.3. Kamu-Özel İşbirliği Düzenlemeleri

Tam rekabetin olmadığı bir piyasada düzenlemeler rekabetçi bir piyasa yapısının sağlanabilmesine yardımcı olabilir. Düzenlemelerle yatırımcılar yatırımlarının kamulaştırılmasına karşı korunabilir. Düzenleyiciler için ise girişimci faaliyetlerin sınırlanmasına yol açabilecek hükümler getirme riski vardır. Tüm muhtemel durumların tanımlanması veya bir kıstasla tüm durumların kapsanması düzenleme yapmanın iki uç noktasını oluşturur. KÖİ'ler için bunların ikisi de zararlı olabilir. Çok fazla kural getirmek harcama getirisi sağlama fırsatlarının değerlendirilebilmesini engelleyebilir ve potansiyel isteklileri pazara girmekten vazgeçirebilir.

KÖİ'lerin etkinliğinin sağlanabilmesi için kamunun mevcut kuralları ve düzenlemeleri değerlendirip değiştirmesi gerekir. Temel olarak, ideal bir düzenleyici

çerçevede tüm taraflar aşırı düzeyde sınırlandırılmadan sorumluluklar belirlenir. Tüm tarafların çıkarları korunurken yatırım için de teşvik edici bir ortam oluşturulur.

Kaliteli düzenleme, şeffaflık, bilgiye erişim, rekabet, yasal çerçeve, uygun düzeyde uyum ve zorlama KÖİ'nin başarılı olması için önemli hususlardır. Nitelikli bir düzenleme ve zayıf bir yönetişimin maliyeti çok yüksek olabilir. Sonraki iki alt bölümde KÖİ için bir çerçeve oluşturulurken göz önüne alınması gereken unsurlar incelenecektir.

#### 1.6.3.1.Şeffaflık ve Bilgiye Erişim

KÖİ sürecindeki tüm aşamalarda bilgiye kolayca erişilebilmesi hem özel sektör hem de kamu için şeffaflığın, hesap verebilirliğin ve proje yönetiminin gelişmesine yardımcı olur. Kamu için şeffaflık ihalenin adilce yapılmasına ve toplumun proje maliyetlerini inceleyebilmesine yardımcı olur. Özel sektör için özellikle tamamlanmış ihale bilgilerine ve devam eden proje bilgilerine erişilebilmesi daha sağlıklı proje geliştirilmesi ve rekabet ortamının güçlenmesi hususunda faydalıdır.

İngiltere KÖİ alanında şeffaflığın artırılması için çaba harcayan ülkelerin başında gelir (HM Treasury, 2003:92). Bu çabalardan en önemlisi aşağıdaki konuların genellikle İngiliz Hazinesinin internet sayfasından yayınlanmasını içerir:

- Sözleşmesi yapılan tüm KÖİ projelerinin gelecekteki ödemelerinin kaydı
- İmzalanmış olan ve tedarik süreci devam eden sözleşmelerin değeri
- Tamamlanmış projelerin kayıtları ve uygulama performansları ve beklentiler
- Devam eden projelerin performans değerlendirmeleri
- Özel sektör yatırımcılarının öz sermaye kârlılık oranları

Şeffaflık aynı zamanda usulsüzlükleri engelleme potansiyeline de sahiptir. Örneğin, özel sektöre, finansal garantilerin verilmesi yolsuzluk ihtimali doğurabilecek bir alandır. Kamuya hiçbir fayda sağlamaması halinde bile garantilerin verilmesi söz konusu olabilir. Kamu yararının korunması ve garantilerin kötüye

kullanılmasının engellenebilmesi için IMF şunları belirtmiştir: “İyi bir bilgilendirme garantiler konusundaki detaylı bilgilerin yayınlamasıyla olur. Bu bilgiler; her garantiyle kamu politikasında neyin amaçlandığını veya garanti programını, garantilerin sektörel olarak sınıflandırılmış şekilde toplam değerini ve süresini, faydalanıcıları ve garantinin ödenme ihtimalini kapsamalıdır. Bu bilgiler aynı zamanda geçmişte garanti kapsamında yapılan ödemeleri de içermelidir.” (IMF, 2004:28)

Avustralya’da kamu otoriteleri sözleşmeleri imzalandıktan sonra üç ay içinde yayınlamak zorundadırlar. Ayrıca, sözleşme içeriğinin kısaca özetlenmesi, harcama getirisi açısından bir rapor ve şu konularda detaylı bilgiler de açıklanmalıdır: 1) özel sektöre devredilen varlıklar; 2) toplam maliyet ve gelecekteki değişimlerin muhtemel sebepleri; 3) sözleşmenin yeniden müzakere koşulları; 4) yapım ve işletme dönemlerindeki risk paylaşımının detayları; 5) taraflarca verilen garantiler; ve 6) kamu sektörü karşılaştırıcısının detayları (Fitzgerald, 2007:45).

#### 1.6.3.2.Yasal Çerçeve

Yukarıda bahsedildiği gibi, KÖİ yönteminin başarısı için KÖİ sözleşmesinin devletin ve özel sektörün amaçlarıyla örtüşmesi gerekir. KÖİ sözleşmesinin mümkün olduğunca detaylı bir şekilde hazırlanması KÖİ’nin başarısı ve risklerin azaltılması için bir yöntem iken özellikle 25-30 yılı bulan uzun vadeli projelerde tüm olasılıkları kapsamak imkânsızdır. Bu yüzden, sözleşmelerde eksikliklerin olabileceği ve taraflar arasında anlaşmazlıkların çıkabileceği göz önünde bulundurulduğunda güçlü bir mevzuat yapısı hayati önem taşımaktadır.

KÖİ’lerle ilgili yasal çerçeve 4 boyutta incelenmektedir. Bunlar; uluslar üstü gereksinimler (Avrupa Birliği mevzuatları gibi); ulusal mevzuat; yerel/bölgesel otoritelerin kuralları ve düzenlemeleri ve her projenin sözleşmesine özgü koşullardır. Özellikle ulusal ve yerel düzenlemelerin kaliteli olması başarılı bir KÖİ uygulaması için bir ön koşul olarak kabul edilmektedir.

Yasal çerçeve KÖİ’nin başarısızlığa uğraması veya mücbir sebeplerin ortaya çıkması durumunda devlete işletme yetkisini vermelidir. İngiliz hükümeti şu durumlarda hizmetlerin yönetimini devralma yetkisine sahiptir:

- Toplum sağlığı ve güvenliğini tehdit eden;
- Çevreye ilişkin ciddi bir risk oluşturan;
- Devletin yasal sorumluluklarını yerine getirmek zorunluluğunda;
- Ulusal güvenlikle ilgili konularda.

KÖİ'ler sözleşmeye dayanan anlaşmalar olduğundan tarafların sözleşme koşullarına bağlılığı son derece önemlidir. İngiltere örneğinde sözleşmeyle uyumluluk ve yaptırımlar doğrudan özel sektöre yapılan ödemelerle ilişkilendirilmektedir. Bir KÖİ projesi işletme aşamasına geçtiği andan itibaren kamu otoritesi de uyumluluğun izlenmesi ve hizmet sunulmasını sağlamak için gerekli donanıma sahip olmalıdır. Bu şekilde kullanılabilecek en önemli araç sözleşmede belirlenen fiyatlandırma mekanizmasıdır. Projenin teşvik ve ceza yapısının yanı sıra etkin bir risk transferinin gerçekleştirilmesi de fiyatlandırma mekanizmasıyla yakından ilişkilendirilmektedir.

İngiltere örneğini inceleyen Leahy (2005:65-66), sözleşme koşullarına uyulmaması sebebiyle ödemelerde yapılan kesintilerin genel olarak çok düşük olduğunu belirtmektedir. Bu durumun sebebi yüklenicilerin tatmin edici performansları olabilir ancak Leahy, kamu otoritesinin yetersiz performansla orantılı bir şekilde ceza ödemede isteksiz olması durumunda bir ödeme mekanizmasına sahip olmanın etkinlik için yeterli olmadığı üzerinde durmaktadır.

Yüklenicinin gelirinde yapılan kesintinin projenin kalitesi üzerinde ölçülebilir etkileri görülebilir. Sözleşmeyle uyumsuzluktan ötürü düşen kâr payları hem ortakları hem de kreditörleri rahatsız edecektir. Bu şekildeki sözleşme uyumsuzluğu projenin başarısını ciddi şekilde tehdit ederse kreditör kuruluş müdahale hakkını kullanabilecektir.

Son olarak, taşeron firma kullanılması düşük kaliteli hizmet sunumuna yol açabileceğinden özel bir problem alanı olarak görülebilir. Dolayısıyla KÖİ'de taraf olan bir idarenin, yüklenicinin çalıştığı taşeron firmalar üzerinde de gözetimi olmalıdır.

## 2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

İlk bölümde KÖİ'nin genel çerçevesini, süreçte dikkat edilmesi gereken hususları, harcama getirisi ve karşılanabilirlik kavramları gibi teknik konularda nelere dikkat edilmesi gerektiği incelenmiştir. Bu bölümde sağlık sektörü yatırımlarında KÖİ yöntemlerini kullanan ülkelerde uygulamanın nasıl bir süreç izlediği, süreçte ne gibi düzenleyici kurumlara yer verildiği ve yapılması planlanan projelerin nasıl seçildiği gibi konular ele alınacaktır. Bu bölümde, ayrıca ülkemizdeki sağlık sektöründe KÖİ uygulamalarının ne aşamada olduğu, mevzuat ve kurumsal yapılanma konuları ele alınacaktır.

KÖİ uygulamalarının değişik ülkelerdeki gelişimlerine bakıldığında benzer bir yapılanma söz konusudur. Uygulamalar genellikle paralı yol (veya köprü, tünel) imtiyazıyla başlatılmıştır. Uygulamayı yapan ülke için bu kavram çok yeni olarak algılanmış ve projenin kendi kendini finanse etmesi en azından kamu bütçesi açısından projeyi son derece cazip kılmıştır. Ancak paralı yol projelerinin uygulama alanı genellikle sınırlı olduğundan ülkeler sosyal altyapı için de bu modelleri kullanma yoluna gitmişlerdir. Bu aşamadan sonra KÖİ programı çok daha çeşitlenmiş, projelerin yakın takibi için merkezi KÖİ birimleri, KÖİ kanunları ve standart KÖİ sözleşmeleri oluşturulmuştur (Yescombe, 2007:29-30).

KÖİ uygulamaları ülkelerin benimsedikleri hukuk sistemleri açısından ele alındığında ortak hukuk sistemini benimsemiş ülkelerde KÖİ'lerin bir çeşit kamu tedariki olarak muamele gördüklerini ve KÖİ'lere özel hukuki düzenlemelere ihtiyaç duyulmadığı ancak kara Avrupası hukuk sistemini, diğer bir ifadeyle idari rejimi benimsemiş ülkelerin KÖİ sözleşmeleri yapabilmek için münhasır kanunlara ve diğer hukuki düzenlemelere ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Dolayısıyla idari rejimi benimsemiş ülkelerde özel hukukun yanında KÖİ'lerin de kapsandığı idare hukuku yapılanması ortaya çıkmıştır. İdari rejimin olduğu ülkelerde aşağıda sıralanan problemlerin çözülebilmesi için KÖİ kanunlarının kabul edilmesi gerekmektedir.

- Yapım, uzun dönemli işletme ve bakım işlerinin ayrı ayrı değil de KÖİ yöntemindeki gibi bir arada yapılması;
- Bayındırlık işleri için gecikmeli ödeme yapılabilmesi;

- Kamu altyapısının kontrolünün ve işletiminin devredilmesi konusundaki sınırlamalar (Yescombe, 2007:31)

KÖİ uygulamalarının düzenlendiği çerçeve bir kanunun sağlayabileceği fırsatlar şunlardır:

- Siyasi destek açıkça ortaya konulmuş olur.
- KÖİ projelerinin kontrolü, onaylanması ve izlenmesi için idari birimlerin rolleri belirlenir.
- Prosedürler netleştirilir.
- Bir kamu otoritesinin projenin risklerine verebileceği destekler belirlenir.
- İdarenin proje özellikleri üzerinde değişiklik yapma ve bunları özel sektöre yapılan ödemelerde tazmin etmesine yönelik prosedürler belirlenir.
- KÖİ sözleşmesinin herhangi bir nedenle erken sonlandırılması durumunda yatırımcının hakları netleştirilir.
- Müdahale hakkında olduğu gibi kreditörün KÖİ sözleşmesi üzerinde teminat sahibi olması sağlanır.
- Eğer uygunsa vergi muafiyeti gibi yatırım teşvikleri düzenlenir.

Diğer taraftan ortak hukuk sistemindeki sözleşme yaklaşımı idareye KÖİ programında değişiklik yapabilme esnekliği tanımakta ve KÖİ sözleşmeleri birçok açıdan ortak yönlere sahip olduklarından tecrübeler ışığında standart sözleşmeler ortaya çıkmaktadır. Standart sözleşmelerde şu gibi hususlara ilişkin hükümler yer alır:

- Projenin belirlenen özelliklerde ve tarihte tamamlanması;
- İdarenin tasarım ve yapım aşamalarında izleme yapabilmesi;
- İdarenin yapım konusundaki yükümlülükleri;
- İdarenin projede değişiklik yapabilmesi;
- Sigortalama;

- Acil durumlarda idarenin tesise el koyabilmesi;
- Uzun dönemde tesisin bakımı;
- Tesisin dönem sonunda idareye devredilmesi;
- KÖİ sözleşmesinin erken sonlandırılması ve tazminatlar (Yescombe, 2007:32)

Sözleşmelerin standartlaşması idari rejimde düzenlemeler gerektirir ve istekliler ile kreditörler için belirsizlik azalacağından ihale süreçlerinin kısalması ve maliyetlerin düşmesi sağlanabilir. Bu kapsamda ortak hukuk sistemini kullanmakla birlikte İngiltere ve Avustralya sağlık alanında KÖİ modellerinin uygulandığı en gelişmiş kurumsal ve idari yapıların oluştuğu iki örnektir. Bunun yanında KÖİ modelleri birçok ülkede uygulanmakla birlikte literatürde en çok ele alınan ülke İngiltere'dir. İngilizce kaynak bulunmasında yaşanan zorluklarla birlikte kıta Avrupası ülkelerinden İtalya sağlık alanında Avrupa'da ikinci en büyük pazara sahiptir. İspanya literatürde Alzira Yöntemi olarak adlandırılan modelle son derece özgün bir KÖİ yapısı oluşturmuştur. Buradan hareketle, bundan sonraki alt bölümlerde, sayılan ülkelerde sağlık alanında uygulanan KÖİ modelleri daha derinlemesine ele alınacaktır.

### 2.1. İngiltere Örneği

İngiltere KÖİ uygulamalarında nispeten kısa bir geçmişe sahip olmakla beraber en başarılı örnek olarak gösterilmektedir. 1990'ların başında Özel Finansman Girişimi (ÖFG) başladığından bu yana ÖFG uygulaması sağlam temellere kavuşmuş ve çeşitli yönleriyle literatürde çok defa ele alınmıştır. İngiltere örneğinden elde edilen tecrübeler ve bilgi birikimi, danışmanlar, yatırımcılar ve hizmet sunucular tarafından diğer ülkelere satılmış ve İngiliz KÖİ modeli başka ülkeler tarafından benimsenerek uygulanır hale gelmiştir. (Bult-Spiering and Dewulf, 2006:74)

İngiltere'de KÖİ'nin gelişimi kültürel olarak bir dönüşümü de içeren özelleştirmeyle beraber başlamaktadır. 1979 yılında Margaret Thatcher liderliğinde seçilen muhafazakâr hükümet, halen devam eden, kamu sektörünün iktisadi faaliyetlerden çekilmesi politikasını başlatmıştır. İlk önce kamu hizmetlerinde

temizlik ve yemek gibi faaliyetlerin hizmet alımı yöntemiyle karşılanması ön plana çıkmıştır. Kamudaki yöneticilerin daha fazla piyasa teşvikleri kullanmasını zorlayacak şekilde bir yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Bunun ardından kamu teşebbüsleri ve yerel yönetimler başta olmak üzere kamu sektörü faaliyetlerinin özel sektör tarafından finanse edildiği model önerileri ortaya çıkmıştır (Spackman, 2002:284).

İlk başlarda gelen bu önerilerin özellikle harcama kontrollerinden kaçınmak için tasarlandığı göze çarpmıştır. Bunun sonucunda 1981 yılında, bir projede ancak kamu finansmanından daha maliyet etkin olması durumunda özel sektör finansmanının kullanılabileceği ve bunun da idarenin sermaye bütçesi içinde değerlendirileceği hükümlerini getiren Ryrie Kuralları getirilmiştir. Ancak 1986 yılında hükümet bu kuralları Dartford otoyolu projesini onaylayarak hükümsüz kılmış ve 1989 yılında da bu kurallar resmi olarak yürürlükten kaldırılmıştır. Bu kurallar teknik olarak sağlam temellere dayanıyor olsa da uygulamada sürdürülememiştir. Kuralların iptali finansal kurumlar ve inşaat şirketleri tarafından beğenilen bir uygulama olmuş ve hükümet bütçe dışı finansman kaynağı elde ederek bundan memnuniyetle faydalanmıştır. O yıllarda yeni olan ve gelişen bir inanç da, özel sektör finansmanının verimliliği artıracağı ve bu kaynaktan faydalanmak için bütçe dışı ek kaynaklar kullanılması gerektiği yönündeydi.

Ancak Ryrie Kurallarının yürürlükten kaldırılması özel sektör finansmanıyla yapılan projelerde bir artışa yol açmamıştır. Bu yüzden 1992 yılında "özel finansman girişimi (ÖFG)" başlatılmıştır. ÖFG birimi, uygulayıcı bakanlıkları cesaretlendirmek, proje bazında tavsiyelerde bulunmak ve rehber dokümanları üretmek amacıyla İngiliz Hazinesi bünyesinde özel sektörden yöneticilerinin de üyesi olduğu Özel Finansman Kurulu ve Başkanlık olarak kurulmuştur. 1994 yılında kamu sektörünün tüm projelerinde özel finansman alternatifinin değerlendirilmesi gerektiğini öngören "evrensel test kuralı" uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca İngiltere'nin sağlık, eğitim ve ulaştırma bakanlıkları mahiyetindeki kamu kurumlarında KÖİ birimleri kurulmuş ve bu tedbirlerle birlikte ÖFG sözleşmesi sayıları 1994 yılında 2 iken 1995 yılında 11'e, 1996 yılında ise 39'a çıkmıştır (Spackman, 2002:285).

Birleşik Krallık hükümetlerinin herhangi bir faaliyeti özel sektörle sözleşme yaparak hayata geçirmesi anayasa veya başka bir kanunla sınırlanmamıştır. Ancak mevzuata, ileride yerel yönetimlerin ÖFG sözleşmesinin kendilerini bağlamayacağını iddia etmelerinin önlenmesi ve Kamu Hastane Birliklerinin başarısızlığı durumunda imzalanan sözleşmelerin arkasında hükümetin olduğu hususunda özel sektörü inandırmak amacıyla ihtiyaç duyulmuştur. Bu kapsamda 1997 yılında İşçi Partisi hükümete geldikten sonra muhafazakâr hükümetin hazırlığını yaptığı iki önemli mevzuat değişikliği kabul edilerek ihtiyaç karşılanmıştır (Spackman, 2002:285).

İşçi Partisi hükümeti evrensel test kuralını iptal etmiş ve KÖİ kavramını getirmiştir. Bu kavram mevcut siyasa dokümanlarındaki açıklamasıyla

1) Tam veya kısmi özelleştirmeyi;

2) Halen ÖFG olarak tanımlanan özel sektörün risk taşıyan finansmanıyla hizmet alınmasını ve

3) Kamu hizmetlerinin özel sektör ortaklığıyla satılmasını kapsar (HM Treasury, 2000:10).

Ayrıca 1997 yılında KÖİ faaliyetlerinden sorumlu olan ve geçici süreyle oluşturulan Hazine Çalışma Grubu kurulmuştur. 2000 yılında Hazine bünyesindeki Çalışma Grubu kendisi de bir kamu özel işbirliği olan Partnerships UK (PUK) adında devletin yüzde 49 oranında pay sahibi olduğu yeni bir kuruluşa devredilmiştir. PUK'un maliyetleri ödemelerden ve bazen de pay sahibi olduğu hisselerden elde edilen gelirle karşılanmaktadır. Politika Çalışma Grubu ise Ticaret Bakanlığı bünyesine devredilmiştir.

Bu değişikliklerle birlikte 2002 yılının ilk aylarına kadar 500 adet ÖFG sözleşmesi imzalanmıştır. Özel finansmanlı sermaye harcaması toplam kamu sermaye giderinin yüzde 15'i seviyesindedir ve ÖFG projeleri birçok sektörde uygulanmaktadır. Mali olarak en büyük ÖFG projeleri Savunma Bakanlığının yürüttüğü projeler olup 13 milyar İngiliz Sterlini tutarındaki havadan havaya yakıt ikmal tankeri programının ve 3,5 milyar Sterlin tutarındaki havaalanı destek hizmetleri için ihale süreci devam etmekte olup 10 milyar Sterlin tutarında askeri uçuş eğitim sistemleri projesi hazırlık aşamasındadır. Bununla birlikte,

KÖİkapsamında yürütülen projeler genellikle 10-100 milyon Sterlin arasında değişen eğitim, belediye binaları, polis karakolları, hastane enerji yönetimi sistemleri ve şehir aydınlatması için yapılan tesislerden oluşur. 100 milyon Sterlinin üzerindeki projeler ise genellikle hastane, cezaevi ve otoyol projeleridir.

İngiltere'de sağlık alanında 1997 yılı Temmuz ayı ile 2009 yılı Eylül ayları arasında toplam 11.367 milyon Sterlin tutarında 113 adet ÖFG anlaşması imzalanmıştır. Bu projelerin değeri 3 milyon Sterlin ile 1 milyar Sterlin arasında değişmektedir[10].

İngiltere'de kamu sağlık hizmetlerini sunan Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (*National Health Service – NHS*) yapısı ele alındığında NHS'nin büyük oranda vergilerle finanse edildiği görülür. 1999 yılı rakamlarına göre NHS'nin işletme giderleri, amortismanlar ve faiz ödemelerinin yüzde 98'i vergi gelirleriyle yüzde 2'si ise hastaların cepten yaptıkları ödemelerle finanse edilmiştir. Söz konusu yüzde 2'lik kısım da büyük oranda ilaç ve diş tedavileri için yapılan ödemelerdir. NHS harcamaları katı bir şekilde uygulanan yıllık bütçe limitine tabidir. Her mali yılın sonunda harcama limitleri ortalama olarak yüzde 1 aşılır. NHS hastaneleri iflaslarını açıklayamazlar, diğer bir deyişle devlet, hastanelerin borçlarını eninde sonunda ödemekle yükümlüdür.

Yine katı bir şekilde uygulanan başka bir nakit limiti de NHS'nin yapabileceği yatırım miktarında bulunmaktadır. Ancak bu limite ÖFG ile yapılan yatırımlar dâhil değildir. Bu da planlanan yatırımlarda geleneksel yöntemle yapılacak kıyaslamalara rağmen ÖFG yönteminin kullanılması için büyük bir teşvik oluşturmaktadır. NHS'ye hizmet alıcılar tarafından yapılan ödemelerle kamu yatırımıyla elde edilen varlıkların o yılki amortismanları ile yüzde 6 kâr payı ve eğer varsa ÖFG ile yapılan yatırımların sözleşmeyle belirlenmiş olan sermaye maliyetleri ödenmek zorundadır. (Sussex, 2003:61)

Hastane hizmetleri emek yoğun hizmetler olmasına rağmen hastanecilik sektöründeki varlıkların ölçeği ve bunlara atfedilen önem son derece büyüktür. Personel maliyetleri hastane maliyetlerinin yüzde 61'ini oluştururken amortisman ve

[10] Detaylı liste için bkz. http://www.hm-treasury.gov.uk/d/pfi_signed_projects_list.xls

faiz ödemeleri sadece yüzde 8'ini oluşturur. Ancak NHS'nin mevcut sabit sermaye varlıklarının yenilenme maliyetinin 70 milyar Sterlinden fazla olduğu tahmin edilmektedir. Yeni bir hastane yatırımına veya mevcut bir hastanenin kapatılmasına karar verilmesi siyasi olarak son derece hassas hadiselerdir.

NHS kapsamında yapılacak olan bir yatırım prensip olarak coğrafi sağlık ihtiyaçları, mevcut hastane stokunun büyüklüğü, cinsi ve durumu dikkate alınarak planlanmaktadır. Sosyal dayanışma prensibince ülkenin hiçbir bölgesi gereksiz bir şekilde desteklenmez. Hastane inşaatlarının yapılması, yatırımın hükümetten, özel sektörden veya sermaye piyasalarından borçlanılarak yapılmasından bağımsız olarak Bakanlıkların yetkisindedir. NHS'nin devlete borçlanarak yaptığı yatırımlarda tasarım ve inşaat işi ihale sonucu belirlenen müteahhit tarafından yapılır. Hastanenin işletilmesinde tıbbi olmayan hizmetlerin (tıbbi personel dışında sunulan tüm hizmetler) sunumu da yine başka ihalelerle belirlenen yükleniciler tarafından yürütülür. Bu şekilde yapılan ihaleler genellikle üç yılı aşmayan kısa dönemli sözleşmelerle sonuçlanır; çok sayıda yüklenici söz konusu olabilir veya çeşitli hizmetler için doğrudan hastane tarafından personel istihdam edilebilir. Bunun yanında hastaneyi tasarlayan ve inşa eden firmayla bahsedilen hizmetleri sunan yükleniciler arasında herhangi bir bağ da yoktur. Sermaye giderleri yatırımlar ortaya çıktığında yapılır. ÖFG ile geleneksel yatırım modeli arasındaki belli başlı farklar şu şekilde sıralanabilir:

- Tasarım, inşa ve işletme tek bir konsorsiyum tarafından üstlenilir. Bu genellikle özel amaçlı araç olarak adlandırılan ve münhasıran söz konusu proje için kurulan şirket olur.
- ÖFG sözleşmesi genellikle 30 yıl ve daha uzun sürelidir.
- Konsorsiyum hastanenin ilk inşa maliyetini karşılamak için özel sektörden borçlanır.

Bu noktalardan hareketle ÖFG modelinin "tasarla-yap-finanse et-işlet" modeli olduğu söylenebilir (Sussex, 2003:61-62.)

ÖFG yöntemi NHS'de yapılan tüm yatırımların sağlam temellere dayanması için belli prensiplere ve prosedürlere tâbidir. NHS'nin Sermaye Yatırımı Kılavuzundaki yatırım süreci şu dört aşamadan oluşur (NHS Executive, 2007a:6):

- 1. aşama: stratejik çerçeve hazırlanır ve değişiklikler için nedenler ortaya konur;
- 2. aşama: tercih edilen seçenek tanımlanır ve bir Taslak İş Planı hazırlanır;
- 3. aşama: tercih edilen seçenek detaylı bir şekilde değerlendirilir ve bir Kesin İş Planı hazırlanır;
- 4. aşama: proje uygulamaya geçirilir ve çıktılar değerlendirilir.

NHS'de ÖFG süreci bu dört aşamayı da içermektedir. Sistemin gerçekçi bir şekilde uygulanarak büyük projelerin (25 milyon Sterlinden daha büyük yatırıma ihtiyaç duyulan projeler) sayısının sınırlanması böylece başarı şansının da artırılabilmesi için büyük projeler için yapılan teklifler sağlık hizmeti ihtiyacına göre ulusal bazda önceliklendirilir ve sadece öncelikli projeler tedarik aşamasına geçer.

ÖFG sürecinde yatırıma karar verilirken ilk önce Sağlık Gelişim Programıyla (Health Improvement Programme) uyumlu bir biçimde stratejik çerçeve geliştirilir ve stratejik çerçeve için NHS Bölgesel Yönetim Ofisinden onay alınır. Bu aşamada sağlık hizmet sunumunun mevcut durumu tanımlanır, ihtiyaç duyulan hizmet düzeyi tanımlanır ve değişiklik için sebepler ortaya konur.

25 milyon Sterlinden daha yüksek maliyetli olması tahmin edilen projeler için stratejik çerçeve Stratejik Taslak Planda belgelenmelidir. Stratejik Taslak Plan; NHS Birliği, Yetkili Sağlık Otoritesi ve Bölgesel NHS Ofisiyle birlikte hazırlanmalıdır. Stratejik Taslak Planlar NHS'nin Yatırım Önceliklendirme Danışma Grubu ve Bakanlar tarafından değerlendirilir ve seçilenler Taslak İş Planının yapılması aşamasına geçer.

Taslak İş Planı şu amaçlar için hazırlanır:

- Önerilen proje için tercih edilen yöntemin tanımlanması ve geliştirilmesi.

- Bu yöntemin tercihinin titiz bir yatırım değerlendirmesi sonucunda yapıldığının gösterilmesi.
- Yapılacak olan işin önemli bir ihtiyaca cevap vereceğinin ve ulusal ve bölgesel stratejilerle ve önceliklerle uyumlu olduğunun gösterilmesi.
- Kilit paydaşların söz konusu teklifin hazırlanmasında katkılarının olduğunun ve teklifi önerdiklerinin gösterilmesi.

Taslak İş Planında tercih edilen yöntemin maliyetleri faydaları ve riskleri titiz bir şekilde değerlendirilir. Bunun için Taslak İş Planında bir ekonomik değerlendirme (veya harcama getirisi analizi), parasal olmayan faydalar ve etmenlerin değerlendirilmesi ve ekonomik ve parasal olmayan etmenleri bir arada değerlendiren bir fayda-maliyet analizi yer alır. Ayrıca NHS Birliği tercih edilen yöntemin ömrü boyunca karşılanabilirliğinin gösterilmesi için finansal değerlendirmeleri yapıp duyarlılık analizlerine de Planda yer vermektedir.

Duyarlılık analizine tâbi tutulacak olan değişkenlerin; yatırım maliyetleri, inşaat süresi, NHS Birliğinin veya yetkili sağlık otoritesinin faaliyet düzeyini değiştirebilecek nitelikteki strateji değişiklikleri (tesisin büyüklüğü, gelir düzeyi, hizmet maliyetleri ve projenin yatırım maliyeti), sermaye ödemelerindeki kesintilere ilişkin varsayımları ve projenin karşılanabilirliğini maddi olarak etkileyebilecek tüm faktörleri kapsaması önerilir. Burada önemli olan husus hem yapım hem de işletme safhasındaki değişkenlerin dikkate alınmasıdır. İyimser, kötümser ve nötr olmak üzere farklı senaryoların da hazırlanması önerilmektedir (NHS Executive, 2007b:11).

25 milyon Sterlinden daha küçük projeler için Yatırım Önceliklendirme Danışma Grubunun onayı aranmaz ve Stratejik Taslak Plan hazırlanmaz. Bu tip projeler için doğrudan Taslak İş Planı hazırlanarak yetkili sağlık otoritesinden onay alınır ve tedarik hazırlıklarına başlanır.

Taslak İş Planını hazırlarken bir yandan NHS Birliğinin yetkili sağlık otoritesi ile birlikte ÖFG yöntemi için hazırlıklara başlaması önerilmektedir. Bu kapsamda kamu sektöründen bir ekip oluşturularak sorumluluklarının ve rollerinin belirlenmesi, danışman tutulması, çıktıların belirlenmesi ve müzakere çağrısının hazırlanması gerekmektedir (NHS Executive, 2007b:4).

Taslak İş Planı onaylandıktan sonra Avrupa Birliğinin kamu alımları kuralları çerçevesinde NHS Birliği resmi ihale prosedürlerini başlatabilir. Bu çerçevede ilk önce Avrupa Topluluğu Resmi Gazetesinde (ATRG) sözleşme ilanı yayınlanmalıdır. Yayınlanan bu sözleşme ilanında projenin ÖFG yöntemiyle yapılacağı vurgulanarak özel sektörün önemli oranda riski üstleneceği ifade edilir. Ayrıca projenin tahmin edilen detayları ilanda yer alır ve isteklilerin ilgi beyanı sunmaları istenir.

Sözleşme ilanı yayınlandıktan sonra isteklilerden cevap olarak ilgi beyanları toplanır. NHS Birliği ilgi beyanlarını topladıktan sonra Bilgilendirme Notu ve Ön Yeterlilik Anketini tüm isteklilere gönderir. Bilgilendirme Notunda konsorsiyumda ne tip üyelerin yer alacağı belirlenmelidir. Bilgilendirme Notunun içeriği ana başlıklar halinde şöyledir:

- Proje Hakkında Bilgiler

  - Projenin stratejik çerçevesi
  - Projenin kapsamı
  - Özel sektör için fırsatlar
  - Tedarik süreci
  - Taslak zaman çizelgesi
  - Düşünülen risk paylaşımı
  - Kamu sektörü karşılaştırıcısı

- NHS Birliği ve Yetkililer Hakkında Bilgiler

  - NHS Birliği (mevcut ve gelecekte tahmin edilen faaliyetleri ve gelirleriyle birlikte)
  - Yetkili sağlık otoritesi
  - Diğer gelir kaynakları
  - Mevcut mülkler ve konumları
  - Kamu sektörü ekibi

Ön Yeterlilik Anketinde ulusal kamu alımı düzenlemelerine göre isteklilerin uygun olup olmadıkları (iş alanıyla ilgili mahkûmiyetinin olup olmaması, sosyal güvenlik primlerinin ödenmesi gibi çok sayıda kriter dikkate alınır), isteklilerin yeterli ekonomik ve finansal durumda olup olmadığı, sözleşme gereklerini yerine getirebilmek için teknik kapasiteye ve kabiliyete sahip olup olmadıkları değerlendirilir. Değerlendirilen anketlerin ardından Müzakere Çağrısı aşamasına geçilir. Bu aşamada ya 6 istekli seçilerek bunlara Ön Müzakere Çağrısı gönderilir ve gelen cevaplardan sonra 3 istekli seçilerek bunlara Nihai Müzakere çağrısı gönderilir ya da doğrudan 3 istekli seçilir ve Nihai Müzakere Çağrısı gönderilir. Daha sonra Nihai Müzakere Çağrısının gönderildiği 3 istekliden gelen yanıtlar değerlendirilerek 2 istekli seçilir ve müzakere aşamasına geçilir. Ön Müzakere Çağrısı, Nihai Müzakere Çağrısının bir taslağı niteliğindedir ve aralarında bazı sözleşme koşullarının içerilmesi ve belli bazı konularda bilgi talep edilmesi gibi farklar vardır.

Müzakere Çağrısı ön yeterlilikten geçmiş isteklilere detaylı tekliflerini sunmaları için bir çerçeve sağlayan dokümandır. İsteklilerin kesin tekliflerini oluşturmaları ve herhangi bir yanlış anlaşılma olmamasına yardımcı olur. NHS Birliği sözleşme taslağını, ödeme mekanizmasını ve performans sistemini ATRG ilanı verilmeden önce tamamlamış olması gerekmektedir. Özellikle çıktı özelliklerinin tanımlanması gibi önemli ölçüde zaman alan faaliyetler resmi ihale prosedürünün başlamasından önce tamamlanmış olmalıdır. Müzakere Çağrısının içeriği ana başlıklar olarak şöyledir (NHS Executive, 2007c:19):

- Yönetici özeti.
- İhale süreci – izlenecek yöntem ve zaman çizelgesi.
- Projenin arka planı – isteklilere NHS Birliğinin yapısı, performansı ve organizasyonu ve proje hususunda daha önce verilmeyen bilgiler verilmelidir.
- İstenen çıktılar.
- Karşılanabilirlik ve karşılanabilirliğin sağlanacağı tavan varsayımları.

- Risk paylaşımı ve harcama getirisi – NHS Birliğinin tasarladığı risk paylaşımı ve harcama getirisinin nasıl hesaplanacağı bilgileri.
- NHS standart sözleşmesi.
- Ödeme mekanizması.
- Sözleşme süresi.
- Tekliflerin nasıl değerlendirileceği.
- İrtibata geçilebilecek kişilerin iletişim bilgileri.
- Tekliflerin içeriğinin neler olacağı ve formatı.

İhale sürecinin başarısı tamamen yazılı dokümanlara bağlı değildir. NHS Birliği tarafından ön yeterliliği geçmiş olan isteklilere Birliğin ihtiyaçları ve ihale sürecini anlatan bir sunum yapılması tarafların birbirlerini daha iyi anlayabilmelerine olanak sağlamaktadır. Ayrıca isteklilerle görüşmeler yapılması hem tekliflerin anlatılması hem de tarafların birbirlerini daha iyi tanımaları için önerilmektedir. Bu çerçevede Nihai Müzakere Çağrısının son aşamalarında isteklilerin teklifleri üzerinde daha derin görüşmeler de yapılır.

Bu aşamada tekliflerin değerlendirilmesi için ihale ilanı verilmeden önce taslak müzakere çağrısı hazırlanırken bir ağırlıklandırma ve puanlama matrisinin de hazırlanması önerilmektedir. Bu şekilde ihale sürecinin denetlenmesinde de kolaylıkla şeffaflık ve açıklık sağlanabilecektir. NHS idaresinin ÖFG biriminde önceki projeler için oluşturulmuş olan değerlendirme matrislerinin örnekleri NHS Birliğinin talebi doğrultusunda Birliğe kullandırılır.

Müzakereler esnasında isteklilerin kesinlik kazanan tekliflerinde isteklilerle sözleşme koşulları, kesin bir finansal model, finansörlerin mutabakatı, çıktılar, NHS Birliği ve yetkili sağlık otoritesince karşılanabilir olan bir fiyat ve baz alınan faiz oranlarındaki değişimler hariç olmak üzere fiyat risklerinin özel sektör tarafından üstlenilmesi gibi konularda tamamen anlaşıldıktan sonra bir istekli seçilir. Seçilen istekliyle sözleşmenin daha önce anlaşılan koşullarında değişiklik yapılmadan detaylı kısımlar üzerinde de müzakereler devam eder ve Kesin İş Planı hazırlanır. Bunun yanında, sözleşmenin koşullarında değişiklik yapılması durumunda ihale sürecinin

adil bir şekilde gerçekleşmesine gölge düşeceğinden sözleşme NHS Birliğince onaylanmadan önce değişiklikler hususunda NHS İdaresiyle mutabakat sağlanmalıdır.

10 milyon Sterlinin üzerindeki projeler için Kesin İş Planı şu makamlardan onay alır:

- NHS İdaresi Bölge Ofisi
- NHS İdaresi Merkezi
- Hazine Sağlık Harcamaları Grubu
- Bakanlar (50 milyon Sterlinin üzerindeki projeler için)

Kesin İş Planının içeriği ana başlıklar halinde şöyledir:

1. Yönetici Özeti
2. Stratejik Çerçeve
3. Taslak İş Planı
4. Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı
5. ÖFG İhale Süreci
6. Seçilen ÖFG Teklifi
7. Ekonomik Değerlendirme (Harcama Getirisi Analizi)
8. Risk Analizi
9. Finansal Değerlendirme (Karşılanabilirlik Analizi)
10. Sözleşme Özeti
11. Projenin Finansmanı
12. ÖFG'nin Nasıl Muhasebeleştirileceği
13. Proje Yönetimi Düzenlemeleri
14. Fayda Değerlendirmesi ve Faydanın Nasıl Realize Edileceği
15. İnsan Kaynakları

16. Bilgi Teknolojilerine Dair Hususlar
17. Teçhizat
18. Risk Yönetimi Stratejisi
19. Proje Sonrası Değerlendirme Planı
20. Sonuç

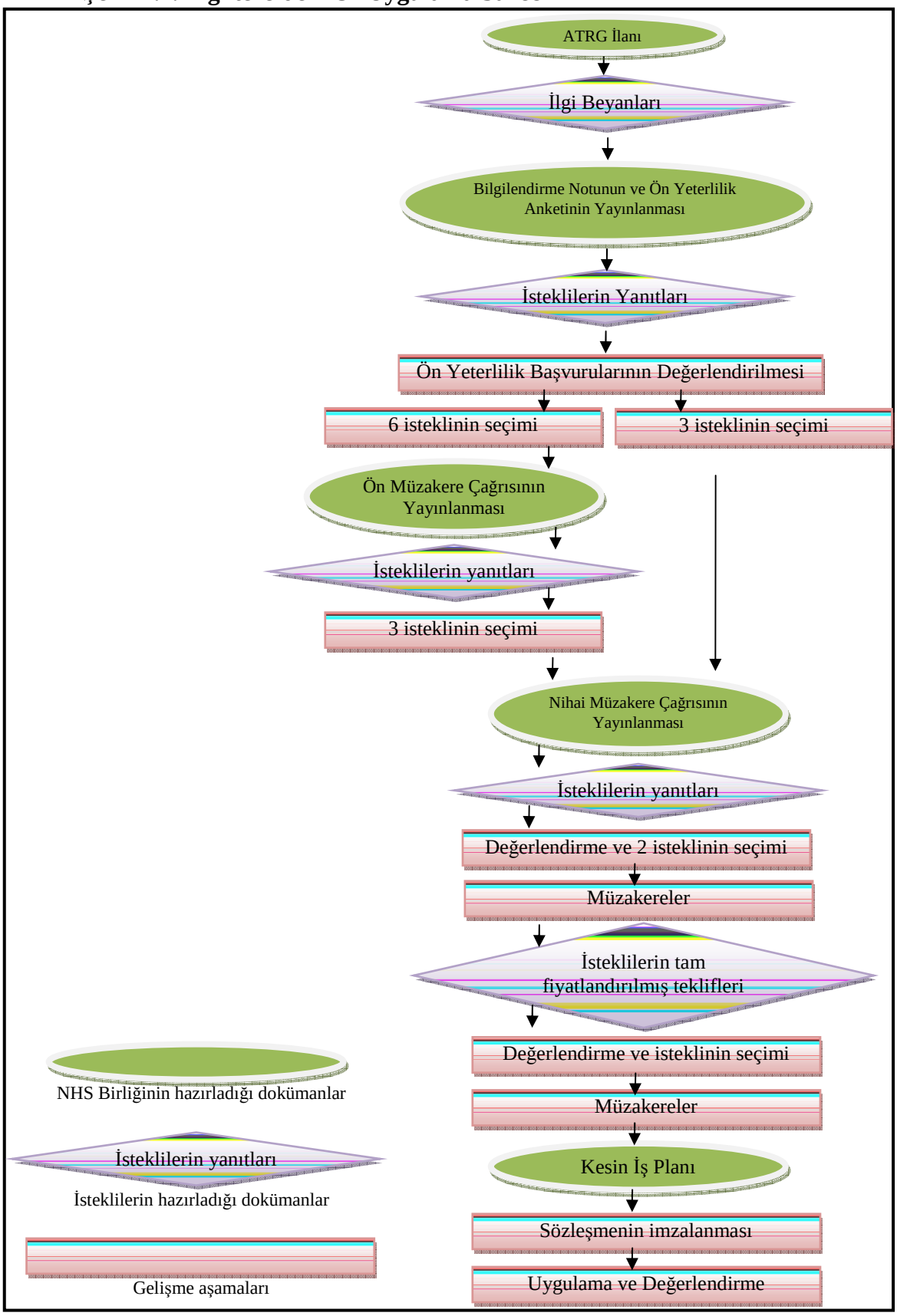
Kesin İş Planının onaylanmasından sonra seçilen istekliyle ihale sonuçlandırılır. İhalenin sonuçlandırılmasından sonra NHS Birliği projenin izlenmesinden sorumludur. NHS Birliği izlemeyi kapasitesi yeterliyse kendisi yapabileceği gibi bu iş için hizmet alımı yoluna da gidebilir.

Buraya kadar anlatılan ÖFG sürecini kısaca şu şekilde özetleyebiliriz:

- İlk olarak stratejik çerçeve oluşturulur, seçenekler değerlendirilir ve büyük projeler için Stratejik Taslak Plan oluşturulup onay alınır.
- Bir yatırım değerlendirmesi yapılarak öncelikli bir seçenek tanımlanır ve geliştirilir ve Taslak İş Planı hazırlanarak onay alınır.
- Onaylanan seçenek için çıktılar, sonuçlar ve istenen risk paylaşımı detaylı bir şekilde belirlenerek tedarik için hazırlık yapılır.
- Potansiyel istekliler ve özel sektör finansmanıyla yapılacak en iyi çözüm tanımlanır ve proje ilanı ATRG'de yayınlanır.
- Tekliflerin değerlendirilmesi sürecine paydaşlar da dâhil edilerek müzakerelerin tamamlanabileceği bir istekli seçilir.
- Kesin yatırım değerlendirmesi ve Kesin İş Planı onay için hazırlanır.
- Sözleşme sonuçlandırılır ve uygulanır.
- Proje izlenir ve değerlendirilir.

KÖİ sürecinin ATRG'de yayınlanan ilandan sonraki aşamaları Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

**Şekil 2.1. İngiltere'de KÖİ Uygulama Süreci**




Kaynak: NHS Executive, 2007a:8

## 2.2. Avustralya Örneği

Avustralya yaklaşık 20 milyon nüfusu olan ve siyasi sistemi büyük oranda Birleşik Krallık geleneğine uyan federal bir ülkedir. Ülkedeki eyaletlerin KÖİ hususunda farklı tavırları olmuştur. Victoria Eyaleti KÖİ alanında son derece istekli hareket ederken Federal Hükümet konuya şüpheli yaklaşmıştır.

Avustralya'nın geçmişinde kamunun sunması gereken hizmet alanlarında özel sektörün girişimleri olmuş ancak bu girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanmasının ardından enerji, ulaştırma, sigortacılık ve telekomünikasyon alanlarındaki kapsamlı altyapı ihtiyacına binaen çok sayıda kamu iktisadi teşebbüsü (KİT) oluşmuştur. KİT'lerin oluşturulması özünde kamu sektörünün kapasitesini ve uzun vadeli vizyonu ile özel sektörün ticari hizmet ve verimli üretim bakış açısının kalkınma hedefleri gözetilerek bir araya getirilmesidir (Wettenhall, 1983:63).

KÖİ yönteminin kullanıldığı diğer ülkelerdekine benzer şekilde Avustralya'da da 90'lı yıllarda özelleştirmeler ön plana çıkmış ve Avustralya OECD ülkeleri içinde özelleştirme gelirinin GSMH'ye oranı açısından üçüncü sıraya yerleşmiştir. Avustralya sağlık sektöründe özelleştirmenin yapılmadığı bu satışlardan 96,6 milyar Avustralya Doları gelir elde etmiştir. Özelleştirmelerle birlikte dünyadaki gelişmelere de paralel olarak ortaya çıkan kamu hizmetlerinde rekabet olgusunun gelişmesi ve hizmet satın alımı yöntemlerinin kullanılmaya başlanması Avustralya'da da KÖİ yönteminin gelişmesine zemin hazırlamıştır. Bununla birlikte kamunun önemli yatırımlar için kaynak bulma ihtiyacı ve borçlanmaya yönelik kısıtlamalara yönelik bir çözüm arayışı da Avustralya'da KÖİ yönteminin kullanılmasının ana sebeplerindendir (Hodge, 2005:306).

Avustralya'nın KÖİ projelerini kabul ve değerlendirme süreci hizmet ve altyapı ihtiyacının belirlenmesiyle başlar. İdareler altyapılarına ilişkin planlarını, hükümetin öncelikleri ve altyapıya ilişkin genel politikayla uyumlu olarak geliştirmekle sorumludurlar. Mevcut altyapının istenen hizmetlerin sunumu için yetersiz olduğu durumda maliyet etkin bir yöntem olarak yeni yatırımların gerektiği ortaya konulmalıdır. Her eyaletin farklı çerçeveleri olmakla birlikte idarelerin tipik olarak şu aşamaları ele alması gerekir:

- Hizmet çıktılarının tanımlanarak hükümetin hedefleri, stratejileri ve önceliklerivle bunların uyumlu olduğunun gösterilmesi.
- Hangi hizmetlere ihtiyaç bulunduğunun ve bunların mevcut kaynaklarla nasıl sunulabileceğinin ele alınması.
- Talep yönetimi ve mevcut altyapının daha etkin kullanılmasına ilişkin yöntemlerin ele alınması ve bu şekilde mevcut altyapının mümkün olan en iyi şekilde kullanıldığı ve atıl kapasite oluşmadığının gösterilmesi.
- İstenen çıktılara ulaşılabilmesi için altyapı ihtiyacının mümkün olduğunca yapılabilir şekilde hangi düzeyde olduğunun tanımlanması ve bu tanımlamalarda sosyal ve ekonomik parametrelerin ele alınması.
- Finansman seçeneklerinin tanımlanması (Infrastructure Australia, 2008a:10-11).

Bu aşamada idarelerin altyapı yatırım ihtiyaçlarını mevcut yöntemlerle karşılanabilir büyüklükte tanımlamaları bir ilkedir.

İhtiyaçların belirlenmesinden sonra iş planının hazırlanması aşamasına geçilir. İş planında projenin amacı açık bir şekilde ifade edilmeli ve yatırımın ve hizmetin büyüklüğü belirtilmelidir. Yatırım maliyetinin yanı sıra işletme ve bakım maliyetleri ve finansal analizler de iş planında yer alır. İş planında yapılan bu maliyetlendirmeler KSK'ye temel teşkil eder ve muhtemel finansman ihtiyacının belirlenmesine yardımcı olur. Bunların yanında iş planında projeyle ilgili riskler ve bunların özel sektörle nasıl paylaşılacağı tanımlanmalıdır ve risklerin tamamen fiyatlandırılması KSK'de yer alacak olsa da iş planında da ön maliyetler yer almalıdır.

İş planının hazırlanıp onaylanmasından sonra tedarik yönteminin seçilmesi aşamasına gelinir. Bu aşamada tedarik yöntemlerinin projenin maliyeti ve riskler üzerindeki etkileri ortaya konulur. Bunun yapılabilmesi için ele alınan bazı önemli konular şunlardır:

- **Çekirdek ve yan hizmetlerin belirlenmesi.** Çekirdek hizmetler sunumunda kamunun sorumluluğu taşıdığı hizmetler olarak

tanımlanmıştır. Bunun dışındaki yan hizmetler ve destek hizmetlerinin sunumunda özel sektörün katılımı öngörülebilir. Bir hastane için tıbbi hizmetler çekirdek hizmet olarak değerlendirilirken yemek, güvenlik ve temizlik hizmetleri destek hizmetler olarak tanımlanabilir;

- **Harcama getirisi.** Özel sektör katılımının sağlandığı ve sağlanmadığı durumlar için hesaplanır;
- **Pazarın yeterliliği ve özel sektörün ilgisi.** Özel sektörün projeyi yapıp yapamayacağı ve özel sektörün projeyi yapmaya istekli olup olmaması değerlendirilmelidir;
- **Kamu yararı.** Önerilen tedarik yönteminde kamu yararının nasıl etkileneceğine ilişkin hususlar ele alınmalıdır.

Tedarik yönteminin belirlenmesinde bu hususlar ele alındıktan sonra hükümete bir öneri de sunularak onay aranır. Tedarik yönteminin seçiminde; planlamanın ve risk değerlendirmelerinin zayıf olması, projenin hayata geçirilmesi için acele edilmesi, pazarın seçilen yönteme ilişkin ilgisi ve harcama getirisi kriterlerine uyulmaması bu aşamanın zorlukları arasında sayılabilir. (Infrastructure Australia, 2008a:12-13)

Projenin KÖİ yöntemiyle yapılması hususu onaylandıktan sonra proje daha detaylı bir şekilde geliştirilir. Projenin yapısı, tasarımı, hizmet ve işletme ihtiyaçları, muhtemel risk paylaşımı ve zaman çizelgesi gibi konular geliştirilir. Bu aşamada projenin karmaşıklığı ve ölçeği göz önüne alınarak; hukuk, finans, işletme gibi farklı alanlardan oluşan bir uzmanlar ekibinin proje için bir araya getirilmesi gerekebilir. Ayrıca özel sektörle proje büyüklüğü, zamanlaması, özel sektörün ilgisi ve kapasitesi gibi hususlarda çalışma yapılabilir.

Proje geliştirildikten sonra ihalenin ilk aşaması olarak nitelendirilebilecek olan ilgi beyanı aşamasına gelinir. Bu aşamada; özel sektörün resmi olarak projeden haberdar edilmesi, tasarlanan zaman çizelgesinin, değerlendirme kriterlerinin ve projedeki muhtemel sorunların bildirilmesi, özel sektörün ilgisinin görülmesi ve ön yeterlik değerlendirmesinde kullanılacak olan ilgi beyanlarına yanıtların toplanması amaçlanır. İlgi beyanı dokümanlarında projenin esaslı unsurları, özel sektörden talep

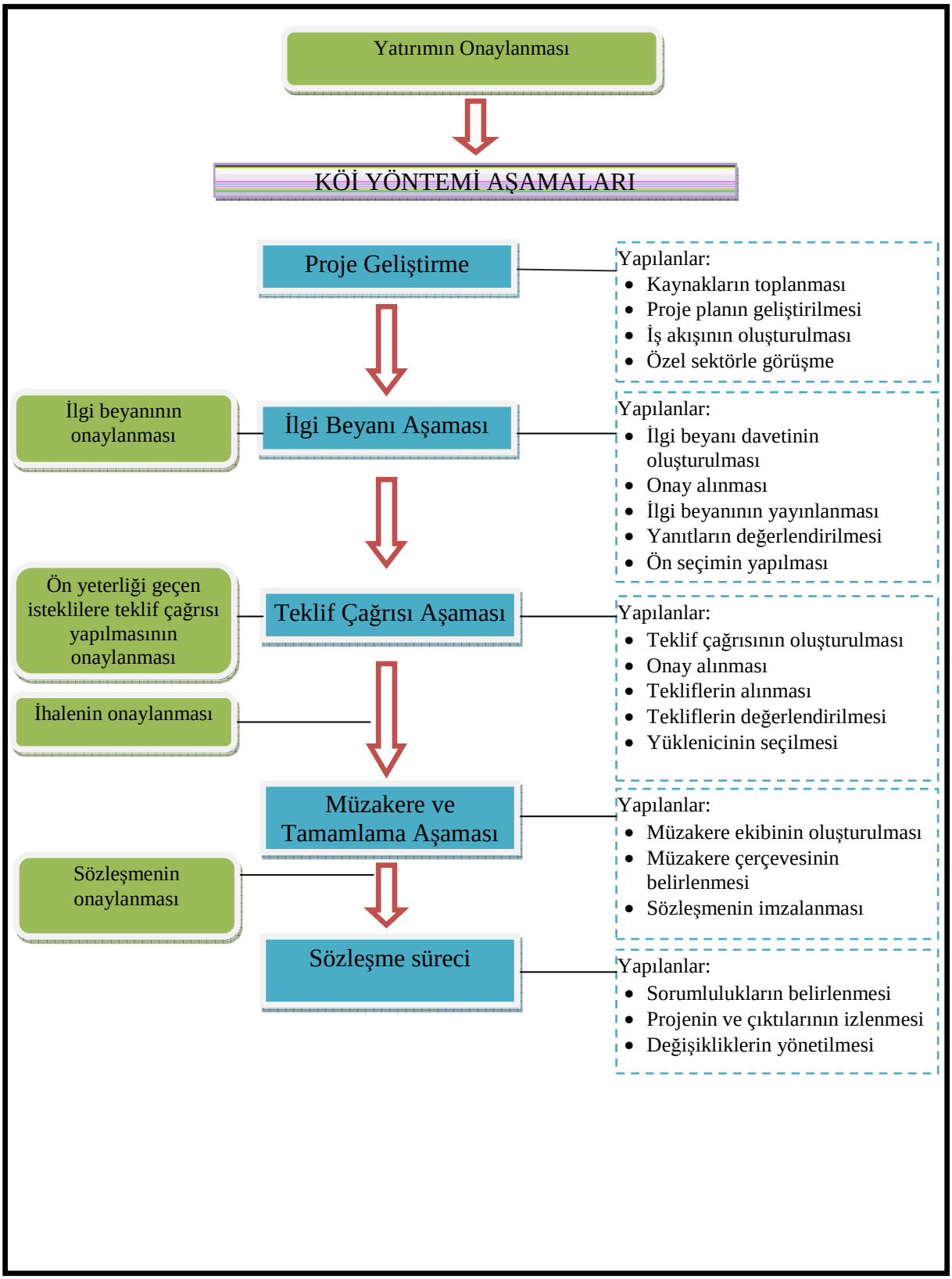
edilecek belgeler ve ön yeterlik değerlendirmesinde kullanılacak kriterler hakkında bilgiler ve bulunur.

İlgi beyanı aşamasında ön yeterliği geçen firmalara teklif çağrısında bulunulur. Teklif çağrısında projenin arka planıyla birlikte idarenin talep ettiği çıktılar ve performans düzeyi, ödeme mekanizması, önerilen risk paylaşımı, sözleşme taslağı, tekliflerin değerlendirme kriterleri ve tekliflerin iletilme zamanı yer alır. Bu aşamada ön yeterliği geçmiş isteklilerle enteraktif bir yöntem izlenerek isteklilerin teklifleri olgunlaştırılır ve teklif çağrısında duyurulan kriterlere göre teklifler değerlendirilerek yüklenicinin seçimi yapılır. Değerlendirme yapılırken hem nicel hem de nitel faktörler göz önünde bulundurularak harcama getirileri karşılaştırılır. İdare bu aşamada KSK'yi hazırlamış ve son halini vermiş olmalıdır.

Teklif çağrısı aşamasında tarafların etkileşimli bir yöntem izlenmesi kapsamında idare isteklilerle bir dizi çalıştay yaparak isteklilerin tasarımlarını ve proje detaylarını tartışır. Bu şekilde tekliflerin kalitesinin ve idarenin ihtiyaçlarıyla uyumunun artırılması amaçlanır.

Yüklenicinin seçiminden sonra şartlar müzakere edilerek sözleşme imzalanır. Sözleşme imzalandıktan sonra inşaat, işletme ve sözleşmenin tasfiyesiyle proje tamamlanmış olur. Bu süreçler Şekil 2.2'de gösterilmiştir.

**Şekil 2.2. Avustralya'da KÖİ Uygulama Süreci**




Kaynak: Infrastructure Australia, 2008a:20

### 2.3. İspanya Örneği

İspanya'da KÖİ yönteminin kullanılması eski diktatör Francisco Franco zamanında başlamıştır. 1970'lerde yap-işlet-devret yöntemi otoyol yatırımlarında kullanılmıştır. 1996 yılında iktidara gelen muhafazakâr hükümetin ekonomi politikası özelleştirme ve kısıtlamaların azaltılması önceliklerini taşıdığından KÖİ yönteminin de yaygınlaşması için uygun bir ortam oluşmuştur.

1990'larda yaygın olarak kullanılmaya başlanan KÖİ yöntemiyle otoyol yatırımlarının yapılması devam etmiş ve 1990'ların sonunda KÖİ projelerinin değeri toplam yatırımların yüzde 6'sına ulaşmıştır. Aynı zamanda KÖİ yönteminin uygulandığı sektörler de sağlık sektörüyle birlikte genişlemeye başlamış ve kamu ayağı merkezi hükümetten yerel yönetimlere kaymıştır. 2005 yılına gelindiğinde KÖİ yöntemi yerel yönetimlerin tekeli altına girmiş ve bu yöntemle yapılan yatırımlar atık yönetimi ve sağlık başta olmak üzere kamu binalarının yapımında değerlendirilmiştir (Allard and Trabant, 2008:4).

1996 yılından 2003 yılına kadar iktidarda kalan Halkçı Parti açıkça belirtmese de KÖİ yöntemini yüksek kaliteli kamu hizmetlerini düşük maliyetle sunmanın en etkin yolu olarak görmüştür. 2003 yılında iktidara gelen Sosyalist Parti de KÖİ uygulamalarını sürdürmüş ve özel sektör finansmanını çekmenin avantajları dile getirilmiştir.

İspanya'da sağlık hizmetleri İngiltere'deki NHS'ye benzer bir yapıdadır. Genel sağlık sigortası mevcuttur, hizmetler büyük oranda vergilerle finanse edilir ve ücretsizdir. 2001 yılına kadar İspanya'daki 17 özerk bölgeden 10'unda sağlık hizmet sunumu merkezi hükümet tarafından yapılırken 7'sinde hizmetler yerel yönetimlerce sunulmaktaydı. 2001 yılında yapılan düzenlemelerle bu 10 bölgede de hizmet sunumu yerel yönetimlere devredilmiştir. (UK Trade and Investment, 2009:4)

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlerce sunulduğu 7 bölgeden biri olan Valencia Bölgesi İspanya'da KÖİ yöntemiyle sağlık alanında uygulanan ilk projeye ev sahipliği yapmıştır. 5 milyon nüfuslu Valencia'nın 256 bin nüfuslu La Ribera bölgesinde yapılan Alzira Hastanesi hem hizmet sunumu hem de altyapının sağlanmasını içerdiğinden sağlık alanındaki diğer KÖİ uygulamalarına göre tektir.

Literatürde de Alzira Modeli olarak anılan bu uygulamada yüklenici konsorsiyum (UTE Ribera) sağlık sigortası, banka ve inşaat şirketlerinden oluşmuştur. Valencia yönetimi UTE Ribera'ya 15 yıl boyunca (20 yıla uzatılabilir) mevcut sağlık tesisleriyle birlikte işletme hakkını devretmiştir. Bu kapsamda UTE Ribera 300 yataklı üçüncü basamak hizmeti verebilecek bir hastane inşa edecek ve bununla entegre şekilde 4 sağlık merkezi ve 46 sağlık ocağını işletecektir. (The Global Health Group, 2009:14)

Hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrıldığı bu modelde Valencia yönetimi hizmet bölgesindeki nüfusa göre yükleniciye ödeme yapmaktadır (2009 yılı için kişi başına 579 Avro). Bu ödeme finansal sebeplerle 2002 yılında yükleniciyle yeniden müzakere edilerek artırılmış olup her yıl enflasyon ve Valencia Sağlık İdaresinin bütçesine göre yeniden belirlenir. Bu sayede idare KÖİ yöntemi boyunca bölge için sağlık harcamasının ne düzeyde olacağını kesinleştirmiş olur. (The Global Health Group, 2009:14)

Hizmet bölgesindeki vatandaşların başka bir hastaneye gitmesi durumunda, "para hastayı izler" prensibiyle, yüklenici bu hastaneye işlemlerin maliyetinin tamamını ödemekle yükümlüdür. Bunun yanında hizmet bölgesinde olmayan bir vatandaşın La Ribera Hastanesine gelmesi durumunda Valencia yönetimi yükleniciye işlem maliyetinin yüzde 85'ini öder. İşlem maliyetleri Valencia Sağlık Konseyinin belirlediği, ülkemizdeki Sağlık Uygulama Tebliğine benzer şekilde, fiyatlar üzerinden hesaplanır. Bu düzenlemeyle hastaya hizmet sunucusunu seçme şansı verilmiş, komşu bölgelerdeki hastanelerle rekabet sağlanmış ve UTE Ribera'nın Alzira sakinlerine başka bir bölgede hizmet aramamaları için yüksek kalitede hizmet sunma zorunluluğu getirilmiş olur. (Generalitat Valencia Conselleria de Sanitat, 2006:25-26)

Yüklenicinin sunduğu sağlık hizmetleri Valencia yönetimiyle imzalanan sözleşmeye uygun olmak zorundadır. Bölge Sağlık Yönetiminin komiseri hukuki olarak kontrol, teftiş ve ceza verme yetkisine sahip olup devamlı olarak denetimlerini sürdürür.

Alzira Modelinde La Ribera hastanesi kamu arazisi üzerine inşa edilmiş olup sözleşme süresi sonunda hastanenin mülkiyeti kamuya devredilecektir.

La Ribera hastanesi 10 yıldır hizmet sunmakta olup bu dönemde sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetlerin kalitesini artırmış ve İspanya'da kalite ve verimlilik kriterleri ele alınarak yapılan değerlendirmelerde 5 yıl Yılın En İyi Hastanesi seçilmiştir[11]. Vatandaşlar açısından sağlık hizmeti eskiden olduğu gibi ücretsizken hasta memnuniyeti yüzde 90 seviyelerindedir[12]. Bunun yanında Valencia'daki diğer bölgelere göre idarenin kişi başına sağlık maliyetleri yüzde 25 daha düşük olarak gerçekleşmiştir.

İspanya'da KÖİ'ler için kullanılan ihale süreci diğer ülkelerle karşılaştırıldığında son derece kısadır. İngiltere sistemiyle karşılaştırıldığında ön yeterlilik ve ön müzakere aşamaları İspanya sisteminde yer almaz. Müzakere aşaması da daha kısa sürer ve bu süreç 6-8 ayda tamamlanır. Dolayısıyla ihalelerin maliyeti de İngiltere'deki ihale maliyetlerinin dörtte biri kadardır. (Bult-Spiering and Dewulf, 2006:96)

Alzira Modeli başarılı olarak işliyor olsa da İspanya'nın KÖİ projelerinin kabul ve idare aşamasına yaklaşımının sağlıklı olmadığı iddia edilmektir. İspanya'da KÖİ yönteminin yaygın şekilde kullanılması; mali kısıtlar içeren Maastricht Kriterleri ve Avrupa Birliğinin genişlemesiyle İspanya'nın AB'den aldığı yapısal ve uyum fonlarının azalacağı beklentisiyle uyumlu olarak değerlendirilebilir. İspanya'da KÖİ yönteminin son on yılda yaygınlaşması bütçe kısıtlarının olduğu bir dönemde altyapı ve hizmetlerin geliştirilmesi ihtiyacından kaynaklandığı söylenebilir. (Allard and Trabant, 2008:8)

Bununla birlikte harcama getirisi elde etmek ve sözleşme geliştirmek için bir stratejinin yayınlanarak uygulamaya ilişkin rehberlerle desteklenmesi yerine hükümet elini çekmeyi tercih etmiştir. İspanya, AB ülkeleri içinde KÖİ yönteminin uygulandığı ve merkezi bir KÖİ biriminin olmadığı tek örnektir. KÖİ konusunda özel bir kanunun da olmadığı İspanya'da KÖİ uygulamaları 2003 yılında yürürlüğe giren ve özel sektör finansmanının düzenlendiği Altyapı Yasasına göre hayata

[11] *http://www.ehma.org/files/Tomas%20Quiros%2011.pdf*
[12] *http://www.hospital-ribera.com*

geçirilmektedir. Bunun yanında tip sözleşmeler ve KSK oluşturulmamış; hatta KÖİ projelerinin izlendiği ve yayınlandığı resmi bir kayıt tutulmamıştır.

KÖİ yöntemine bu tip bir yaklaşımda KSK'nin ve özellikle karmaşık projeler için müzakere aşamasında resmi bir desteğin olmamasından; KÖİ yöntemi, söz konusu kamu hizmetinin sunumunda en iyi yöntem olmaması durumunda da tercih edilebilir. KÖİ yöntemi diğer tedarik yöntemleriyle dikkatlice karşılaştırılmadan seçilirse bu durumun kamuya daha büyük maliyetler olarak dönebileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Son derece özgün olarak nitelendirilebilecek olan Alzira Modelinin yanında İspanya'da, İngiltere'deki gibi, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulduğu ancak altyapının ve diğer bazı sağlık dışı hizmetlerin özel sektör tarafından üstlenildiği yöntem de kullanılmaktadır. Bu yönteme de Madrid Modeli adı verilmiş olup diğer süreçler Alzira modelindeki gibi işlediğinden burada detaylı şekilde ele alınmamıştır.

### 2.4. İtalya Örneği

Kamu hizmetlerinin altyapısında özel sektör sahipliğine ve yönetimine katılımın artırılması isteği İtalya hükümetinin birçok resmi dokümanında yer bulmuştur. Bu kapsamda 2002-2003 Ekonomik ve Mali Planında "özel sektörün kamu hizmetlerinin ve altyapısının finansmanı, yapımı ve işletmesinde yer alması" bir öncelik olarak ifade edilmiştir. Buna ilaveten 2001-2004 Ekonomik ve Mali Planında özel sektörün altyapıya 9 milyar Avro katkı yapması ihtiyacı dile getirilmiştir.

Bu hedeflere ulaşmak için İtalya'da bayındırlık hizmetlerinin düzenlendiği AB Direktifleri 1994 ve 1998 yıllarında yapılan değişikliklerle (Merloni Yasası) ulusal mevzuatlarında yer bulmuştur. Bu değişikliklerle, idarelere, ilgili hizmetin tarifeleri düzenlendiği durumda yükleniciye katkı payı ödeyebilme imkânı sağlanmış ve bu katkı payının altyapının yapım maliyetinin yüzde 50'sini geçemeyeceği şeklinde bir sınırlandırma getirilmiştir. Ancak bu düzenlemelerle özel sektöre yapılacak olan ödemelerin hangilerinin katkı payı hangilerinin ticari ödeme olarak tanımlanacağı belirtilmemiş ve tüm ödemeler yüzde 50 sınırı içinde

değerlendirilmiştir. Böyle bir durumda eğitim ve sağlık gibi alanlarda özel sektörün doğrudan idareye hizmet sunması ve idarenin aldığı hizmetin karşılığını yükleniciye ödemesi durumu kapsam dışında kalmış dolayısıyla da bu değişiklikler sağlık sektöründe KÖİ modelinin uygulanması için yetersiz kalmıştır.

1999 yılında ise ulaştırma alanında 3 proje pilot olarak belirlenmiştir. Bunun yanında Ekonomi ve Maliye Bakanlığı altında uzmanlardan oluşan bir ekip kurulmuş (*Unità Tecnica Finanza di Progetto – UFP*) KÖİ yönteminin düzenlenmesi ve uygulayıcı kamu idarelerine destek sağlanmasıyla görevlendirilmiştir. 2000 yılında kurulan UFP'ye mevzuatta değişiklik yapılarak büyük ölçekli KÖİ projesi uygulayan idarelerin resmi danışmanı payesi verilmiştir (Global Infrastructure, 2001:73-77).

KÖİ yöntemlerinin uygulanabileceği sektörlerin genişletilmesi amacıyla 2002 ve 2005 yıllarında yeni yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerle kamu katkısındaki sınırlama kaldırılmış, kamunun özel sektöre kullanım bedeli ödemesi imkânı sağlanmış, tekliflerin seçilme yöntemi düzenlenmiş ve KÖİ yönteminin daha geniş modellerle ve sektörlerde uygulanabilmesi sağlanmıştır. Ancak, İspanya örneğine benzer şekilde, İtalya'da da projelerin seçilmesi aşamasında KSK kullanılmamaktadır.

İtalya'da KÖİ konusunda bu gelişmeler olurken sağlık harcamalarındaki artışlar da sistemde bazı değişiklikleri beraberinde getirmiştir. 1990'ların başından bu yana yapılan düzenlemelerle sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerin yetkileri genişletilerek Yerel Sağlık Otoritelerinin (*Aziende Sanitarie Locali*) ekonomik ve finansal kısıtlar altında özel bir kuruluş gibi davranması düzenlenmiştir. Bu kapsamda Yerel Sağlık Otoritelerine, yıllık gelirlerinin yüzde 15'ine kadar ve en fazla 10 yıl vadeyle borçlanabilmeleri gibi yetkiler verilmiştir. Sonuç olarak Yerel Sağlık Otoriteleri işletme maliyetlerinin yönetilmesine olduğu kadar sermaye harcamalarının finansmanı için de alternatifler aramaya gitmiştir.

Bu gelişmelerle birlikte sağlık sektöründe KÖİ modellerinin kullanımı hızla artmış ve AB ülkeleri içinde sağlık alanında uygulanan proje sayısı ve büyüklüğü açısından İtalya ikinci sıraya yerleşmiştir. 2007 yılı rakamlarına göre İtalya'da 32 adet devam eden, 31 adet ihale aşamasında olmak üzere toplam 63 adet projede

KÖİyöntemi kullanılmıştır. Bunların yanı sıra 11 adet projenin de KÖİ yöntemiyle hayata geçirilmesi planlanmaktadır. Zikredilen 74 sağlık projesinin toplam büyüklüğü 3,9 milyar Avroyu bulmaktadır[13].

İtalya'da KÖİ yöntemini uygulama süreci idarenin (Yerel Sağlık Otoritelerinin) 3 yıllık bayındırlık planlarıyla başlar. KÖİ kapsamında yapılacak olan tüm işler de bu bayındırlık programında yer alır. Daha sonra idare bir ön bilgilendirme ilanı yayınlar ve özel sektörün tekliflerini alır.

Özel sektörün fizibilite raporları, iş planı, taslak sözleşme metni ve taslak tasarımlarla birlikte sunduğu teklifler değerlendirilirken isteklilerle diyalog kurulması ve toplantılar yapılarak tekliflerini olgunlaştırmaları sağlanır. Daha sonra en iyi iki teklif seçilerek belli istekliler arasında ihale usulüyle ihale sonuçlandırılır ve sözleşme imzalanır.

İtalya'da sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerinde özel sektörün laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerini, tıbbi cihazların temini ve bakımını, atık yönetimi, çamaşır, yemek, temizlik, bahçe düzenleme hizmetlerini üstlendiği ve restoran, ticari alanlar ve otopark işletmesini yaptığı bir yöntem uygulanmaktadır.

[13]http://www.utfp.it/default_eng.htm

# 3. TÜRKİYE'DE KÖİ UYGULAMALARI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM

## 3.1. İmtiyaz Modeli

Birinci bölümde KÖİ ile imtiyazlar arasındaki farklar açıkça ortaya konulmakla beraber birçok literatürde bu iki kavramın birlikte ele alındığı belirtilmiştir. Ülkemizde de KÖİ yöntemlerinin gelişimine baktığımızda çoğunlukla Osmanlı İmparatorluğu döneminde kullanılan imtiyaz usulü göze çarpmaktadır.

İmtiyaz, bir özel kişinin bir kamu idaresi ile yaptığı sözleşmeye bağlı olarak, kullanıcılardan alacağı ücret karşılığında kendi kâr ve zararına bir kamu hizmetini kurup işletmesi yöntemidir. Kamu tüzel kişisine "imtiyaz veren", imtiyazı alan özel kişiye de "imtiyaz sahibi" veya "imtiyazcı " denir. Bunların arasındaki sözleşmeye de "imtiyaz sözleşmesi" denir. Diğer bir ifadeyle, imtiyaz öyle bir sözleşmedir ki, bu sözleşmeyle imtiyaz veren, imtiyazcıya kullanıcılardan alacağı ücret karşılığında, kendi kâr ve zararına bir kamu hizmetini kurmak ve işletmek görev ve yetkisini devretmektedir (Gözler, 2006:540). İmtiyaz yönteminde, özel sektör, hizmetten faydalanan kullanıcılardan ücret alır.

İmtiyaz yönteminin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- İmtiyaz bir sözleşme, yani iki taraflı bir işlemdir. İmtiyaz sözleşmesinin kurulabilmesi için idare ve özel kişinin iradelerinin uyuşması gerekir.
- İmtiyaz taraflarca imzalanan sözleşmeler idari sözleşme niteliğindedir.
- İmtiyazın konusu bir kamu hizmetinin kurulması ve işletilmesidir.
- İmtiyaz yönteminde, özel kişi, kamu hizmetini hizmetten yararlanan kullanıcılardan aldığı ücret karşılığında yürütür. Kamu hizmetinin bir başka finansman biçimiyle yürütülmesi durumunda imtiyaz yöntemi yoktur.
- İmtiyaz yönteminde bütün risk, özel sektör tarafından üstlenilir. İmtiyaz yönteminde kamu hizmeti, imtiyaz sahibi özel kişi tarafından

kendi kâr ve zararına işletilir. İmtiyaz sahibi özel kişi idarenin nam ve hesabına hareket etmez, kendi nam ve hesabına hizmeti işletir (Gözler, 2006:541).

İmtiyaz yönteminde kamu hizmeti için gerekli olan tüm teçhizat ile tesisler ve sermaye, imtiyaz sahibi özel hukuk tüzel kişisi tarafından sağlanır ve imtiyaz süresi sonunda ilgili idareye bedelsiz olarak devredilir. Kamu hizmeti imtiyazı, bir kamu hizmetinin kurulması ve belirli bir süre işletilmesi veya kurulmuş bulunan bir kamu hizmetinin sadece işletilmesi için verilebilmektedir (Sarcan, 2008:47).

İmtiyaz yöntemi genellikle demiryolu, gaz, su, elektrik, telekomünikasyon gibi doğal tekellerin söz konusu olduğu hizmetlerde uygulanmıştır. Doğal tekelin söz konusu olduğu alanlarda imtiyaz yönteminin kullanılması, imtiyazcı aşırı kâr etme eğiliminde olabileceği riskli görülmüştür. Ancak liberal iktisatçılar doğal tekel şartlarında olsa bile imtiyazın elde edilmesi sürecinde rekabet ortamının sağlanabileceğini savunmuşlardır (Köksal, 1993:36).

Batıda 19'uncu yüzyılda sıkça kullanılan imtiyaz yöntemi Osmanlı İmparatorluğu'nun son döneminde büyük bir uygulama alanı bulmuştur. Osmanlı İmparatorluğu mali, teknik ve ulusal bir sermaye birikimi yetersizliği nedeniyle 1849-1909 yılları arasında posta, telefon, telgraf, fenerler, liman ve rıhtım hizmetleri, tramvay, tünel, elektrik, su, hava gazı gibi pek çok kamu hizmetinin kurulması ve işletilmesini imtiyaz yöntemiyle yabancı müteşebbislere bırakmıştır ancak imtiyaz yöntemini düzenleyen bir yasa mevcut olmamıştır.

Bu imtiyazlardan sonra 1910 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan Menafi-i Umumiye Müteallik İmtiyazlar Hakkında Kanun ülkemizdeki ilk yasal düzenlemedir.

Osmanlı İmparatorluğu dönemindeki imtiyaz sözleşmelerinin bazı özellikleri şunlardır:

- İmtiyaz süreleri 20-99 yıl arasında değişmektedir.
- İmtiyaz sahibinin sözleşme imzalandıktan belli bir süre sonra teminat yatırması gerekmektedir.

- Projelerin devlete verilmesi, yapıma başlanması ve yapımın tamamlanması için süreler belirlenmiştir. Bu sürelere uyulmaması durumunda yaptırımlar da öngörülmüştür. Ancak uygulamada imtiyaz sahibine yaptırımların hayata geçirilmesi yerine ek süreler verilmiştir.
- Yatırımın yapılacağı arazi devletin mülkiyetinde ise bedelsiz olarak imtiyaz sahibine tahsis edilmiştir. Arazi özel mülkiyette ise ve arazinin satın alınması konusunda imtiyaz sahibi ile arazi sahibi arasında anlaşmazlık yaşanıyorsa bedeli imtiyaz sahibi tarafından ödenmek üzere arazi istimlak edilebilmektedir.
- İmtiyaz sahibi yapım ve işletme döneminde yapılacak denetimlerin masrafına yıllık ödemelerle katkıda bulunmaktadır.
- İmtiyaz gelirlerinden belirli tutar veya yüzdeler belediye veya devlet payı olarak ödenmektedir.
- Şirket yabancı uyruklu personel çalıştırabilir.
- İnşaat için gerekli malzemenin ithalinde gümrük vergisinden, hisse senedi, tahvil ve bazı mukavelelerde damga vergisinden muafiyet tanınmıştır.
- Süre sonunda tesisler her türlü borçtan ari olarak devlete devredilir.
- İnşaat belli süre içinde başlamaz veya bitirilemezse ve mücbir sebep olmadığı halde işletmeye ara verilirse imtiyaz kaybedilir (Yılmaz, 1999:59-61).

Cumhuriyet döneminde imtiyaz yöntemi 1980’lere kadar nadiren kullanılmıştır. Örneğin 1953 yılında Adana ve İçel illerinde enerji üretimi, nakli ve satışı konusunda Çukurova Elektrik A.Ş. (ÇEAŞ) ile, 1956 yılında da Antalya ilinde aynı konuda Kepez ve Antalya Havalisi Türk Elektrik A.Ş. ile yapılan sözleşmeler imtiyaz sözleşmesidir. Her iki sözleşme de 2003 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla feshedilmiştir. Bununla birlikte günümüzde imtiyaz yöntemi terk edilmemiştir. Örneğin GSM şirketleri, mobil telefon hizmetlerini imtiyaz usulüyle yürütmektedir. 4 Şubat 1340 tarih ve 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanununun 27 Ocak 2000 tarih ve 4502 sayılı Kanunla değişik 2 ve 3’üncü maddeleri bazı telekomünikasyon hizmetlerinin "imtiyaz sözleşmesi" yöntemiyle yürütülmesini açıkça öngörmüştür.

Kanunun 3'üncü maddesinin (c) bendinde "frekans, uydu pozisyonu ve numaralandırma gibi kıt kaynakların tahsisini ihtiva eden, her bir işletmeciye belirli, özel hak ve yükümlülüklerin verilmesini gerektiren veya sınırlı sayıda işletmeci tarafından yürütülecek telekomünikasyon hizmetleri veya alt yapısının" sadece imtiyaz sözleşmesi yoluyla yürütülebileceği hükme bağlanmaktadır. Uygulamada GSM şirketleriyle Telekomünikasyon Kurumu arasında yapılan sözleşmeler imtiyaz sözleşmesidir. Bu sözleşmeler Danıştay'ın incelemesinden geçtikten sonra "...Mobil Telefon Sisteminin Kurulması ve İşletmesi ile İlgili Lisans Verilmesine İlişkin İmtiyaz Sözleşmesi" başlığı altında yapılmaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu dönemindeki imtiyaz uygulamalarında yasal düzenlemenin olmaması ve Düyunu Umumiye idaresinin de baskısıyla yabancı müteşebbisler ile yapılan imtiyaz sözleşmelerinde Osmanlı İmparatorluğu'nun aleyhine ve yabancı müteşebbislerin lehine hükümler yer almıştır. Buna tepki olarak Cumhuriyet'in ilanından sonra Osmanlı İmparatorluğu döneminde yabancı müteşebbislere verilmiş olan imtiyazlar satın alma yoluyla onlardan geri alınmış ve imtiyaza konu teşkil eden kamu hizmetlerinin büyük bir kısmı o dönemde kurulan iktisadi kamu kurumlarına devredilmiştir. 1910 tarihli kanun halen yürürlükte olmasına karşın imtiyaz yöntemi Cumhuriyet döneminde ve 1980'li yıllara gelinceye kadar birkaç örnek dışında pek uygulama alanı bulmamıştır (Sarcan, 2009:48-49).

### 3.2. Yap-İşlet-Devret Modeli

Yap-işlet-devret (YİD) modeli, kamunun görev alanına giren bir yatırım veya hizmetin, yatırım ve işletme döneminde yapılacak masrafları yüklenen ve karşılığında yatırım sonucu ortaya çıkacak tesisi, önceden belirlenen süre ve tarife üzerinden işletme hakkına sahip olan bir şirket eliyle gerçekleştirilmesidir (Yılmaz, 1999:11). YİD modelinin temel özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- YİD modelinin amacı, finansman sıkıntısı nedeniyle, özel sektör sektör eliyle bir kamu yatırımının yapılarak hizmetin sunulmasıdır. Bu şekilde yatırım döneminde finansman sıkıntısı atlatılarak işletme döneminde kullanıcılardan alınan bedel yoluyla finansman zamana yayılmaktadır.

- YİD modelinden yararlanma amaçlarında esas olarak kamunun finansman sıkıntısı gösterilmekle beraber işletme aşamasında özel sektörün kamuya göre daha etkin ve verimli uygulamalarının olması da gösterilmektedir.
- YİD modeli yeni yatırımlar için uygulanmakla beraber mevcut tesislerin yenilenmesi veya yarım kalmış yatırımların tamamlanması için de kullanılabilmektedir.
- YİD modeli, taraflarının bir kamu kurum veya kuruluşu ile faaliyet konusu ilgili projeyi gerçekleştirmek olan bir şirketin olduğu, uygulama sözleşmesi çerçevesinde yürütülür.
- YİD modeli çerçevesinde getirilmiş olan dış kredilerin anapara ve faiz geri ödemelerinde bazı köprü kredileri hariç Hazine'nin herhangi bir garantisi veya taahhüdü söz konusu değildir.
- Üretilen mal ve hizmetler için devlet tarafından satın alma, ödeme veya müşteri sayısı garantisi verilebilmektedir.

Literatürde, YİD modelinin yeni ve ek finansman kaynakları sağlayabilmesi, özel sektörün işletme ve yönetimindeki kabiliyetlerinden faydalanılarak kamu hizmetinin etkinliğinin artırılabilmesi, projenin niteliğine göre ileri teknoloji transferinin sağlanabilmesi, kamunun yatırım bütçesi üzerindeki yükün hafiflemesi, bu yöntemle yapılan projelerin kamu projelerine göre daha kısa sürede tamamlanmasıyla altyapı açığının azaltılabilmesi gibi avantajlarının bulunduğu belirtilmektedir.

Bu avantajların yanı sıra YİD modelinin bazı dezavantajları da bulunmaktadır. YİD modeli, kamu projelerine göre daha karmaşıktır ve uygulanması uzun bir süreç alır. Ayrıca, YİD modeli ile yürütülen projelerde gerekli finansman özel sektör tarafından temin edildiğinden kamu projelerine oranla daha pahalıya mal olmakta ve proje kapsamında üretilen malın birim fiyatına aynen yansımaktadır. Bunların yanında YİD modelinin ülkenin siyasi ve ekonomik istikrarına son derece duyarlı olması, yerinde kullanılmadığı takdirde pahalı yatırımları teşvik etmesi, işletme döneminde yapılacak kâr transferleri nedeniyle döviz çıkışlarına, teşvik uygulamaları nedeniyle vergi kayıplarına ve kamu yatırımlarında yanlış tercihlere yol

açabilmesi, uzun dönemli projeler olduklarından risklerin de yüksek olması modelin dezavantajlarındandır. Bu nedenlerle proje seçimi yapılırken ve projeler değerlendirilirken detaylı finansal analizlerin ve karşılaştırmaların mutlak şekilde yapılması gerekir (Yılmaz, 1999: 15-19; Sarcan, 2008:56-58).

Ülkemizde YİD modelinin uygulanması 1984 yılında Türkiye Elektrik Kurumu (TEK) Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretim, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında 3096 sayılı Kanun; 1988 yılında 3465 sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun ve 1994 yılında ise 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun ile düzenlenmiştir. Özellikle 3996 sayılı Kanun ile ulaştırma ve enerji sektörlerinin yanı sıra sulama, içme ve kullanma suyu, arıtma tesisi, kanalizasyon, haberleşme, maden ve işletmeleri, fabrika ve benzeri tesisler, çevre kirliliğini önleyici yatırımlar, lojistik merkezi, otopark, sınır kapıları, milli park (özel kanunu olan hariç), tabiat parkı, tabiatı koruma alanı ve yaban hayatı koruma ve geliştirme sahalarında planlarda öngörülen yapı ve tesisleri, toptancı halleri gibi birçok yatırımın YİD yöntemiyle hayata geçirilmesine olanak sağlanmıştır. Bununla birlikte modelin uygulama alanlarının genişletildiği 3996 sayılı Kanunda sağlık sektörü zikredilmemiştir. Dolayısıyla YİD yöntemiyle sağlık sektöründeki yatırımların yapılabilmesi mevcut mevzuat çerçevesinde mümkün değildir.

İlgili mevzuatlar çerçevesinde YİD yönteminin uygulanabilmesi için idareler önce YPK'dan hazırlamış oldukları fizibilite ile onay almakta, ihale sürecinin tamamlanmasından sonra uygulama sözleşmesi tekrar YPK tarafından onaylanmaktadır. Bu kapsamda YİD yönteminin uygulanması için 117 adet proje için YPK onayı alınmıştır. Bu projelerden 39 adetinin uygulama sözleşmeleri YPK tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiş, 17 adet proje ise yine YPK kararıyla YİD kapsamından çıkarılmıştır. YİD yöntemiyle yapılmak üzere YPK onayı almış olan bazı önemli projeler arasında havayolu terminalleri, otoyollar, hidroelektrik santralleri, içme suyu ve kanalizasyon projeleri, yat limanları ve gümrük kapıları yer almaktadır.

### 3.3. Yap-İşlet Modeli

Yap-işlet modeli, ilk kez 9.5.1996 tarih ve 96/8269 sayılı Elektrik Enerjisi Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi Hakkında Bakanlar Kurulu Kararı ile öngörülmüş yasal olarak ise 16 Temmuz 1997 tarih ve 4283 sayılı "Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun" ile düzenlenmiştir. Bu Kanunda yap-işlet modeli elektrik enerjisi santrallerinin üretim şirketleri mülkiyetlerinde kurulmalarını, işletilmelerini, üretilen elektrik enerjisinin satışını içeren bir usûl olarak tanımlamaktadır. Bu yöntem ile sadece, termik santral kurma ve işletme izni verilmesi ile enerji satışı kapsanmaktadır. 4283 sayılı Kanun'a göre, yap-işlet modeli elektrik enerjisi üretim tesislerinin yerli veya yabancı sermaye şirketi tarafından, tesisin mülkiyeti kendisine ait olmak üzere kurulup işletilmesini ve üretilecek olan elektrik enerjisinin TEAŞ'a satılmasını öngören bir yöntemdir. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı yerli veya yabancı sermaye şirketine elektrik üretim tesisi kurulması ve işletilmesi konusunda izin verecek ve daha sonra üretim şirketi ile TEAŞ arasında tesisin kurulması, işletilmesi ve enerji satışını düzenleyen bir sözleşme yapılacaktır. Yap-işlet sözleşmesi TEAŞ ile üretim tesisi kurmak isteyen şirket arasında yapılır. Ancak sözleşmeden önce DPT'nin görüşü ve Enerji ve Tabiî Kaynaklar Bakanlığı'nın izni alınır. Sözleşmenin süresi ilgili yönetmelikte en çok 20 yıl olarak belirlenmiştir.

Yap-işlet modeli, kurulacak tesisin mülkiyetinin üretim şirketine ait olması ve tesisin mülkiyetinin daha sonra idareye geçmesinin de zorunlu olmaması yönlerinden imtiyaz modelinden ayrılmaktadır. Bu usul, elektrik tesisi kurma ve işletme hizmetinin ruhsat ve sözleşme karışımı bir usul ile özel kişilere gördürülmesi olup üretim şirketi ile TEAŞ arasında akdedilecek olan sözleşme idari sözleşme iken 1.7.2006 tarih ve 5539 sayılı Kanun'la 4283 sayılı Kanunda değişiklik yapılarak özel hukuk sözleşmesi haline getirilmiştir.

Yap-işlet modeliyle Gebze, Adapazarı, İzmir ve Ankara'da doğalgaz kombine çevrim elektrik santralleri ve İskenderun Termik Santrali projeleri hayata geçirilmiştir.

### 3.4. Ruhsat Modeli

Ruhsat modeli, kamu hizmeti olarak kabul edilen ve idare lehine tekel konusu yapılmamış olan bir faaliyetin idarenin vereceği bir izin ile özel kişilere gördürülmesidir. Ruhsat modelinde, imtiyaz ve YİD modellerinin aksine idare ile özel hukuk tüzel kişisi arasında herhangi bir sözleşme yapılmaz. İdarenin tek yanlı olarak vereceği bir izin ile belli bir kamu hizmeti özel kişiye gördürülür. Ruhsat modeliyle gördürülen kamu hizmetinin asli sahibi ve sorumlusu idare olduğundan idarenin hizmeti gören özel hukuk kişisi üzerinde geniş bir denetim ve gözetim yetkisi vardır. Türkiye'de ilk ve orta dereceli özel öğretim kurumları, özel hastaneler, belediye sınırları içinde toplu taşımacılık ruhsat modeliyle yapılan hizmetlerdir (Günday, 2002:314).

Ruhsat modelinde bir özel hukuk tüzel kişisinin bir kamu hizmetini yürütmekle görevlendirilebilmesi için, bizzat bu tüzel kişinin bunu istemesi gerekir. Bu isteğe binaen idare, tüzel kişinin kamu hizmetini yürütmekle görevlendirilmesi için bir ruhsat veya lisans düzenler. Özel hukuk tüzel kişisinin talebi ruhsat veya lisans düzenlenmesi için ön koşul olsa da bu işlem bir sözleşme değil tek taraflı bir işlem olup sadece idarenin iradesiyle teşekkül etmektedir (Gözler, 2006:508).

Kamu hizmetlerinin bedelsizliği ilkesi ruhsat modeli ile gördürülen kamu hizmetlerini de etkiler ve ruhsat modeliyle kamu hizmetini gören kişi, hizmetten yararlananlardan alacağı ücreti tamamen serbestçe belirleyemez. Özel kişinin hizmet bedeli idarenin koyduğu ilke ve esaslar çerçevesinde belirlenecektir. Ayrıca kamu hizmetinin değişkenliği ilkesi gereği olarak idare kamu hizmetinin asli sahibi ve sorumlusudur ve gerekli değişiklikleri yapmaya yetkilidir. Ruhsat sahibi hizmet sunucusu bu değişikliklere katlanmak zorundadır.

20 Şubat 2001 tarih ve 4628 sayılı Elektrik Piyasası Kanunu ile elektriğin yeterli, kaliteli, sürekli, düşük maliyetli ve çevreyle uyumlu bir şekilde tüketicilerin kullanımına sunulması ile bu doğrultuda faaliyet gösterebilecek bir elektrik piyasasının oluşturulması amaçlanmış ve özel hukuk tüzel kişilerinin söz konusu sektörde faaliyet göstermesi ruhsat modeline tabi tutulmuştur. Söz konusu Kanunla üretim, iletim, dağıtım, toptan satış, perakende satış ve otoprodüktör lisansı olmak

üzere altı çeşit lisans öngörülmüştür. Bu tür faaliyetleri yürütecek tüzel kişiler, Enerji Piyasası Düzenleme Kurulundan her faaliyet ve her tesis için ayrı ayrı lisans almak zorundadır. Lisans genel esasları ve yükümlülüklerinden herhangi birinin yerine getirilmediğinin saptanması halinde kurul lisans süresi dolmadan da lisansları iptal edebilecektir.

4 Şubat 1340 tarih ve 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu'nun 27 Ocak 2000 tarih ve 4502 sayılı Kanun'la değişik 2 ve 3'üncü maddeleri, görev sözleşmesi ve imtiyaz sözleşmesiyle yürütülmesi öngörülen telekomünikasyon hizmetlerinin dışında kalan bazı telekomünikasyon hizmetlerinin, özel kişilerce telekomünikasyon ruhsatı ve genel izin olarak adlandırılan ruhsatlarla işletilmesini öngörmektedir. Bu kapsamda internet servis sağlayıcılığı gibi hizmetler ruhsat modeli çerçevesinde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Ayrıca 13 Nisan 1994 tarih ve 3984 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınlan Hakkında Kanun'a göre kamu ve tüm özel radyo ve televizyon kuruluşlarının faaliyette bulunabilmesi için RTÜK'ten yayın izni ve lisansı almak zorundadırlar.

Sağlık alanında ruhsat yönteminin kullanılması 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ve 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye dayanılarak çıkarılmış olan 27.03.2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliğiyle düzenlenmektedir. Özel hastaneler, bu Yönetmelikte asgari olarak öngörülen bina, hizmet ve personel standartlarını haiz olmak kaydıyla, yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli olarak, bir veya birden fazla uzmanlık dalında hastalara ayakta ve yatırarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti verirler. Bu yönetmelik ile özel hastanelerin yer seçimi, ön izin, hastane ruhsatı, faaliyet izni, personel ve fiziki yapıya ilişkin standartlar, bulundurulması zorunlu ilaçlar, asgari tıbbi donanımlar, tıbbi kayıt ve arşiv, faturalandırma ve hastaya verilecek belgeler gibi hem yatırıma hem de işletmeye yönelik detaylı hükümler düzenlenmiştir.

### 3.5. Sağlık Sektörü Altyapısının Mevcut Durumu ve Sağlık Alanında KÖİ Yönteminin Uygulanması

Sağlık altyapısının izlenmesinde 10.000 kişiye düşen yatak sayısı temel olarak kullanılan göstergedir. Bu oranın Türkiye ortalaması 29 olup, ildeki üniversite ve özel sektör hastaneleri de dâhil olacak şekilde büyük illerde 25-35, küçük illerde ise 20-25 arasında olması yatırım kararı verilmesi sürecinde genel itibariyle yeterli görülmektedir.

2005 yılından bu yana ülkemizdeki yatak kapasitesindeki gelişmeler ile 10.000 kişiye düşen yatak sayıları OECD ve AB-27 ortalamalarıyla karşılaştırmalı şekilde Tablo 3.1'de yer almaktadır.

**Tablo 3.1. Yıllar İtibarıyla Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları**

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | OECD | AB-27 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yatak Sayısı (Bin) | 192,6 | 196,6 | 200,8 | 204, 1 | 210,2 | | - |
| 10.000 kişiye Düşen Yatak Sayısı | 28,1 | 28,3 | 28,6 | 28,7 | 29 | 38 | 53 |
| Yatak Doluluk Oranı (Yüzde) | 64,5 | 64,2 | 61,7 | 63 | - | 75 | 76,9 |

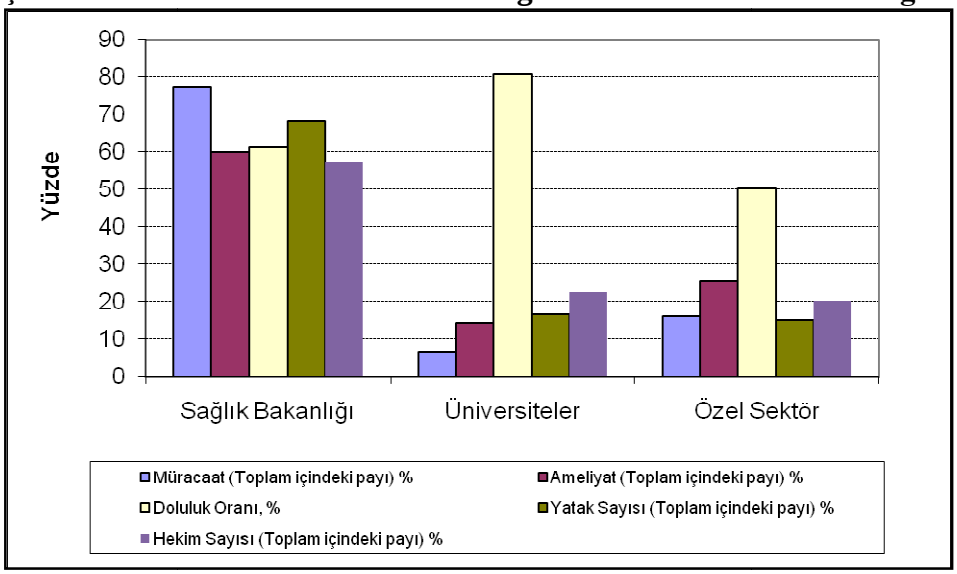
Kaynak: 2011 Yılı Programı

Tablo 3.1'de görüldüğü üzere ülkemiz 10.000 kişiye düşen yatak sayısı açısından AB ve OECD ortalamalarının gerisinde bulunmaktadır. Bununla birlikte her yıl yaklaşık 4.000 – 5.000 yeni yatak kapasitesi hizmete açılmaktadır. Ülkemizdeki hastanelerin yatak doluluk oranları da AB ve OECD ortalamalarının altındadır. Yatak doluluk oranları hastane bazında incelendiğinde genellikle üniversite hastanelerinin ve il merkezindeki devlet hastanelerinin yatak doluluk oranlarının yüzde 70-100 arasında olduğu ancak ilçelerdeki hastanelerin yatak doluluk oranlarının yüzde 50'nin altında olduğu göze çarpmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında yanlış yatırım yeri ve büyüklüğü tercihi ile hekim sayısının yetersiz olmasının en önemli rolleri oynadığı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerine olan talep her yıl artmaktadır. 2006-2009 döneminde hastanelere yapılan toplam müracaat sayısı yüzde 35,8 artarken, özel sektörde bu artış yüzde 206,6 olarak gerçekleşmiştir. Müracaat sayısındaki artışta, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanarak hizmet sunumundaki farklılıkların

azaltılması ve sosyal güvenlik alanında yapılan düzenlemelerle özel sektörün sunduğu sağlık hizmetlerinden faydalanmanın kolaylaştırılması etkili olmuştur (2011 Yılı Programı, 2010:212).

**Şekil 3.1. Hastanelere Ait Bazı Göstergelerin Kurumlara Göre Dağılımı**




Kaynak: 2011 Yılı Programı

Şekil 3.1'de gösterildiği gibi 2009 yılında, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler toplam yatak kapasitesinin yüzde 68,1'ine hekim sayısının ise yüzde 67,2'sine sahip olup müracaatların yüzde 77,3'ünü ameliyatların ise yüzde 59,9'unu gerçekleştirmiştir. Yatak kapasitesinin yüzde 13,9'una, hekim sayısının yüzde 20,3'üne sahip olan özel sektör, müracaatların yüzde 14,1'ini, ameliyatların yüzde 26'sını; yatak kapasitenin yüzde 15,4'üne, hekim sayısının yüzde 22,5'ine sahip olan üniversite hastaneleri ise müracaatların yüzde 6,6'sını ve toplam ameliyatların yüzde 14,4'ünü gerçekleştirmiştir. Bu göstergelerden hareketle ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin hem altyapı ve insangücü hem de sunulan hizmetin miktarı açısından en büyük aktör oldukları söylenebilir.

Sağlık hizmet altyapısında son yıllarda özellikle yatak kapasitesi açısından iyileşmeler görülmektedir. 2005–2009 döneminde yatak kapasitesi yüzde 9,1 oranında artmıştır. Yatak kapasitesini artırmanın yanı sıra hasta memnuniyetini de dikkate alan bir yaklaşımla hizmet kalitesini iyileştirilmeye yönelik çalışmalar da devam etmektedir. Bu kapsamda hasta odaları, içerisinde banyosu ve tuvaleti

bulunan, refakatçi ihtiyacını karşılayabilecek, en fazla iki yatak kapasiteli, kaliteli fiziki koşullara sahip odalara dönüştürülmektedir. Kullanım ömrünü tamamlamış hastaneler tamamen yıkılıp yenilenmekte, birçok hastane ise onarımlarla nitelikli bir yapıya kavuşturulmaktadır. Bu kapsamda artan yatırım ihtiyacı genel olarak Sağlık Bakanlığının TOKİ ile yaptığı protokol çerçevesinde arsa takası ya da kısmi arsa takası (projenin ödeneğinin bir kısmı bütçe gelirlerinden gerisi arsa takasıyla) yöntemi ile karşılanmaktadır. Bu projelerin arsa tahsisinden elde edilen gelir dışında kalan kısmının 7 yılda TOKİ'ye ödenmesi planlanmaktadır. Ancak, arsa takasından elde edilecek gelir net olarak belirlenememiştir.

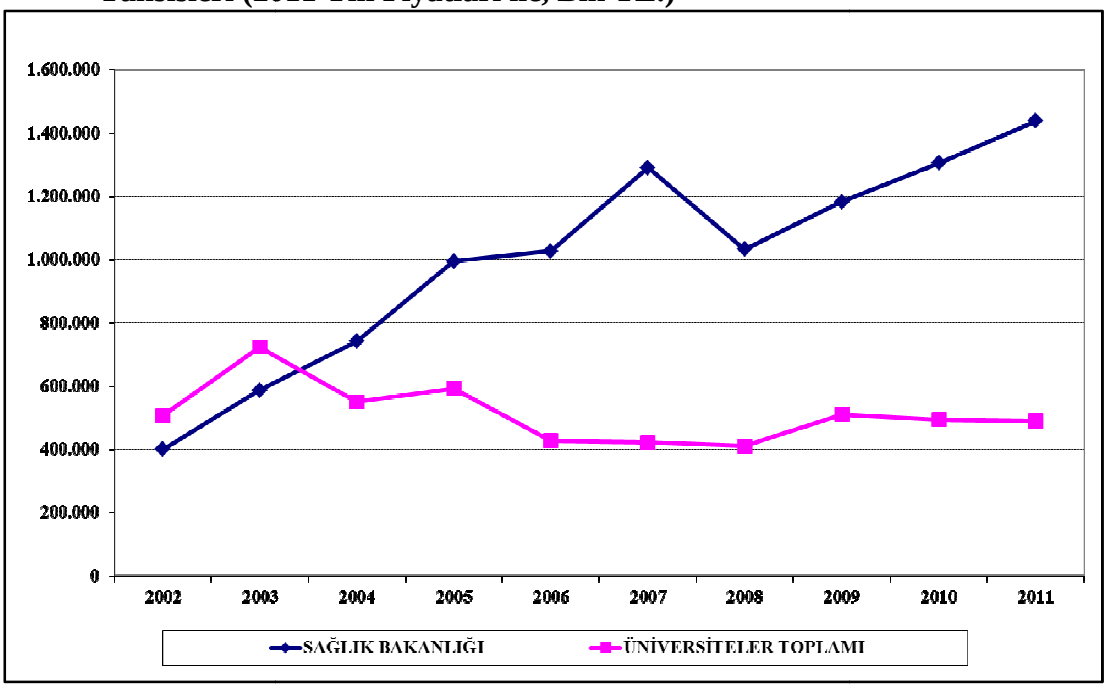
Yatak kapasitesindeki iyileşmelere rağmen ülke genelindeki dağılım sorunları devam etmektedir. İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesine göre, MSB'ye ait hasta yatağı ve yoğun bakım yatakları hariç olmak üzere on bin kişiye düşen yatak sayısı en gelişmiş olan bölgede 24,9 iken, en az gelişmiş olan bölgede 15,4'tür. 2002 yılında 10.000 kişiye düşen yatak sayısı açısından en az gelişmiş olan bölge ile en gelişmiş bölge arasında 2,9 kat olan fark 2008 sonu itibarıyla 1,62'ye düşmüştür. Yatakların bölgeler arasında dengesiz dağılımı, sağlık personelinin de dengesiz dağılımına yol açan faktörlerden biridir.

Sağlık Bakanlığının 2010/50 sayılı Genelgesiyle başta sağlık insan gücü olmak üzere, sağlık tesisi, ileri tıbbi teknoloji ve finansman gibi sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımını sağlayarak bunları etkin ve verimli bir şekilde kullanabilmek amacıyla sağlık hizmet sunumunda bölge merkezli sağlık uygulaması anlayışı benimsenmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığınca, bölgenin sağlık hizmeti ihtiyacı, coğrafi yapısı, hasta akışı, ulaşılabilirliği, sosyo-ekonomik yapısı dikkate alınarak, 29 Sağlık Bölgesi belirlenmiştir. Söz konusu Genelgeye göre 2009 yılında Sağlık Bakanlığınca belirlenen hastane hizmet rolleriyle birlikte değerlendirilerek hastaların tıbbi bakım ve tedavilerinin öncelikle bulunduğu sağlık bölgesi içerisinde sağlanması esastır. Söz konusu sağlık bölgeleri ilçe bazında belirlenmiş olup her bölge için bölge merkezi bir il ve bu merkeze bağlı iller belirlenmiştir. Yine illere bağlı olarak küçük ilçelerin hizmet alabileceği güçlendirilmiş ilçeler belirlenerek tüm bu merkezler için hastane rolleri tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığının 2010/50 sayılı Genelgesiyle sağlık bölgeleri belirlenmiş olmakla beraber bölgelerdeki tüm sağlık tesislerini kapsayan Yatırım Planlama Rehberi henüz taslak halindedir. Söz konusu Yatırım Planlama Rehberi tüm hastanelerin bir envanteri niteliğinde olup Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için bina durumları, yatırım yapılmasına gerek olup olmadığı, yatırım yapılacak arazi durumu ve hastaneler için planlanan nihai yatak sayıları gibi detaylı bilgiler içermektedir. Yatırım Planlama Rehberine göre Türkiye genelinde Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler hariç olmak üzere 187.146 yatak olup yatak sayısının nihai olarak 212.712'ye yükseltilmesi planlanmaktadır. Bu rakamlardan Türkiye'de yaklaşık olarak 25.600 yatak açığı var gibi görünse de bazı hastanelerin yatak sayılarının azaltılmasının planlanması ve mevcut hastanelerin birçoğunun yenilenmeye ihtiyaç duyması sebebiyle Yatırım Planlama Rehberine göre ihtiyaç çok daha yüksektir. Sağlık Bakanlığının resmi olarak yayınlamadığı ancak yatırımlarla ilgili toplantılarda dile getirdiği verilere göre 14 milyar TL civarında yatırım ihtiyacı bulunmaktadır.

Kamu bütçesinden ayrılan sağlık yatırımları, yıllar itibariyle artmakla beraber, sağlık sektöründeki yatırım ihtiyacının büyüklüğüne nispeten düşük kalmaktadır. Şekil 3.2'de 2002-2011 döneminde Sağlık Bakanlığına ve üniversitelere tahsis edilmiş olan sağlık sektörü yatırım miktarları yer almaktadır. Son yıllarda yatırımların Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler arasındaki dağılımı, Sağlık Bakanlığı lehine değişmiştir. Buna rağmen Sağlık Bakanlığının 14 milyar TL'lik yatırım ihtiyacının karşılanabilmesi yaklaşık 10 yılda gerçekleşebilecektir. Sağlık Bakanlığının yatırımlarında finansmanında KÖİ modellerini kullanabilmek üzere mevzuat değişikliği yapması da zikredilen yatırım ihtiyaçlarının bir neticesi olarak ortaya çıkmıştır.

**Şekil 3.2. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin 2002-2011 Dönemi Yatırım Tahsisleri (2011 Yılı Fiyatları ile, Bin TL.)**




Kaynak: 2002-2011 Yatırım Programları

Sağlık alanında KÖİ yöntemlerinin uygulanabilmesi 03.07.2005 tarihli ve 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde 7 ile mümkün kılınmıştır. Bu maddeyle; "Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulunca karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir." hükmü getirilmiştir.

Tek maddelik bu düzenlemede; arazi devri, kira bedelinin ve kiralama süresinin tespitinde göz önüne alınacak hususlar, kira bedellerinin döner sermaye işletmelerince ödeneceği, bu yöntemle yenileme işlerinin tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yaptırılabileceği ve bu kapsamda yapılacak olan işlerin bazı vergi ve harçlardan muafiyetleri ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun uygulanmayacağına ilişkin hükümlere yer verilmiştir. Bununla beraber uygulamaya ilişkin esas ve usullerin Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Hazine Müsteşarlıklarınca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulacağı ifade edilmiştir.

5396 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesinden bir yıl sonra 22.07.2006 tarihinde yayınlanan "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" ile uygulamanın ayrıntıları detaylı olarak belirlenmiştir. Buna göre modelin işleyişi ana hatlarıyla şu şekildedir:

- Sağlık Bakanlığı arsa/arazi teminine yönelik çözüm önerileriyle birlikte ön fizibilite raporuyla YPK onayı için başvurur.
- Sağlık Bakanlığı YPK onayı alan her proje için ihale iş ve işlemlerinde kullanmak üzere; ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanını hazırlar veya hazırlatır. Bu kapsamda ihale usulü, isteklilerde aranılan şartlar, teminat oranları, kira bedellerini belirleme yöntemleri, ödeme dönemleri ve şartları, varsa tıbbi donanımın özellikleri ve bakımı, işletilmesine dair hususlar; denetim, muayene ve kabul işlemlerine ilişkin şartlar gibi hususlar isteklilere bildirilir.
- Açık, belli istekliler arasında ve pazarlık usulü olarak sayılan ihale yöntemlerinden biri projenin niteliğine göre Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Kamu ihale mevzuatından farklı olarak belli istekliler arasında ihale usulünde 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.
- İhale süreci tamamlandıktan sonra yükleniciyle sözleşme imzalanır. Bu sözleşmede; yüklenicinin sunacağı hizmetler, idarenin yükümlülükleri, kira bedellerinin ödenmesi ve cezalar gibi uygulamaya ilişkin tüm işlemler belirlenir.
- Tıbbi hizmetler yine Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan personel tarafından verilir. Bununla birlikte sözleşmede yer alırsa görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri özel sektör tarafından sunulabilir. Bu hizmetler hâlihazırda hizmet alımı yoluyla karşılanabildiğinden vatandaşlar açısından sağlık hizmetlerinin sunumunda herhangi bir devlet hastanesiyle fark bulunmamaktadır.

- Kira bedelleri hastane döner sermayesinden ödenir. Eğer bu mümkün olmazsa Sağlık Bakanlığı merkez döner sermayesine başvurulur.
- Yükleniciye yapılan ödemelerde hizmet standartlarına bakılarak sözleşmede belirlenen usullerle kesintiler yapılabilir.
- Sözleşme süresi sonunda üst hakkı tesis edilmek suretiyle devredilen taşınmazlar ile üzerine inşa edilen sağlık tesisleri, 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.

KÖİ yönteminin sağlık alanında uygulama aşamalarına bakıldığında bu model finanse et-yap-kirala/işlet-devret şeklinde veya daha kısa bir biçimde yap-kirala-devret olarak adlandırılabilir. Ancak bu adlandırmaların hiçbir mevzuatta veya resmi dokümanda kullanılmadığı unutulmamalıdır. Sağlık alanında KÖİ yönteminin ihale sürecinin sonuna kadar olan aşamaları Sağlık Bakanlığının ve özel sektörün yaptıkları işler temelinde sınıflandırılarak Şekil 3.3'te gösterilmiştir. İhale sürecinden sonraki uygulama döneminde tarafların görevleri de Kutu 3.1'de özetlenmiştir.

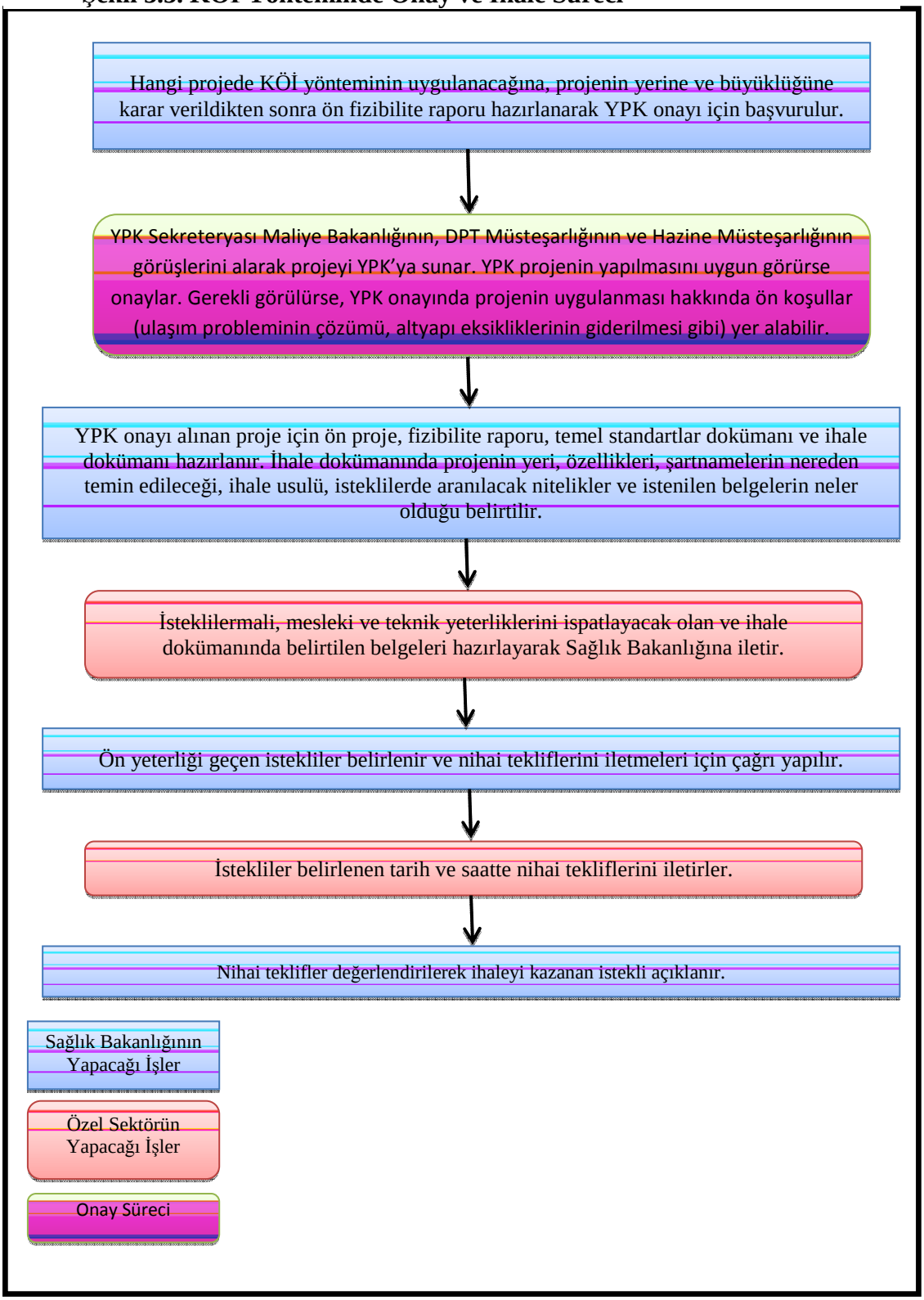
Söz konusu Kanunda yapım işlerinin yanı sıra yenileme işlerinin de KÖİ yöntemiyle yapılabilmesi öngörülmüştür. Uygulama yönetmeliğine göre yenileme işleri YPK onayı olmadan yapılabilmekte olup Kanuna göre bu işler için kira bedeli ödenmez ve tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında özel sektörle sözleşme yapılır.

Uygulama yönetmeliğinde tanımlanan tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunulması ve tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesinin yüklenici tarafından üstlenilmesi yapım maliyetleri dışında kira bedelinin belirlenmesindeki en önemli unsurlardır. Yönetmeliğe göre tıbbi 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 hizmetleri olarak tanımlanmıştır. Tıbbi hizmetler dışındaki alanlar ise ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olarak, otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, 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 ifade etmektedir.

Bu hizmetlerin yüklenici tarafından verilmesi ve alanların işletilmesi öncelikle isteklilerin talep edeceği kira bedellerinin düşürülmesi hedefini taşımaktadır. KÖİ yöntemiyle yapılacak hastanelerin döner sermayeleri üzerinde önemli bir yük oluşturabilecek kira bedelinin yükleniciye başka kâr imkânları tanınarak daha makul düzeylere indirilebilmesi sağlanabilecektir. Yüklenici tıbbi hizmetler dışındaki hizmetleri sunarak bunların bedellerini de talep edecek olmakla birlikte kamu projesi yöntemiyle yapılmış olan hastanelerde bu hizmetler zaten döner sermaye gelirlerinden hizmet alımı yoluyla karşılanmaktadır. Tıbbi hizmetler dışındaki alanlar ise ön projede belirlenmekle beraber, ihale sürecinde isteklilerin oluşturacağı teklifler de dikkate alındığından, özel sektörün yenilikçi tekliflerine açık olup gelir elde etmesine imkân tanımaktadır.

**Şekil 3.3. KÖİ Yönteminde Onay ve İhale Süreci**



**Kutu 3.1. İşletme Sürecinde Tarafların Rolleri**

| SAĞLIK BAKANLIĞI | ÖZEL SEKTÖR |
|---|---|
| • Tıbbi personeli istihdam eder ve hastaneyi işletir. Bu kapsamda hastanenin işleyişi Sağlık Bakanlığına bağlı diğer hastanelerden hiçbir farklılık göstermez.<br>• Döner sermaye gelirleriyle yüklenicinin hizmet ve kira bedellerini öder.<br>• Yüklenicinin sunduğu hizmetlerin sözleşmedeki standartlara uyup uymadığını denetler. | • Hastanenin işletilmeye hazır hale gelmesine kadarki tüm donanım ihtiyaçlarını karşılar.<br>• Yemek, temizlik, bilgi-işlem, güvenlik gibi hizmetleri sözleşmede belirlenen standartlara göre sunar.<br>• Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri gibi tıbbi hizmetleri sunar.<br>• Hastanenin ve tıbbi donanımın bakımını ve onarımını yapar.<br>• Otopark, kafeterya ve sözleşmede belirlenmiş diğer ticari alanları işletir gelirlerini alır. |

Kira bedellerinde indirim yapılmasına imkân vermekle birlikte bu hizmetlerin yüklenici tarafından hâlihazırda verilmesi hastane yönetimlerinin muhatap olduğu çok sayıda hizmet sunucusunun yerine tek bir muhatabın olmasını sağlayacaktır.

Yöntemin en önemli avantajlarından birisi de kamu projelerinin yapım aşamasında sıkça karşılaşılan inşaat süresinin uzaması ve maliyetinin artması riskini özel sektöre aktarmasıdır. İhale aşamasında yapım ve işletme döneminin uzunluğu belirlendiğinden (4 yıl inşaat ve 20 yıl işletme ile birlikte toplam 24 yıl gibi) ve kira ödemeleri işletme döneminde başladığından yapım süresinin uzaması yüklenicinin elde edeceği toplam kira bedelini düşürecektir.

Maliyet ve süre risklerinin yanı sıra yükleniciye bazı işletme risklerinin de devredilmesi kapsamında, yönetmelikte, yükleniciden kaynaklanan olumsuzluklara istinaden cezai hükümler koyma imkânı sağlanmıştır. Bu kapsamda uygulama sözleşmesinde hizmet standartları belirlenecek ve bu standartlara uyulmaması

halinde kira bedelinden cezalar kesilebilecektir. Örneğin, yüklenici üstlendiği temizlik ve yemek hizmetlerinde sözleşmede belirlenen hükümlere uymadığında Sağlık Bakanlığı sözleşmedeki şartlar çerçevesinde bu hizmetlerin bedeline cezai hükümleri uygulayabilecektir. Dolayısıyla özel sektörün performansı denetlenmiş ve hizmetlere ilişkin ödemeler bu performansa bağlanmış olacaktır.

KÖİ yönteminin uygulanması kapsamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu birim KÖİ yönteminin uygulanmasında proje geliştirme, ihale sürecini yönetme, sözleşme taslağının hazırlanması gibi Sağlık Bakanlığının görevi olan tüm işlemleri yapmaktadır.

Bu yöntemin uygulama sürecinde YPK onayı sadece projenin yapılmasına olan ihtiyacın belirlenmesinde alınmaktadır. Bunun dışında projenin geliştirilmesi, ihale süreçleri, sözleşmenin onaylanması ve uygulamadaki aksaklıkların belirlenmesinde tamamen Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Süreç içinde diğer ülke örneklerindeki gibi hem sürecin yönetiminde hem de sözleşme koşullarının müzakeresinde danışmanlık sağlayabilecek merkezi bir KÖİ biriminin olmaması ve henüz ülkemizde KÖİ yönteminin uygulanması için kapsamlı bir mevzuatın yürürlükte olmaması eksikler arasında sayılabilir.

Kamu projesi yerine KÖİ yönteminin seçilmesindeki en önemli unsur olan harcama getirisinin sağlanmasına ilişkin herhangi bir düzenleme mevcut değildir. Bu kapsamda sadece YPK onayı için hazırlanan ön fizibilite raporunda sunulan bilgiler değerlendirilebilmektedir. Ancak, sürecin ilerlemesiyle ve ihale aşamasında sözleşme koşullarının olgunlaşmasıyla ön fizibilite raporundaki öngörülerde nasıl değişikliklerin olduğu bilinmemektedir.

Hâlihazırda Sağlık Bakanlığı KÖİ yöntemiyle uygulamak üzere toplam yaklaşık 7,5 milyar TL yatırım büyüklüğüne sahip 18 proje için YPK onayı almıştır. Bunlar arasından Kayseri, Etlik, Bilkent, Elazığ, Konya sağlık kampusları ve Yozgat ve Manisa eğitim ve araştırma hastaneleri projelerinin ihale süreci başlamıştır. Ancak bu ihaleler henüz sonuçlanmamış ve uygulama aşamasına geçilmemiştir. Dolayısıyla, mevzuatı hazır ve tutarlı bir kurgusu olmakla birlikte bu yöntemin uygulamada ne gibi sonuçlar doğuracağı henüz kestirilememektedir.

### 3.6. KÖİ Çerçeve Kanun Çalışmaları

Ülkemizde KÖİ uygulamalarının uzun bir geçmişi olmakla birlikte bu uygulamalara ilişkin birçok problem bulunmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye'deki KÖİ uygulamalarını düzenleyen mevzuatın dağınık bir yapıda olduğu, farklı modellerin farklı kanun ve yönetmeliklerle düzenlendiği görülmektedir. Söz konusu dağınık yapıyla birlikte, mevzuatımız, sınırlı sayıda sektörde belli birkaç KÖİ modelinin uygulanabilmesine izin vermektedir.

KÖİ yönteminin uygulanmasında bir başka problem ise kurumsal kapasite eksikliği nedeniyle projelerin teknik, ekonomik ve mali yapılabilirliği, ekonomik-sosyal maliyetleri, getiri ve riskleri üzerine karar verme sürecine yardımcı olabilecek nitelikte çalışmaların zamanında ve yeterli düzeyde yapılmamasıdır. Ayrıca bu problemin bir sonucu olarak da nitelendirilebilecek olan, KOİ projelerinin, finansman sorununa kökten çözüm bularak kamu kaynağı kullanılmadan uygulanabileceğine dair yanlış bir algı mevcuttur. Bunların yanında kamu kuruluşlarında, klasik finansman yöntemlerine nazaran daha karmaşık süreçler içeren KÖİ projelerine yönelik tecrübe eksikliği olması, bu eksikliğin olumsuz etkilerini azaltabilecek olan ve KÖİ projelerinin analizini, önceliklendirilmesini ve seçimini sorumlu yapacak, KÖİ konusunda uzmanlaşmış kurumsal bir yapının olmaması ve proje dokümanlarına (fizibiliteler, sözleşmeler vb.) yönelik sektörel standartların oluşturulamamış olması problemler arasında sayılabilir.

Bu problemlerin çözülebilmesi amacıyla 2005 yılı başından itibaren DPT Müsteşarlığı tarafından KÖİ yöntemini kullanan kurum ve kuruluşların katılımıyla bir dizi toplantı düzenlenerek hayata geçirilen projeler, edinilen tecrübeler, karşılaşılan sorunlar, uygulanabilecek yeni modeller ve çözüm önerileri tartışılmıştır.Bu tartışmalardan edinilen bilgiler ışığında ihtiyaçlar değerlendirilerek, KÖİ yönteminin uygulanabileceği tüm sektör ve modelleri kapsayacak şekilde bir KÖİ çerçeve kanunu taslağı hazırlanmış ve ilgili kurum ve kuruluşların görüşlerine 2 kez açılmıştır. Ayrıca, taslağa DPT Müsteşarlığının internet sitesinde de yer verilerek her kesimden gelebilecek görüşlere değerlendirilmiştir. 2007 yılında Taslak tamamlanmakla birlikte yasalaşmamıştır. 2009 yılı sonunda kuruluş görüşlerinin

tekrar değerlendirilmesi ve Hazine Müsteşarlığı ile risk yönetimi maddeleri üzerine yapılan çalışmalar sonucunda "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı" adıyla yeni bir Taslak oluşturulmuştur.

Bu süreçte, 2006-2009 yıllarının Yıllık Programlarında ulaştırma sektörü tedbirleri arasında yatırımlara özel sektör katılımının artırılacak modeller getirilmesi önceliğinde yeni bir KÖİ yasasının hazırlanması yer almıştır. 2010 ve 2011 Yılı Programlarında ise bu tedbir Makroekonomik İstikrarın Kalıcı Hale Getirilmesi başlığı altında yer alarak ulaştırma sektörünün dışında tüm kamu yatırımlarını kapsayacak bir nitelik kazanmıştır. Mevzuat hazırlanmasına ilişkin tedbirlerin yanı sıra eğitim ve kültür sektörlerinde de KÖİ yöntemlerinin kullanılabilmesine ilişkin ilgili yıllık programlarda tedbirler yer almıştır.

Taslak Kanunda, KÖİ kavramı ve modelleri tanımlanmış, uygulanan modellere esneklik getirilerek yeni modellerin üretilebilmesinin yolu açılmıştır. Ayrıca KÖİ yönteminin uygulanabileceği sektörler artırılmış, sürece ilişkin objektif kriterler getirilmiş, projelerde risk kavramı ve garantiler tanımlanmıştır. Taslak Kanunda KÖİ yöntemini düzenleyen diğer Kanunların yürürlükten kaldırılması öngörüldüğünden bu alandaki mevzuatın yeknesaklaştırılması sağlanacaktır.

KÖİ, AB'ye üyelik sürecinde, 5. Fasıl olan Kamu Alımları Faslı kapsamında değerlendirilmektedir. Bu fasıl kapsamında 2006 yılında yapılan tarama çalışmaları sonrasında, faslın müzakereye açılması için gerekli ön şartlardan bir tanesi de KÖİ konusunda yapılacak yeni mevzuat çalışmalarında müktesebata uyumunun sağlanması şeklinde belirlenmiştir. Bu çerçevede, AB ve OECD'nin ortak bir girişimi olup temelde AB tarafından finanse edilen OECD-SIGMA'nın Taslak Kanuna ilişkin görüşleri alınmıştır.Taslak Kanun tamamlanmış olmakla birlikte Taslağın yasalaşma süreci henüz başlamamıştır.

# 4. KAMU SEKTÖRÜ KARŞILAŞTIRICISI KAVRAMI VE BİLEŞENLERİ

KÖİ yöntemi kullanılmadan önce kamunun KÖİ yönteminin geleneksel yöntemden daha yüksek bir harcama getirisi sağlayacağından emin olabilmesi için geleneksel yöntemle KÖİ'nin ex ante bir karşılaştırmasını yapmalıdır. KSK bu anlamda yapılacak olan bir karşılaştırma için kullanılabilecek bir araçtır. Bu bölümde KSK ile ilgili bazı temel kavramlar ve KSK'nin bileşenleri detaylı bir şekilde tanımlanıp, KSK kapsamına hangi maliyetlerin dâhil edileceği ve bunların nasıl hesaplanacağı ele alınmıştır. Ayrıca, KSK'nin ex ante değerlendirmedeki rolü ve ihale sürecinin rekabet düzeyine etkisi detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

## 4.1. Ön Değerlendirme ve Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı

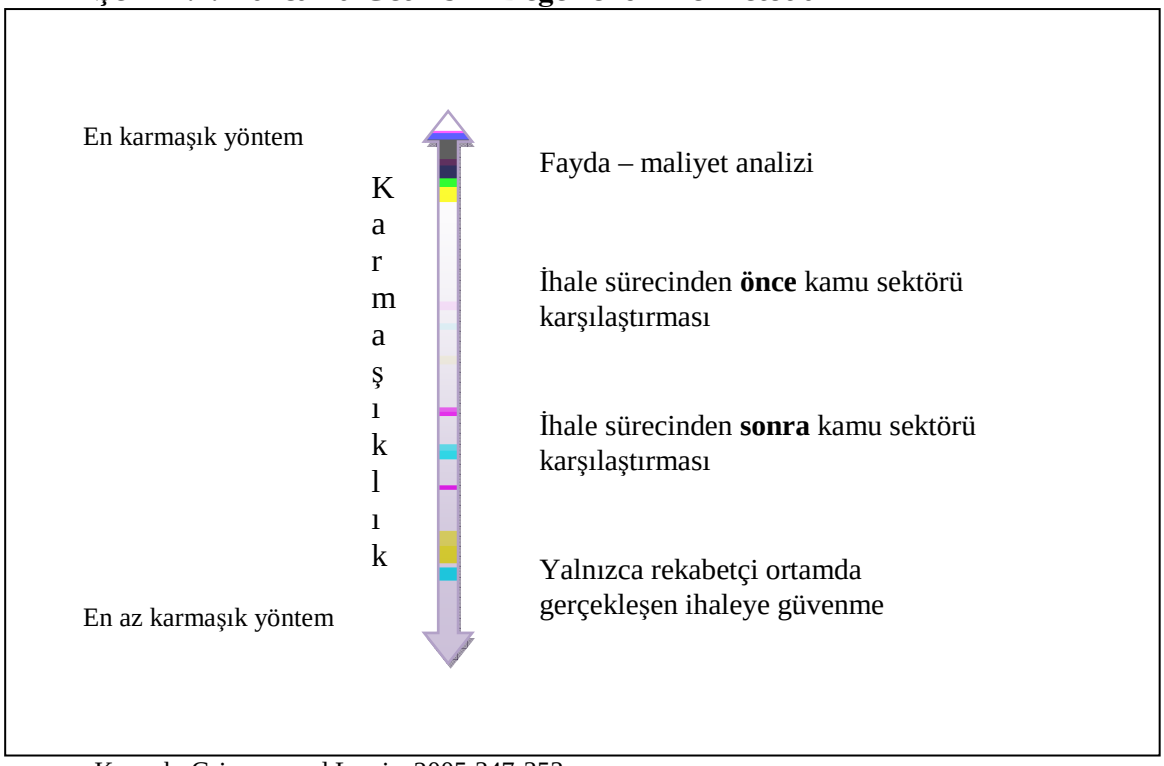
Harcama getirisinin değerlendirilmesi için farklı ülkelerde farklı metotlar kullanılmaktadır. Grimsey ve Lewis (2005:347-353) bu metotların karmaşıklıklarını göz önüne alarak Şekil 4.1'de görüldüğü gibi sınıflandırmıştır. Bu yöntemler en karmaşıktan en az karmaşık olanına doğru fayda-maliyet analizi, ihaleden önce KSK kullanılması, ihaleden sonra KSK kullanılması ve yalnızca ihalenin rekabetçi bir ortamda gerçekleşmesine güvenmektir.

Tam bir fayda – maliyet analizi yapılması yöntemi Almanya'da kullanılır ve ciddi miktarda bilgi ve maliyet gerektirmekle birlikte faydalarla ilgili birçok varsayım da yapılır. Grimsey ve Lewis (2005:353) varsayımların yapılmasındaki öznellik yüzünden KÖİ projelerinin harcama getirisi analizinde fayda – maliyet analizi yönteminin kullanılmasının belirsizlik oluşturacağını savunmuştur.

İkinci yöntem olan ihale sürecinden önce KSK kullanılması Japonya, Hollanda ve Güney Afrika'da uygulanır. Bu metotta KÖİ yöntemi KSK ile karşılaştırılır ve ihale aşamasına ancak KÖİ daha yüksek bir harcama getirisi sağlıyorsa geçilir. İhaleden sonra projenin hâlâ daha yüksek bir harcama getirisi sağlayıp sağlamadığının görülebilmesi için harcama getirisi değerlendirmesi güncellenebilir. Bunun üç aşamalı bir örneği İngiltere'de 2004 yılından bu yana uygulanmakta olup ikinci bölümde ele alınmıştır (HM Treasury, 2006b:5). İngiliz Hazinesi KÖİ projesi uygulamak isteyen kamu kurumları için projenin harcama getirisini geleneksel yöntemle karşılaştırmayı sağlayan bir Excel çalışma sayfası

geliştirmiştir. Bu çalışma sayfası özünde basitleştirilmiş bir kamu sektörü karşılaştırması modelidir[14].

**Şekil 4.1. Harcama Getirisini Değerlendirme Metotları**




Kaynak: Grimsey and Lewis, 2005:347-353

Üçüncü yöntem kamu sektörü karşılaştırıcısıyla KÖİ ihalesine verilen tekliflerin karşılaştırılarak harcama getirilerinin kıyaslanmasıdır. Bu yöntem Avustralya'da uygulanır. Dördüncü yöntem olan rekabetçi ihale yöntemi Fransa, ABD, Latin Amerika Ülkeleri, Doğu Avrupa ve frankofon Afrika ülkelerinde kullanılır (Grimsey and Lewis; 2005:352-353). Bu yöntem KÖİ'den ziyade imtiyazlarda daha sık kullanılır.

Kamu sektörü karşılaştırması fayda – maliyet analizine göre daha nesnel ve daha az karmaşık olmasının yanında özel sektörün tekliflerinin karşılaştırılması için bir araç olarak da kullanılabileceğinden birçok ülke tarafından tercih edilen bir yöntemdir (Grimsey and Lewis; 2005:360). Rekabetçi ortamda gerçekleşen bir ihale harcama getirisi sağlanmasını garanti edebilecek olmasına rağmen KSK'nin olmaması halinde kamunun maliyetlerinin gerçekten düştüğü ve harcama getirisi

[14] Söz konusu çalışma sayfasına http://www.hm-treasury.gov.uk/d/vfm_qe_spreadsheet0307.xls bağlantısından ulaşılabilir.

sağlandığı iddia edilemez. İngiltere Hazinesi KSK'yi "KÖİ sürecinin bir parçası olarak üretilen ve kamunun tedarikçi gibi davrandığı durumda risklerin de içerildiği varsayımsal bir maliyetlendirmedir" şeklinde tanımlamaktadır. Diğer bir deyişle, KSK, KÖİ yöntemiyle yapılması planlanan bir projenin tamamen kamu kaynaklarıyla yapılması ve işletilmesi durumunun finansal olarak modellenmesidir. Bu yöntemle farklı politika tercihlerini kıyaslamak mümkün hale gelir. KSK yönteminde projenin belirlenmiş özellikleri ve ilgili riskler hesaba katılarak net bugünkü değer hesaplanır. Buradaki temel maliyet genellikle kamunun geçmişte geleneksel yöntemle yaptığı projelerden ve en yakın yılda karşılaştığı işletme maliyetlerinden elde edilir. Daha sonra gelecekteki talep, büyüme, demografik değişimler ve siyasi beklentilerle projeksiyon yapılır. Temel alınan yıldaki hesaplar bir kere karşılaşılabilecek maliyetler, ücret değişiklikleri, tabii afetler gibi anormal durumlardan arındırılarak normalleştirilir. KSK'nin yorumlanması karar vericilere şu kolaylıkları sağlar (OECD, 2008:50):

- Projenin, başlangıcından itibaren yaşam boyu maliyetleri ortaya konularak karşılanabilirliği değerlendirilebilir.
- Harcama getirisinin ölçülmesiyle projenin uygulanabilirliği test edilebilir.
- KÖİ tarafları arasındaki risk tahsisi ve çıktı özellikleri gibi kritik müzakere konularının yönetilmesi sağlanabilir.
- Şeffaflığın ve ihale sürecine güvenin artmasıyla ihale sürecindeki rekabet güçlendirilebilir.

Buradan hareketle KSK projenin kamu projesi olarak yapılması halinde ortaya çıkabilecek farazi durumun açıklanması olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla kamu sektörü karşılaştırıcısı bir hizmetin sunumunun KÖİ yöntemiyle veya geleneksel yöntemle sunulması kararının verilmesinde kamuya yardımcı olur.

KSK proje için gerçek fiyat alınamadığından veya teklif verilmediğinden farazi bir nitelik taşır. Yönteme yapılan eleştirilerin çoğu da farazi olmasına yöneltilmektedir.

KSK'nin güvenilirliğini etkileyebilecek olan diğer hususlar karşılanabilirlik ve bütçe limitlerinin etkisidir. Yapılması düşünülen proje özel sektörün mali kaynaklarından faydalanılmadan hayata geçirilemeyecekse KSK'nin gerçekten uygulanabilir bir finansal alternatif olduğu söylenemez (Grimsey and Lewis, 2005:355). KÖİ'lerin büyük çoğunluğu kamu kaynaklarının yetersiz olmasından dolayı talep edilmektedir. Bu durumda da projenin yapılabilirliği olmadığından etkin bir karşılaştırma ortaya çıkmayabilir. Karşılanabilirlik veya bütçe limitleri söz konusu olduğunda idareler KSK'ye yeteri kadar önem vermeyebilir ve kamu kaynağıyla yapılacak projelerde olduğu kadar özenli bir KSK hazırlamayabilir. Ayrıca idareler projenin kamu kaynaklarıyla yapılamayacağını bildiğinden, KSK'nin sunulan tekliflerin harcama getirisi sağlamadığını göstermesi halinde projenin asla yapılamayacağını da bilir. Bu durumda da, KSK, KÖİ yönteminin harcama getirisi sağlayacağı şeklinde sonuç vermesini sağlayacak şekilde etkilere maruz kalabilir.

Bir KSK oluşturulması ve teklif veren her firmanın tasarlanmış olan KÖİ modelini izlemeleri maliyetli ve uzun zaman alan bir işlemdir. Tasarlanan KÖİ'nin detay ve karmaşıklık düzeyine bağlı olarak bir KSK'nin oluşturulması aylar alabilir (Davis, 2005:443). Maliyetler net faydanın düşmesine sebep olabilir ve potansiyel özel sektör ortakları görece daha küçük projelere teklif vermek istemeyebilirler. Bu durum kamunun küçük projelerde KÖİ yöntemini kullanmak istemesi durumunda sürecin yine de sıkı bir şekilde takip edilmesinin gerekli olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Diğer bir deyişle, küçük projelerde KÖİ yöntemi uygulanacaksa sadece rekabetçi bir ihale süreci temin edilerek KSK süreçten çıkarılabilir. Fransa'daki içme suyu imtiyazlarında olduğu gibi harcama getirisi KSK'nin yokluğunda da sağlanabilir. Bunun başka bir örneği de Avustralya'da KSK kullanılmadan yapılan Victoria Mahkemesi binasıdır. KSK yerine tasarımcılar harcama getirisinin ölçülebilmesi için referans alınan bir yapının maliyet tahminini kullanmışlardır. Proje sözleşme imzalandıktan iki yıl sonra tamamlanmış ve hizmete alındığından bugüne kadar binayı kullananlarca beğenilmiştir (Fitzgerald, 2004:7-8). Büyük projelerin müzakere ve yapım aşamasındaki maliyetleri göz önüne alındığında KSK kullanılması tüm tarafların faydasına olacaktır. Bunun yanında standart olarak

değerlendirilebilecek olan okul ve idari bina gibi işlerin yapımı ve bakımı için KÖİ birimleri genel ve uyarlanabilir bir KSK oluşturabilir.

### 4.2. Kamu Sektörü Karşılaştırıcısının Bileşenleri

KÖİ modellerinin kurumsal sahiplerinin olduğu ve başarılı şekilde uygulandığı ülkelerde KSK'nin oluşturulması ve kullanılması projelerin değerlendirilmesindeki en önemli bileşenlerden birisidir. KSK, proje değerlendirmesinin başlangıç safhalarında oluşturulur ve proje ihalesine çıkılmasına kadar geliştirilerek kullanılır.

İhale sürecinde rekabetçi bir ortamın sağlanması teorik olarak özel sektörün en düşük maliyetli teklifi sunmasını öngörse de harcama getirisinin gösterilebileceği ve tekliflerin objektif olarak değerlendirilebileceği bir yönteme ihtiyaç vardır. KSK bu şekilde yapılacak bir karşılaştırma için nicel bir unsur teşkil eder. KSK ile tekliflerin karşılaştırılması tamamen nicel bir özellik taşıdığından niteliksel unsurların da ele alınacağı bir değerlendirme ile birlikte yapılmalıdır. KSK'nin kamu tarafından hazırlanması değerlendirmenin güvenilirliği açısından önemlidir.

KSK, bir projenin tamamen kamu kaynaklarıyla finanse edildiği, işletildiği ve uygulandığı bir durumun riskler de hesaba katılarak farazi olarak maliyetlendirilmesidir. KSK ihtiyaç duyulan çıktı düzeyi ve standartlarıyla uyumlu olarak ve başlangıçta projede uygulanması düşünülen risk paylaşımı dikkate alınarak hesaplanır. KSK'nin bileşenleri, **ham KSK (*raw PSC*), rekabette tarafsızlık(*competitive neutrality*), devredilebilir risk (*transferable risk*)** ve **devredilmeyen risk (*retained risk*)** olarak 4 ana başlığa bölünmüştür (Infrastructure Australia, 2008b:16).

KSK kabul edilen ekonomik teoriler ve finansal değerlendirme tekniklerine dayanılarak oluşturulur. KSK'nin temel özellikleri şunlardır:

- Kamu tarafından belirlenen indirgeme oranıyla sözleşme süresi boyunca planlanan nakit akımlarının net bugünkü maliyeti (NBM) olarak ifade edilir.

- Benzer hizmetlerin veya altyapının en yakın zamanda gerçekleşen veya en verimli olduğu biçimi baz alınır.
- Rekabette tarafsızlık unsuru da içerilir ve özel sektör ile kamunun sahipliği arasında hiçbir finansal avantaj söz konusu olmaz.
- Projenin KÖİ yöntemiyle yapılması durumunda özel sektöre devredilen ve devredilmeyen risklerin sayısal olarak ifade edilerek miktarının belirlenmesini içerir.

### 4.2.1. Ham KSK'nin Bileşenleri

Ham KSK, örnek projenin üretilmesi ve sunulmasının kamuya temel maliyetini ifade eder ve şunlardan oluşur:

- Doğrudan maliyetler: izlenebilen veya belli bir hizmete tahsis edilen maliyetler.
- Dolaylı maliyetler: doğrudan hizmetlerin üretimine münhasır olmayan maliyetler. Bu maliyetler bir hizmetin üretilmesine katkıda bulunabilir ancak sadece o hizmet için kullanılmazlar.
- Tanımlanabilen üçüncü kişilerden elde edilen gelirler.

Ham KSK kamunun karşılaşabileceği riskleri içermemektedir. Bu riskler devredilen ve devredilmeyen riskler başlıkları altında ayrıca ele alınmıştır.

#### 4.2.1.1.Doğrudan Maliyetler

Doğrudan maliyetler izlenebilen veya belli hizmet için kullanılan maliyetlerdir. Bu maliyetlerin ihtiyaç duyulan hizmete ve referans alınacak projedeki hizmetin sunum şekline bağlı olarak değişir. Bu maliyetler içinde yer alan inşaat maliyetleri kamunun projeyi yapma yöntemine göre değişebilir.

Doğrudan maliyetler; doğrudan yatırım maliyetleri, doğrudan bakım maliyetleri ve doğrudan işletme maliyetlerinden oluşur. **Doğrudan yatırım maliyetleri** ilgili hizmetlerin üretilebilmesi için yapılan yatırım harcamalarını içerir. Bu kapsamda bir tesisin yapımı veya mevcut bir varlığın satın alınması, donanımının

yapılması gibi harcamalar ele alınır. Bu kapsamda değerlendirilecek temel maliyet unsurları şunlardır:

- Proje tasarımıyla ilgili maliyetler.
- Arazi maliyetleri.
- Ham madde.
- Hizmet sağlayıcılara yapılan ödemeler (sözleşme ücreti gibi).
- Kamu alımı sürecine ilişkin maliyetler (proje geliştirme, dokümantasyon, sözleşme yönetimi).
- Danışmanlık hizmetleri.
- İnşaat, makine, teçhizat ve donanım.

Doğrudan maliyetlerde sadece referans alınan projenin uygulanmasında karşılaşılacak maliyetler dikkate alınır. Yatırım maliyetleri ulaşılabilen en doğru bilgileri ve en iyi uygulamaları yansıtmalıdır.

**Doğrudan bakım maliyetleri** genellikle tekrarlayan ve varlığın mevcut kapasitesini ve kalitesini korumaya yönelik harcamalardır. Bu harcamaların içine iyileştirme, geliştirme veya genişletmeye yönelik harcamalar konulmaz. Bu kapsamda değerlendirilecek temel maliyet unsurları şunlardır:

- Ham madde.
- Araç – gereç ve ekipman.
- Bakım için gereken işgücü maliyetleri.

Yatırım ve bakım maliyetlerinin miktarıyla birlikte zamanlaması da önemli bir husustur ve genellikle bu konularda bir tercih yapılması gerekir. Örneğin yüksek bir hurda değer öngörülmüşse işletme süreci boyunca bakım maliyetleri de yüksek olacaktır. Diğer taraftan düşük düzeyde bakım maliyeti yapılması daha erken ve büyük ihtimalle daha yüksek maliyetli bir iyileştirmeyi gerektirecektir.

**Doğrudan işletme maliyetleri** altyapının ve ilgili hizmetlerin günlük işleyişiyle ilgili maliyetlerdir. Bu kapsamda değerlendirilecek temel maliyet unsurları şunlardır:

- Girdi maliyetleri.
- Doğrudan hizmet sunumuna katılan işgücü maliyetleri.
- Yönetim maliyetleri.
- Sigorta maliyetleri.

İşletme maliyeti için yapılacak hesaplarda ortaya çıkan değişikliklere ilişkin uygulayıcılara da danışılarak geçmiş dönemlere ait veriler dikkate alınmalıdır (Infrastructure Australia, 2008b:21).

#### 4.2.1.2.Dolaylı Maliyetler

Dolaylı maliyetler doğrudan hizmetin sunumuyla ilgili olmayan maliyetlerdir. Bu maliyetler şunları içerir:

- Genel giderler
  - Destek giderleri (enerji, temizlik gibi)
  - Asıl hizmetle ilgili olmayan bilgi teknolojisi ve donanım (idari işlerde kullanılanlar gibi)
- Yönetim giderleri
  - Hizmet sunumuna doğrudan katılmayan işgücünün maliyetleri
  - Tesislerin idaresi

#### 4.2.1.3.Üçüncü Kişilerden Elde Edilen Gelirler

Proje süresi boyunca üçüncü kişilerden elde edilmesi beklenen gelirler varsa bunlar işletme maliyetlerinden düşülmelidir. Üçüncü kişi gelirleri bunların sundukları hizmetlere talebin oluşması ve kamunun bu tip bir faydalanmaya müsaade etmesi koşullarında gerçekleşir. Ülkemizdeki hastaneler için kantin, kafeterya gibi alanlardan alınan kiralar bu tip gelirlerdendir.

### 4.2.2. Rekabette Tarafsızlık

Rekabette tarafsızlık kavramı KSK hesaplanırken kamu sahipliğinin doğal olarak bazı maliyetlerde özel sektöre göre olan üstünlüklerinin ayıklanmasını ifade eder. Bu bileşenin KSK kapsamında değerlendirilmesinin ardında, KÖİ yönteminin kullanılmasıyla kamu projesine göre özel sektöre fazladan yüklenebilecek olan maliyetlerin, özel sektör tarafından gider olarak değerlendirilip tekliflerine bu giderin yansıtılması sebebiyle kamuya rücu edeceği mantığı vardır. Bu bileşen KSK'ye eklenerek özel sektörün teklifi ile KSK arasında aynı koşullarda bir harcama getirisi karşılaştırması yapılması amaçlanmaktadır.

Kamunun rekabet üstünlüğü genellikle vergi alanında görülür. Özel sektörün bazı vergi yükümlülükleri kamu tarafında olmadığı için kamunun doğal bir üstünlüğü ortaya çıkabilir. Örneğin, emlak vergisi kamu tarafından ödenmezken özel sektörün sahipliğindeki mülklerde bu vergi söz konusudur.

Rekabette tarafsızlık bileşeni projenin sadece kamu tarafından hayata geçirilmesinin avantajlarının ortadan kaldırılmasını amaçlar. Bunun dışında kalan rekabetçi bir piyasadan kaynaklanan performanstaki verimlilik farklarını içermez ve kamunun ve özel sektörün maliyet farklılıklarıyla karıştırılmamalıdır. Örneğin özel sektörün 12 personelle yapabildiği bir işi kamu 10 kişiyle yapabiliyorsa bu farklılık ham KSK içindeki işgücü maliyetleri kapsamında değerlendirilir.

Sağlık alanında ülkemizde uygulanan KÖİ modeli çerçevesinde bu tip bir maliyet söz konusu değildir. Sağlık Bakanlığının bütçe kaynaklarıyla yürüttüğü projelerde uygulanan muafiyetler KÖİ yöntemiyle yapılan yatırımlar için de geçerlidir.

### 4.2.3. Risklerin Tanımlanması ve Fiyatlandırılması

Her proje kendisine has çeşit ve düzeyde risk içerir. Risk kavramı, KSK çerçevesinde değerlendirildiğinde, ham KSK'de temel alınan projenin maliyetinin artması veya gelirlerin düşmesi olasılığını ifade eder. KSK'nin anlamlı bir harcama getirisi karşılaştırma aracı olabilmesi için nicel olarak ifade edilebilen tüm risklerin kapsanması ve bunların fiyatlandırılması gerekir.

KSK'nin hazırlanması sürecinde risklerin tanımlanması ve fiyatlandırılması risk paylaşımından bağımsız olarak yapılmalıdır. KSK'de bir riske verilen fiyat projenin kamu tarafından yapılması durumunda söz konusu riskin maliyetini ölçer. Bu aynı zamanda projenin KÖİ yöntemiyle yapılması durumunda riski özel sektör üstlendiğinde kamunun ödemek istediği fiyatı da ifade eder. Tüm maddi riskler tanımlanıp fiyatlandırıldıktan sonra devredilebilir veya devredilmeyen riskler olarak sınıflandırılır. KSK oluşturulurken, amortisman giderleri gerçek bir gider olmadığından riskler veya maliyetler içinde yer almaz.

Risklerin fiyatlandırılması için kullanılabilecek çeşitli kavramsal ve istatistiksel yöntemler bulunmaktadır. Riskler genel olarak şu yöntemlerden birisi kullanılarak KSK'ye dâhil edilebilirler:

- Projeye özgü risklerin nakit akımlarına eklenmesi.
- İndirgeme oranının her projenin kendine özgü risklerini içerecek şekilde ayarlanması.

Bu iki yöntem teorik olarak aynı sonucu vermekle birlikte literatürde risklerin nakit akımına eklenmesi yönteminin aşağıda belirtilen avantajlara sahip olduğu ifade edilmektedir:

- Risklerin ayrı bir nakit akımı kalemi olarak fiyatlandırılmasıyla, kamu, optimum risk paylaşımını etkileyen faktörleri daha iyi kavrayabilir.
- Nakit akımı yöntemiyle fiyatlandırmada her riskin zamanlaması daha gerçekçi bir şekilde hesaba katılır. Örneğin, inşaat riski projenin ilk yıllarında ortaya çıkarken hurda değere ilişkin riskler projenin sonunda ortaya çıkacaktır.
- Bir riskin değeri ve etkisi zamanla değişebilir.
- Nakit akımı yöntemi farklı projelerde tutarlı bir indirgeme oranı kullanıldığında şeffaflığı sağlar.

Risklerin fiyatlandırılma aşamaları aşağıda belirtilmektedir.

1. Projenin riskleri tanımlanır.

2. Her bir riskin sonucu sayısallaştırılarak ölçülür. Bu aşamada risklerin ne zaman ortaya çıkacağı da göz önünde tutulur ve yapılan varsayımlar gösterilir.
3. Her bir riskin gerçekleşme ihtimali tahmin edilir.
4. Risklerin fiyatı hesaplanır: her riskin değeri = sonuç x ihtimal

#### 4.2.3.1.Proje Risklerinin Tanımlanması

Süreçteki ilk adım tüm maddi risklerin kapsamlı bir şekilde tanımlanarak belgelendirilmesidir. Bu şekilde ortaya çıkacak arşiv, aynı zamanda gelecekte benzer projeler incelenirken kullanılabilecek bir veritabanı oluşturacaktır.

KÖİ projelerinde yer alan belli başlı riskler şunlardır:

- İnşaat riski: proje için gereken varlıkların inşasının belirlenen zamanda, bütçede veya özelliklerde tamamlanamaması riskidir.
- Talep riski: hizmetlere talebin planlanan düzeyin altında kalması riskidir.
- Tasarım riski: tasarımın beklenen çıktıları karşılayamaması riskidir.
- Finansal risk: projenin uygun olmayan bir finansal yapıya sahip olması riskidir.
- Mücbir sebep riski
- İşletme riski: projenin günlük işleyişi ile ilgili olup işletme maliyetlerinin beklenenden yüksek olmasını da içeren risklerdir.
- Performans riski: işletmecinin beklenen hizmet düzeyinde çalışamaması riskidir.
- Hukuki risk: proje ile ilgili mevcut mevzuatın değişmesi ve beklenmeyen sonuçların ortaya çıkması riskidir.
- Hurda değer riski: projenin süresi sonunda varlıklarının beklenen değerindeki sapma riskidir.
- Teknoloji riski: kullanılan teknolojinin proje süresinde beklenmedik şekilde geri kalması ve istenen çıktı düzeyine ulaşılamaması riskidir.

- Yenileme riski: varlıkların proje süresinde yenilenme ihtiyacıyla ilgili risklerdir.

Risklerin tanımlanması sürecinde daha önce uygulanmış benzer projelere ilişkin deneyimler, bu projelerle ilgili denetim raporları, risk matrisleri ve projeyi uygulayan kişilerin görüşleri önemli bilgi kaynaklarıdır. Bunun yanında uluslararası örneklerin incelenmesi, bu alanlardaki uzmanlara danışılması ve potansiyel yüklenicilerin görüşlerinden de faydalanılması uygun olacaktır.

Risklerin tanımlanması kapsamında niceliksel olarak ifade edilemeyen risklerin de tanımlanarak neden KSK'ye dâhil edilmediklerinin açıklanması risklerin fiyatlandırılamayan yönlerine dikkati çekecektir. Bu tip risklerin muhtemel etkileri niteliksel değerlendirme kısmında ele alınabilir.

#### 4.2.3.2.Risklerin Sonuçlarının Tanımlanması

Risklerin sonuçları, riskin gerçekleşmesi durumunda ham KSK'deki maliyetlerin veya gelirlerin beklenenden ne kadar sapacağını ölçer. Tüm maddi riskler tanımlandığında uygulayıcıların tüm bu risklerin sonuçlarını değerlendirerek bunları sayısallaştırması gerekir. Bunun yapılabilmesi için projenin tüm alanlarının eksiksiz olarak anlaşılması gerekmektedir.

Tüm maddi risklerin fiyatlandırılması için çaba gösterilmelidir. Buna rağmen bir kısım risklere esnek metotlarla yaklaşılması da gerekebilir. Gösterilen çabanın önemli kısmı daha önemli risklerin fiyatlandırılmasına yoğunlaşmalıdır (80/20 kuralı). Bir riskin fiyatlandırılması için veri yetersizse tahminler kullanılabilir. Ancak bir risk makul bir şekilde fiyatlandırılamıyorsa KSK'den çıkarıldığı belirtilerek niteliksel değerlendirmede ele alınmalıdır.

Her riskle ilgili nakit akımının zamanlamasının değerlendirilmesi, enflasyonun etkisi ve risklerin kendine özgü zaman/maliyet profilleri olacağından önemlidir. Örneğin, inşaat riski projenin ilk yıllarıyla sınırlıyken işletme, talep ve bakım riskleri projenin ömrü boyunca söz konusudur (Infrastructure Australia: 2008b:27-33).

#### 4.2.3.3.Risk Sonuçlarının Olasılıklarının Tahmin Edilmesi

Maddi riskler tanımlanıp muhtemel sonuçları değerlendirildikten sonra bu sonuçların ortaya çıkma olasılıklarını tahmin edilmesi gerekmektedir. Belli bir risk değerlendirilirken ihtimallerin zamanla değişip değişmeyeceği de göz önüne alınmalıdır.

Olasılıkların tahmin edilmesi için çeşitli risk değerlendirme yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemler olasılığın öznel bir şekilde tahmin edildiği basit teknikler olabileceği gibi belli bir güven aralığında ağırlıklandırılmış olasılıkların üretildiği ileri yöntemler de olabilir.

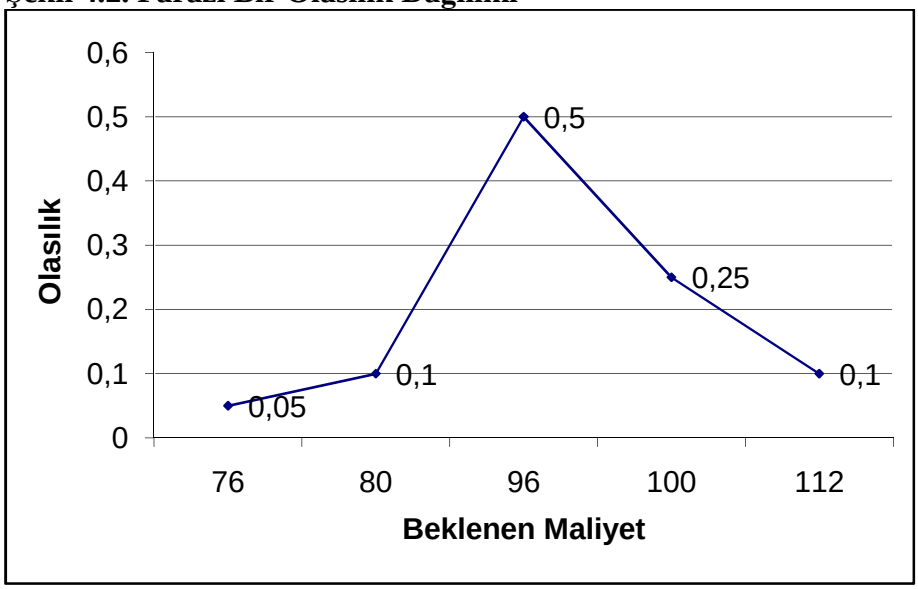
En basit risk değerlendirme yöntemi her riskin olasılığının öznel olarak tahmin edilmesidir. Öznel değerlendirmeler mümkünse güvenilir bilgilerle desteklenerek deneyimlere, mevcut iyi uygulama örneklerine ve gelecekteki muhtemel gelişmelere dayanılarak yapılmalıdır. Bu yöntemin avantajı kolaylıkla oluşturulması ve ileri istatistiksel yöntemlerden daha kolay açıklanabilmesidir.

Bu yöntemlerin diğer bir tanesi noktasal kestirim yaklaşımıdır. Bu yöntemde uygulayıcılar gerçekçi bir şekilde son maliyetlerin ham KSK'dekinden fazla veya düşük olma olasılığını değerlendirirler. Noktaların sayısı riskin ihtimaline erişilebilen bilgilere dayanmalıdır. Şekil 4.2'de farazi bir noktasal kestirim grafiği görülmektedir.

Özellikle KÖİ yönteminin yeni uygulanmaya başladığı alanlarda istenen kalitede ve miktarda veri bulmak zor olmaktadır. Deneysel kanıtlara erişilememesi veya eksik olması durumunda makul tahminler kullanılabilir. Bir riskin KSK'den çıkarılması yerine öznel tahminlerin yapılması tercih edilmelidir. Şeffaflığın sağlanabilmesi için olasılık tahminlerine zemin oluşturan varsayımlar proje dokümanlarında anlatılmalıdır.

Olasılık dağılımları oluşturulup çıktıların sunulması için istatistiksel yöntemler de kullanılabilir. Bu dağılımlar mesleki tecrübeyle birlikte geçmişe ilişkin bilgiler ve güvenilir varsayımlarla yapılır. Bu dağılımlar hesaplandığında belirlenen güven aralığı için gerçekçi olasılık tahminleri yapılabilir.

**Şekil 4.2. Farazi Bir Olasılık Dağılımı**




İstatistiksel risk ölçümlerinin sağlam ekonomik prensiplere dayanması, profesyonel tecrübeyi ve geçmişe ait bilgileri beraberce kullanması ve muhtemel çıktıların ayrıntılarıyla gösterilebilmesi gibi avantajları vardır. Diğer taraftan hesaplanmasının ve sunulmasının karmaşık olması ve önemli miktarda güvenilir veriye ihtiyaç duyulması gibi dezavantajları da mevcuttur. Bu dezavantajların etkisi, risk yönetimi konusunda deneyimli uzmanlarla çalışılıp güvenilir ve objektif tahminler yapılarak en aza indirilebilir.

Her riskin ve unsurlarının ayrı ayrı tahmin edilmesi yerine Monte Carlo simülasyonu gibi çok değişkenli analizler ve simülasyonlarla tek bir risk değeri hesaplanması da mümkündür. Bu teknikler genellikle bilgisayar yardımıyla oluşturulan simülasyon programlarının kullanılmasını gerektirir. Monte Carlo simülasyonu yönteminde her bir riskin varsayılan veya mevcut dağılımları temel alınarak toplam riskler veya risklerin belli bir kısmı için yapay bir olasılık dağılımı oluşturulur. Bu şekilde bir simülasyon yöntemi uygulanması, çeşitli risk değişkenlerinin eşzamanlı etkileşimleri göz önüne alınarak muhtemel çıktı aralığının belirlenebilmesine olanak sağlar. Ancak, dikkatin her bir riskin spesifik olarak değerlendirilmesinden uzaklaşmasına da yol açabilecektir.

En uygun risk değerlendirme yönteminin hangisi olduğuna karar verilirken şu unsurlara dikkat edilmesi önerilmektedir:

- Riskin önemi – eğer söz konusu riskin proje üzerinde ciddi bir etkisi olması bekleniyorsa ileri olasılık tekniklerinin kullanılması, değilse, basit yöntemlerin tercih edilmesi,
- Projenin büyüklüğü ve karmaşıklığı – projenin karmaşıklığı ve maddi olarak büyüklüğü arttıkça ileri tekniklerin kullanılması,
- Fayda maliyet – ileri yöntemleri kullanmanın maliyeti riskin potansiyel değeri göz önüne alınarak değerlendirilmelidir,
- KSK'ye yakın teklifler – eğer tekliflerin NBM'si KSK'ye yakınsa daha karmaşık değerleme yöntemleri tekliflerin değerlendirme sürecinde daha net bir sıralama yapılabilmesine olanak sağlar.

#### 4.2.3.4.Risk Değerlerinin Hesaplanması

Risklerin değeri sonuçları ve olasılıkları hesaplandıktan sonra ağırlıklandırılarak şu şekilde bulunur:

$$Risk\ Değeri = \sum_{i=1}^{n} (sonuç_i \times gerçekleşme\ olasılığı_i)$$

Her risk için genellikle birden fazla sonuç ortaya çıkacağı için riskin değeri sonuçların olasılıklarıyla ağırlıklandırılarak toplanması yoluyla bulunur. Bu işlem tüm riskler için ayrı ayrı uygulandıktan sonra riskler devredilebilir ve devredilmeyen riskler olarak sınıflandırılır.

Tüm bunların yanı sıra eğer bir risk ticari olarak sigortalanabiliyorsa bu riskin değeri ödenen sigorta primleri kullanılarak da tahmin edilebilir. Bu gibi bir durumda kamu söz konusu riski daha düşük bir maliyetle yönetemeyeceğinden emin olmalıdır.

#### 4.2.3.5.Risk Değerlemesi ve KSK'nin Karmaşıklığı

Sayısal olarak ifade edilebilen tüm riskler KSK'ye dâhil edilmelidir. Bir riskin hesaplanması için harcanan zaman ve kaynak miktarı o riskin tüm KSK içindeki yerine ve önemine bağlıdır. Riskin hesaplanmasındaki detayların ve değişkenlerin düzeyi her proje için ayrı ayrı belirlenmelidir. Ortaya çıkma ihtimali düşük olsa da hesaplamalara dâhil edilen bazı riskler de mevcuttur. Bunlar finansal

etkileri büyük olan, binanın çökmesi gibi risklerdir. Maddileştirilemediğinden KSK'ye dâhil edilmeyen riskler doğruluğun ve tutarlılığın sağlanabilmesi için proje dokümanlarında anlatılmalıdır.

Değerleme süreci benzer etkileri olan riskler gruplandırılarak daha da basitleştirilebilir. Böyle bir uygulama özellikle; riskler tek başınayken maddileştirilemeyip beraber ele alındıklarında hesaplanabiliyorsa, aynı faktörlerden etkileniyorlarsa ve riskler arasında ciddi bir etkileşim varsa faydalı olabilir. Bu uygulama yapılırken risklerin mükerrer olarak sayılmamasına dikkat edilmelidir ve niçin risklerin gruplandırıldığı izah edilmelidir.

#### 4.2.3.6.Duyarlılık Analizleri

Duyarlılık analizleri; varsayımlarda, risk bileşenlerinde, önemli nakit akımı kalemlerinde ve işletmeye ilişkin tahminlerde ortaya çıkabilecek değişikliklerin nasıl etkilere yol açacağını göstermesi açısından önemli araçlardır. Duyarlılık analizleri hem tekliflerin birbirleriyle hem de KSK ile karşılaştırılmasında kullanılabilir. Tekliflerin birbirleriyle karşılaştırılmasıyla nihai kararı etkileyebilecek farklı değerlendirmelere ulaşılabilir. Diğer bir deyişle en düşük maliyetli görünen teklifin bazı varsayımlara duyarlılığının çok yüksek olması projenin hayat boyu maliyetlerinin beklenenden çok daha fazla olabileceği anlamına gelebilir.

Duyarlılık analizleri belli bir varsayımı değiştirerek yapılabileceği gibi birkaç tane varsayım aynı anda değiştirilerek de yapılabilir. Değişkenler arasında etkileşim olması durumunda bunlar analize aynı anda sokularak daha gerçekçi sonuçlara ulaşılabilir. Genel bir kural olarak yapılan duyarlılık analizlerinin miktarı önemli değişkenlerin miktarı, KSK'nin karmaşıklığı ve KSK'nin en düşük teklife olan yakınlığına göre değişir. Duyarlılık analizlerine katılan değişkenler tipik olarak şunlardır:

- Projenin süresi (hem inşaat hem de işletme süresi);
- Enflasyon oranı;
- İnşaat maliyetleri;
- Hizmetlere olan talep;

- Toplam işletme maliyeti;
- Üçüncü tarafların gelirleri;
- Hurda değer.

### 4.2.4. Devredilebilir Riskin Hesaplanması

Tüm riskler tanımlanıp değerlendirildikten sonra her bir risk “devredilebilir” veya “devredilmeyen” riskler olarak sınıflandırılır. Bir riskin özel sektöre devredilmesi kararı özel sektörün söz konusu riski en iyi şekilde ve en az maliyetle yönetebilecek taraf olup olmamasına bağlıdır. Özel sektöre devredilecek risklerin cinslerine ve miktarlarına her proje için ayrı ayrı karar verilmelidir. KSK içerisindeki devredilebilir risklerin toplam tutarı geleneksel kamu yatırımı yönteminde kamunun söz konusu riskler için ödemeyi beklediği miktarı yansıtır.

Riskin en az maliyetle, en iyi şekilde yönetecek tarafça üstlenilmesi prensibi maksimum düzeyde riskin özel sektöre devredilmesinden ziyade optimum düzeyde riskin devredilmesi anlamına gelmektedir. Bu konuda verilecek kararlarda tarafların riskin ortaya çıkma ihtimalini en düşük düzeyde tutma ve risk gerçekleşirse sonuçlarını en az maliyetle karşılayabilme kabiliyetleri değerlendirilir.

KÖİ projelerinde risk tahsisine her proje için ayrı ayrı karar verilir. Bu kapsamda şu gibi faktörler önüne alınır:

- Projenin doğası
- Tarafların göreceli üstünlükleri ve riski yönetme kabiliyetleri (tarafların riski azaltma kabiliyetleri zamanla gelişeceğinden bu üstünlük de değişebilir)
- Daha önce devredilen risklerin miktarı (tarafların riski üstlenmede geçmişte ulaştığı sonuçları ve gelecek için potansiyelini gösterir)
- Piyasadaki genel eğilimler
- Kamu yararına ilişkin faktörler

Riskin optimal düzeyde paylaşımının harcama getirisi üzerinde son derece önemli faydaları vardır. İngiltere’deki çeşitli sektörlerden proje yöneticilerine

yönelik olarak yapılan bir anketin sonuçlarına göre risk paylaşımı, harcama getirisi sağlayan en büyük unsur olarak nitelenmiştir. Arthur Andersen ve Enterprise LSE'nin hazırladığı rapora göre KÖİ yönteminde geleneksel yöntemlere göre maliyetler ortalama yüzde 17 düşmektedir ve söz konusu oranın yüzde 60'ının etkin risk transferinin sonucudur. (Arthur Andersen and Enterprise LSE, 2000:11)

#### 4.2.5. Devredilmeyen Riskin Hesaplanması

Devredilmeyen risklerin boyutu projenin doğasını ve proje kapsamında belirlenen çıktı düzeyini yansıtır. Kamunun hizmetin ana unsurlarının sunumunu üstlendiği durumda bunlar projenin bir bileşeni olmayacağından risk hesabına dâhil edilmez. Örneğin bir KÖİ yöntemiyle yapılan bir okul projesinde kamu söz konusu tesise öğretmen sağlama ve müfredat hazırlama sorumluluğunu devam ettirdiğinden bu tip riskler devredilmeyen risk kapsamında değerlendirilmez.

Hem devredilebilir hem de devredilmeyen riskler aynı bakış açısıyla (riski kamunun üstlenmesi halindeki maliyet) hesaplanmalarına rağmen KSK'de farklı bileşenler olarak yer alırlar. Bunun, devredilmeyen risklerin maliyetlerinin özel sektör tekliflerine eklenerek tekliflerin kamuya gerçek maliyetine ulaşılabilmesi ve devredilebilir ve devredilmeyen risklerin birbirinden net bir şekilde ayrılarak risk paylaşımının etkilerine odaklanılmasının sağlanması olmak üzere iki ana sebebi vardır.

Devredilmeyen riskler de devredilebilir riskler gibi her proje için ayrı ayrı belirlenmesinin yanında tipik olarak şunları içerirler:

- Mevzuat değişikliği riskleri.
- Kamunun çıktıları belirlerken yaptığı hatalar sebebiyle ortaya çıkan eksikliklere ilişkin riskler.
- Kamunun çıktıları belirlerken varsaydığı talebe ilişkin riskler.

Kamu mevzuatın tek düzenleyicisi olduğundan değişikliklere ilişkin risklerin yönetilmesi için en uygun taraftır. Bu riskin değerlendirilebilmesi için öncelikle projeyi etkileyebilecek mevzuat gözden geçirilerek değişikliklerin projeye muhtemel etkileri ortaya konmalıdır.

Kamunun talep riskinin belli bir bölümünü üstlendiği durumda toplumun veya kamunun belirlenen kullanım düzeyi muhafazakâr tahminlerle mümkün olduğunca düşük tutulmalıdır. Bu şekilde kamunun üstlendiği talep riskinin maliyeti oldukça düşük veya önemsiz olacaktır.

Devredilebilir risklerde olduğu gibi tüm devredilmeyen riskler tanımlanıp büyüklükleri ve ilgili nakit akımları belirlendikten sonra bunlar toplanarak net bugünkü maliyete eklenirler.

Projenin maliyetini kapsamlı bir şekilde görebilmek için devredilmeyen risklerin tamamı değerlendirilmeli ve KSK kapsamına dâhil edilmelidir. Herhangi bir riskin nicel olarak ifade edilmesinin imkânsız veya çok zor olması durumunda niteliksel değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir.

### 4.3. Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı ve Harcama Getirisi Değerlendirmesi

KSK, KÖİ sürecinde ve ihaleye yapılan tekliflerin niceliksel olarak değerlendirilmesinde ve karşılaştırılmasında kilit rol oynayan bir yönetimsel araçtır. İsteklilerin hazırlamış oldukları teklifler öncelikle proje ilanında yer alan çıktılara uygunlukları açısından değerlendirilirken daha sonra KSK ile karşılılaştırılırlar.

Teklifler öncelikle proje özetinde veya ilanında yer alan risk paylaşımına uygun olup olmadıklarına göre karşılaştırılırlar. Mevzuatın elverdiği ölçüde bazı teklifler proje ilanında öngörülmeyen riskleri de üstlenecek şekilde oluşturulmuş olabilir. Böyle bir durumda proje tekliflerinde kamunun üstleneceği riskler farklı olacağından NBM’ler de farklı olacaktır. Bu konunun daha iyi anlaşılabilmesi için bir hastane için oluşturulmuş olan Tablo 4.1’de yer alan örnek üzerinden giderek bir değerlendirme yapmaya çalışalım. Ancak bu şekilde bir değerlendirme yapılmadan önce tekliflerin birbiriyle karşılaştırılabilir hale getirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu kapsamda gerekiyorsa tekliflerde yapılan talep, işletme, kullanım gibi tahminler KSK’dekiyle uyumlu hale getirilmelidir.

**Tablo 4.1. Uygun ve Uygun Olmayan Teklifler**

| (Milyon TL) | Uygun Teklifler | | | | Uygun Olmayan Teklifler | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| İstekliler | KSK | A | B | C | D | E | F |
| Ham maliyet | 60 | | | | | | |
| **Devredilebilir Riskler** | | | | | | | |
| Tasarım ve İnşaat | 20 | | | | | | |
| İşletme | 10 | | | | | | |
| Bakım | 7 | | | | | | |
| **Alt Toplam** | 97 | 80 | 93 | 90 | 78 | 93 | 87 |
| **Devredilmeyen Riskler** | | | | | | | |
| Bakım | | | | | 7 | | |
| Çevresel | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | Devredilen |
| Teknoloji | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | Devredilen | 10 |
| **Toplam NBM** | **112** | **95** | **108** | **105** | **100** | **98** | **97** |

Tablo 4.1'de KSK'nin yanı sıra proje ilanıyla uyumlu 3 adet ve proje ilanından farklı risk tahsisi öngören 3 adet olmak üzere 6 adet teklif yer almaktadır. Bu örnekte sadece proje ilanıyla aynı şekilde oluşturulmuş olan A, B ve C teklifleri değerlendirmeye alınırsa KSK'de 37 milyon TL olarak öngörülen devredilebilir risklerle birlikte en düşük teklif olan 80 milyon TL ile A teklifi en düşük maliyetli teklif olarak görülmektedir. Devredilmeyen risklerle birlikte bu teklifin kamuya maliyeti 95 milyon TL olarak gerçekleşecektir. KSK'nin 112 milyon TL olarak öngörülen maliyetiyle karşılaştırıldığında ve nitel değerlendirmeler göz ardı edildiğinde A teklifi uygun olarak nitelendirilebilir.

Uygun teklifler her zaman kamu için en iyi sonuçları doğuramayabileceğinden uygun olmayan teklifler de değerlendirilmelidir. Ancak uygun olmayan tekliflerin değerlendirilebilmesi için teklif çağrısında isteklilerin alternatif çözümler üretebileceğine ilişkin hükümler de yer almalıdır. Bu şekilde tüm isteklilere alternatif çözüm üretme fırsatı tanınmış olur.

Örnekte de görüldüğü gibi uygun olmayan tekliflerin de karşılaştırılabilmesi için tüm teklifler standart bir formatta sunulmalıdır.

Örnekteki D teklifi tasarım, inşaat işletme risklerini üstlenirken KSK'de 7 milyon TL olarak fiyatlandırılmış olan bakım riskini kamu üzerinde bırakmayı teklif etmiştir.

E teklifi tasarım, inşaat işletme risklerini üstlenirken KSK'de 10 milyon TL olarak fiyatlandırılmış olan teknoloji riskini de üstlenmeyi teklif etmiştir.

F teklifi tasarım, inşaat işletme risklerini üstlenirken KSK'de 5 milyon TL olarak fiyatlandırılmış olan çevresel riskleri de üstlenmeyi teklif etmiştir.

Tüm teklifler birlikte değerlendirildiğinde ve nitel değerlendirme yapılmadan A teklifi halen en iyi teklif olarak görülmektedir. Ancak uygun olmayan teklifler de varyansı yüksek teklifleri üstlenmeyi öngörüyorsa ele alınmaya değer durumdadır. Özellikle teknoloji riskinin ve çevresel risklerin devrinin söz konusu olduğu E ve F tekliflerinin değerlendirmeye alınması ve bu risklerin varyanslarının karşılaştırılması yerinde olacaktır.

Tekliflerin KSK ile karşılaştırılmasıyla harcama getirisi konusunda nicel sonuçlar elde edilebilir. Ancak tam bir harcama getirisi değerlendirmesi nicel değerlendirmelerin yanı sıra nitel faktörlerin de ele alınmasını gerektirir. Bu yüzden en iyi çıktıyı tanımlamak için esnek bir değerlendirme süreci gerekir. Böylece tekliflerde açıkça değerlendirilmemiş –sayısal olarak bir değer almamış– olan nitel faktörler de ele alınmış olur. Nitel değerlendirmede ele alınabilecek olan faktörler genel olarak şunlardır:

- Proje içinde nicel olarak değerlendirilememiş olan hammadde maliyetleri.
- İsteklinin (konsorsiyum tarafları ve finansörlerin) kimliği, kredi yeterliliği ve kanıtlanmış itibarı. Bu hususlar isteklinin işi belirlenen fiyatta yapabilme kabiliyeti konusunda fikir verebilir.
- Sunulabilecek hizmetlerden değerlenememiş ve düzenlenememiş olanlar (örnekteki tekliflere bakılabilir).
- İdarenin daha yüksek kamu yararı gördüğü öncelikler. Örneğin bazı hizmet altyapısının daha erken sunulabilmesi bu kapsamda ele alınabilir.
- KSK'de kullanılan verilerin ve varsayımların netliği ve kapsamlılığı.

Nitel faktörler özellikle en düşük değerli tekliflerin KSK'ye yakın olması ve önemli olduğu düşünülen hususların KSK'de sayısal olarak ifade edilemediği durumlarda önem kazanır.

Nitel faktörlerin de içerildiği harcama getirisi sonuçlarında sürecin detaylı bir şekilde anlatıldığı belgeler de yer almalıdır. Bu amaçla ihale komisyonu sürecin erken dönemlerinde göz önüne alınacak olan nitel faktörlerin neler olacağını belirlemelidirler. Bu kapsamda nitel faktörlerin belirlenmesi, KSK'de sayısal olarak ifade edilemeyen maliyetlerle göz önünde bulundurularak, KSK ile birlikte yapılabilir.

### 4.4. Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı ve Rekabet

KSK kullanılması rekabetin eksik olduğu pazarlarda kamu için faydalı bir araç olabilir. İdeal bir rekabetçi pazarda çok sayıda alıcı ve satıcı bulunur. Ancak KÖİ'ler genellikle kısıtlı sayıda alıcı ve kısıtlı sayıda satıcının bulunduğu hatta az sayıda projenin işleme konu olduğu bir ortamda kullanılır. Daha önce de değinildiği gibi rekabet ortamının aksaması halinde KÖİ yönteminin kamu projesine göre daha yüksek harcama getirisi sağlaması ihtimali zayıflar. Az sayıda isteklinin bulunduğu böyle bir durumda, KSK, ihale sürecindeki rekabet eksikliğinin harcama getirisini düşürüp düşürmediğinin değerlendirilmesi için bir araç olabilir (OECD, 2008:53).

Sadece bir alıcı ve az sayıda projenin söz konusu olduğu bir sektörde KÖİ yönteminin kullanılması durumunda, ölçek kavramının proje sayısına bağlı olduğu varsayılırsa ölçeğe göre getiri sağlanabilmesi mümkün olmayabilir. KÖİ yönteminde sözleşmelerin imzalanmasına kadar ortaya çıkan maliyetler çoğunlukla diğer yöntemlerdeki maliyetlerden daha yüksektir. Bu durum potansiyel teklif sahiplerinin fırsat maliyetlerini de göz önünde bulundurarak ihaleye girmemelerine dolayısıyla da rekabet ortamının zedelenmesine yol açabilir. Zitron (2006:60) İngiltere'deki KÖİ ihalelerine sadece ortalama üç isteklinin katılmasının ve tüm sözleşmelerin dörtte birinde bu sayının daha da düşük olmasının sebebi olarak bu duruma dikkat çekmektedir.

Az sayıda potansiyel teklif sahibinin olması sözleşmelerdeki rekabet etkisini kısıtlayabilmektedir. Bu etki eğer belli bir alanda ihalelerin hepsine aynı firmalar

teklifte bulunuyorsa daha da önemlidir. İhale devamlı olarak aynı firmalar arasında geçiyorsa firmalar oligopolistik bir davranış içine girebilirler. Sonuçta da söz konusu hizmetin pazarı alıcının monopson, satıcıların ise oligopol olduğu bir yapıya bürünebilir. Böyle bir yapıda da harcama getirisinin birinci öncelik olmaması durumunun ortaya çıkması muhtemel olduğundan KSK'nin önemi daha da belirginleşir (OECD, 2008:53). KSK'nin kullanılması harcama getirisinin ana girdisi olan rekabetin yerini tutamaz ancak pazardaki oligopol yapının harcama getirisine ulaşma amacından sapmasını engelleyebilir.

Diğer taraftan daha alt düzey idari birimlerde daha geniş pazarların oluşması söz konusu olabileceğinden rekabetçi piyasaya daha yakın bir ortam oluşabilir. Örneğin yerel yönetimlerin içme suyu tedarikinde KÖİ yöntemlerini kullanması durumunda hem alıcı sayısı hem de satıcı sayısı çok miktarda olabilir. Böyle bir durumda çok sayıda olan satıcılar birçok ihaleye katılma fırsatı elde ederler. Eğer ihalelerde standart sözleşmeler kullanılıyorsa, hatta hizmetin sunumu için inşası gereken yapılar da önemli oranda benzer ise, sözleşme maliyetleri de düşük olur ve ihalelerdeki istekli sayıları olumlu bir şekilde yüksek olabilir. Zira bir ihaleyi kazanamayan istekli bir sonraki ihaleye de katılabileceğinin bilincindedir. Bu şekilde rekabetin artması sonucu harcama getirisi elde edilmesi ihtimalini kuvvetlendirir. Burada dikkat edilmesi gereken husus ihalelerin belli bir grup tarafından takip edilip oligopol bir satıcı ortamına dönüşmesidir. Zamanla uygulamaya geçen birçok sözleşmenin ve iyi uygulamaların karşılaştırmada kullanılabileceği bir veri tabanı oluşabilecektir. Rekabet düzeyinin artmasıyla kamu sektörü karşılaştırmasına olan ihtiyacın azalması ise ancak geçmişteki verilerle iyi uygulamaların karşılaştırılabilir hale gelmesiyle mümkün olabilir. Ancak halen KÖİ yöntemlerinin uygulandığı ülkelerde sözleşme sayıları bu karşılaştırmaların yapılabilmesine olanak sağlayacak düzeye ulaşmamıştır.

### 4.5. İhale Sürecinde Kamu Sektörü Karşılaştırıcısının Açıklanması

KÖİ yöntemin harcama getirisi sağlayabilmesinde en önemli araçlardan birisi ihale sürecinde etkin bir rekabetin sağlanmasıdır. KSK'nin bu süreçte ulaşılabilir olması ilgili hizmetin bulunduğu pazarın derinliği, pazardaki tecrübeye bağlantılı

olarak rekabetin artmasına veya azalmasına yol açabilir. KSK'nin açıklanmasından şu faydalar beklenir:

- İdarenin beklentilerine odaklanılması sağlanır. İstekliler projelerinin idarenin projesiyle ne kadar uyumlu olduğunu kontrol edebilirler.
- İstekliler bilgilendirilerek daha yenilikçi tasarımlar yapmaları konusunda cesaretlendirilebilirler.
- Sistem içinde özel sektörün güveni ve idarenin ihtiyaçlarını anlaması güçlendirilir. Bu da sürecin daha rekabetçi olmasına ve tekliflerin daha iyi fiyatlandırılmasına yardım eder.

KSK'nin ihale sürecinde açıklanmasıyla ilgili genel prensipler açıklık, şeffaflık ve rekabetçi bir ihale sürecine yardımcı olacak zamanda açıklanmasıdır. Aksi takdirde KSK'nin açıklanması idarenin müzakere pozisyonunu zayıflatır.

KSK'nin açıklanması hususu her bir proje için ayrı ayrı ele alınmalı ve proje özeti gibi dokümanlarda bu husus belirtilmelidir. Bilginin açıklanmasına karar verildiğinde ilgili tüm taraflara açıklanan bilgiye eşit erişim imkânı sağlanmalı ve belli bir isteklinin özellikle talep ettiği bir bilgiye yer verilmemelidir. Tablo 4.2'de açıklanacak bilgi düzeyiyle ilgili genel senaryolar sunulmaktadır.

**Tablo 4.2. Pazar Özelliklerinin Açıklanacak Bilgi Düzeyine Etkisi**

| Pazar Özellikleri | Açıklama Düzeyi | Sebep |
|---|---|---|
| Düşük endüstri bilgisi ve tecrübesi | Yüksek düzeyde | Yapılacak açıklamalarla pazarın bilgilendirilmesi sağlanabilir |
| Yüksek endüstri bilgisi ve düşük rekabet düzeyi | Kısıtlı düzeyde | KSK maliyetleri açıklanırsa rekabet ve/veya yenilikçilik zayıflayabilir |
| Yüksek endüstri bilgisi ve yüksek rekabet düzeyi | Yüksek düzeyde | İsteklilerin katılımı ve yenilikçilikleri teşvik edilir |

Kaynak: Partnerships Victoria 2001:68

Açıklanacak bilginin çeşidi ve hangi detayda olacağı proje bazında ve sorumluluk ihale komisyonunda (sonuç olarak ilgili Bakanlıkta) olacak şekilde karar verilir. Dünyada uygulanan örneklere baktığımızda genellikle toplam KSK değerinin (nakit akımı veya NBM olarak) açıklanmadığını ve gizli tutulduğunu görmekteyiz. Açıklama yapılmasına dair bir karar verildiğinde bunun ham KSK'den ve

yüklenicinin muaf olacağı bazı giderlerden (vergi muafiyetleri gibi) oluştuğu görülmektedir. Bu bilgiler istekliler için önemli bir başlangıç noktası oluşturmakla beraber özellikle risk paylaşımı değerlendirme sürecinin önemli bir bileşeni olduğundan rekabeti azaltan bir unsur olmazlar. Dolayısıyla devredilen ve devredilmeyen risklerin değerlerinin açıklanmaması gerekir.

Yapılan açıklamaların ana amacı idarenin belirlediği çıktılarla isteklilerin hazırladığı projeler arasında mühim farkların olmaması ve isteklilere idarenin KSK'yi tam olarak maliyetlendirdiğinin gösterilmesidir. Bu yüzden KSK'nin unsurları ihale sürecinde mümkün olduğunca erken açıklanmalıdır.

### 4.6. Kullanılacak İndirgeme Oranı

İndirgenmiş nakit akımları analizi KSK hesabının temelini oluşturur. Bu kapsamda belli bir başlangıç tarihi için beklenen nakit akımları indirgenerek tek bir NBM değerine ulaşılır. Bu sayede proje için yapılan tekliflerle KSK arasında tek bir maliyet bazında karşılaştırma yapılabilir.

İndirgenmiş nakit akımı analizi, bir projenin maliyetinin, gelecekteki maliyetlere ilişkin nakit akımlarının net bugünkü değerine eşit olduğu önermesine dayanır. Bu kapsamda belirlenen süre için beklenen tüm nakit akımları tahmin edilir ve paranın zaman değeri ve projenin sistematik riskleri dikkate alınarak belli bir zamana çekilir. Proje süresi boyunca indirgenmiş nakit akımlarının toplamı NBM'yi verir. NBM ifadesi kolaylıkla açıklanabilir ve tekliflerin NBM'leriyle parasal olarak karşılaştırılabilir bir ifadedir.

İndirgenmiş nakit akımı analizi için şu bilgilere ihtiyaç vardır:

- Maliyet bileşenlerini yansıtacak şekilde (Ham KSK, devredilmeyen ve devredilen riskler ve rekabette tarafsızlık) proje süresince gerçekleşecek nakit akımı tahminleri.
- Bu dönem için beklenen enflasyon değerleri.
- İndirgeme oranı.

İndirgeme oranı kamu için paranın zaman değeri ve projedeki sistematik riskini içerir. Bilindiği gibi sistematik risk; ekonomik, politik ve sosyal durum ve

benzeri çevresel faktörlerin değişkenliğinden kaynaklanıp, bütün şirketleri ve projeleri aynı yönde fakat değişik derecede etkileyen risklerdir. Sistematik risk teorik olarak projeden projeye değişse de kamu yatırımlarının değerlendirilmesi sürecinde ortak bir oran veya bir sektör için ortak bir oran kullanılır.

Sistematik olmayan ve projeye özgü riskler ise sistematik riskler gibi indirgeme oranında bir prim olarak yer almaz. KSK hesaplamalarında bu risklerin nakit akımı olarak ifade edilmesi tavsiye edilmektedir. Bu yaklaşım her riskin değerine ayrı ayrı dikkat çektiği için daha sağlıklıdır. Her bir riskin beklenen nakit akımlarında ayrı ayrı değerlenerek gösterilmesi kamunun dikkatini bu risklerin özel sektörle etkin bir şekilde paylaşılmasına çekmeye yardımcı olur (Infrastructure Australia, 2008b:16).

KÖİ projelerinde hangi indirgeme oranının kullanılması gerektiği sorusu bu alanda önemli tartışmaların yapıldığı ve farklı yaklaşımların benimsediği bir konudur. Aynı zamanda bu konudaki yaklaşımların son yıllarda gözden geçirilerek bazı ülkelerde politikanın değiştirildiği bir alandır (Grimsey and Lewis, 2004:138-139).

Örneğin İngiltere'de kamu sektöründeki tüm projeler için sabit bir indirgeme oranının kullanılması yaklaşımı benimsenmiş ve bu oran yüzde 6 olarak kullanılmıştır. Bu oran İngiltere için yüksek olmakla birlikte kamunun yaptığı harcamaların bir fırsat maliyetinin olması sebebiyle tercih edilmiştir. KÖİ ile yapılan bir yatırımın ödemeleri diğer yöntemlere harcanabilecek miktarın fırsat maliyetiyle indirgenmiştir. Özel sektörün yatırım yapmasının düşük riskli maliyeti olan yüzde 6 oranının kullanılması yaklaşımı 2003 yılında revize edilmiştir. 2003 yılında toplumun zaman tercihi (toplum için paranın saf zaman değeri) olarak hesaplanan yüzde 3,5 oranı tüm KÖİ projeleri için kullanılmaya başlanmıştır.

İndirgeme oranındaki bu politika değişikliği, riskin, sermaye üzerinde bir risk primi olarak yansıtılmasından ziyade bugünkü değer olarak hesaplanarak yatırım maliyetine eklenmesinden dolayı yapılmıştır. Yani, farklı yöntemler arasında bir tercih yapılırken proje yöneticileri tüm alternatifler için risklerin beklenen değerini

hesaplayıp bu alternatiflerin nakit akışları yüzde 3,5 oranıyla iskonto edilerek bugüne çekilir. (HM Treasury, 2003b:)

Avustralya'nın Victoria Eyaletindeki merkezi KÖİ birimi olan Partnerships Victoria da 2001 yılında tüm projeler için yüzde 6 oranını kullanırken 2003 yılında değişikliğe gitmiştir. Ancak bu değişiklik İngiltere'dekinin tersi yönde olmuştur. 2001 yılındaki rehberlerde tüm kamu projeleri için sabit bir iskonto oranı kullanılması kabul edilirken 2003 yılında yayınlanan rehberde iskonto oranının proje riskini yansıtan ve her proje için ayrı ayrı hesaplanan bir oran olmasını tavsiye etmiştir. (Partnerships Victoria, 2003:16)

Bu iki yaklaşım birbirinin tersi gibi görünse de aslında aynı teorik prensiplerin üzerine kurulmuştur. Yani bu iki yaklaşım riskli bir nakit akımının değerlemesinde kullanılabilecek iki farklı yöntemi ifade eder. Bu yöntemler finansal olarak şu şekilde gösterilebilir:

1. Yöntem: Riskli nakit akımları riske ayarlanmış (r), dolayısıyla risksiz faiz oranından ($r_f$) büyük olan, bir indirgeme oranıyla iskonto edilir.
2. Yöntem: Eşdeğer nakit akımları (ENA) bulunarak bunlar risksiz faiz oranıyla indirgenir. Eşdeğer nakit akımlarının bulunmasında "riskli nakit akımı olan $C_1$'den vazgeçmek için en az ne kadarlık bir ödeme kabul edilir?" sorusuna cevap verilir. Bu sorunun cevabı $C_1$'in ENA'sı olur.

Bu şekilde bugünkü değerin (BD) iki özdeş gösterimine ulaşılabilir (Brealey and Myers, 2003:339-340):

$$BD = \frac{C_1}{1+r} = \frac{ENA}{1+r_f}$$

# 5. FARAZİ BİR HASTANE İÇİN KAMU SEKTÖRÜ KARŞILAŞTIRICISININ OLUŞTURULMASI

Bu bölümde üçüncü bölümde anlatılan KSK kavramı ve bileşenleri kapsamında ülkemiz için 400 yataklı bir genel hastanenin KSK'si hesaplanmaya çalışılacaktır. Hastane büyüklüğü olarak 400 yatak, büyük hastane niteliğinde mevcut sağlık sektörü yatırımları kapsamında sıkça yapılan bir büyüklük olmasından dolayı seçilmiştir. Sağlık Bakanlığının uyguladığı özellikle 200'den büyük yatağa sahip hastaneler için yatak başına 150 – 200 $m^2$ inşaat büyüklüğü temel alınarak farazi hastanenin 70.000 $m^2$ büyüklüğünde olduğu kabul edilmiştir.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek 7. Maddesi kapsamında yapılması öngörülen bu hastanede özel sektör ortağının inşaat, tefrişat ve donanım yatırımlarıyla birlikte yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerini de sunacağı varsayılmıştır. Hesaplamalara temel teşkil eden veriler Sağlık Bakanlığının ve üniversitelerin mevcut hastaneleri ile halen devam eden yatırımlarından elde edilmiştir.

İşletme maliyetleri ve riskleri değerlendirilirken Sağlık Bakanlığının 200 yataktan büyük hastanelerinin (144 adet) 2008 yılı döner sermaye verileri kullanılmıştır (söz konusu veriler Ek 1'de yer almaktadır). Farazi projede yatak büyüklüğü olarak 400 seçilmekle birlikte, 200 yataktan büyük hastanelerin içerdikleri birimler ve verilen hizmetler açısından büyük hastane olarak değerlendirilmesi sebebiyle bu hastanelerin verileri yapılan hesaplamalarda kullanılmıştır. İşletmeye ilişkin değerler hesaplanırken bu hastanelerin yatak başına giderleri esas alınmıştır. Yatak başına giderler bulunduktan sonra varsa uç değerler çıkarılarak en küçük ve en büyük değerler arasında beş eşit bölüm oluşturulmuş ve giderlerin bu aralıklarda olma ihtimalleri hesaplanmıştır.

İndirgeme oranı olarak ilk 10 yıl için Hazinenin 10 yıllık borçlanma faizi olan yüzde 13 oranı sonraki yıllar için ise yüzde 8 oranı kullanılmıştır. Tüm hesaplamalara katma değer vergisi (KDV) dâhil edilmiştir.

Dördüncü bölümde KSK'nin bileşenleri arasında rekabette tarafsızlık bileşeni anlatılmış olmakla beraber ülkemizde sağlık sektöründeki KÖİ uygulamalarında bu

bileşenin hesaplanmasını gerektirecek bir uygulama bulunmamaktadır. Diğer bir ifadeyle sağlık sektöründeki KÖİ projeleri kamu projeleriyle aynı şartlara sahip olduğundan hesaplamalarda rekabette tarafsızlık bileşenine yer verilmemiştir.

## 5.1. Ham KSK

Ham KSK'nin oluşturulmasında doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve üçüncü kişilerden elde edilen gelirler ele alınacaktır.

### 5.1.1. Doğrudan Maliyetler

#### 5.1.1.1.Doğrudan Yatırım Maliyetleri

Doğrudan yatırım maliyetleri kapsamında tasarım, arazi, inşaat, tıbbi cihaz ve tefrişat giderleri dikkate alınacaktır. Bayındırlık ve İskân Bakanlığı tarafından yayınlanan yapı yaklaşık birim fiyatları ve mevcut projelerin verileri esas alınarak belirlenmiştir. Bayındırlık ve İskân Bakanlığının 2008, 2009 ve 2010 yılı 150 yataktan büyük hastaneler için birim m2 maliyetleri KDV dâhil edildiğinde sırasıyla 1.379, 1.509, 1.350 TL'dir. Bununla birlikte yatırım programında yer alan projeler değerlendirildiğinde m2 maliyeti ortalama 1.530 TL'dir. Sağlık Bakanlığından alınan verilere göre ise 2003 yılından sonra yapılan 5 adet 400 yataklı hastane için m2 maliyeti 930 TL'dir. Tüm bu veriler değerlendirilerek bu çalışmadaki farazi hastane için $m^2$ maliyeti KDV dâhil 1.340 TL olarak alınmıştır. Bu maliyetin içinde çevre düzenleme maliyetleri de yer almaktadır. Farazi proje 70.000 m2 ve birim inşaat maliyeti 1.340 TL olduğu için toplam inşaat maliyeti 70.000*1.340 = 93.800.000 TL olarak bulunmuştur.

Tasarım maliyeti olarak, Sağlık Bakanlığının da fizibilitelerinde kullandığı ve inşaat maliyetinin yüzde ikisi olan 1.876 bin TL kabul edilmiştir.

Hastane inşaatları için genellikle kamulaştırmadan ziyade Hazine arazileri kullanılmaktadır. Farazi hastane için de arsa bedeli olarak herhangi bir harcama yapılmayacağı öngörülmüştür.

Tefrişat ve tıbbi cihaz giderleri, benzer büyüklükteki tamamlanmış olan hastaneler için talep edilen makine-teçhizat projeleri ile Sağlık Bakanlığının yeni

açılan hastaneler için hazırlamış olduğu ihtiyaç listeleri temel alınarak 50 milyon TL olarak tahmin edilmiştir. Söz konusu ihtiyaç listesi Ek Tablo 2'de yer almaktadır.

#### 5.1.1.2.Doğrudan Bakım Maliyetleri

Doğrudan bakım maliyetleri hastanenin kapasitesini ve kalitesini koruma amaçlı olarak yapılan ve tekrarlayan maliyetlerdir. Genişletme ve iyileştirmeye yönelik maliyetler bu kapsamda değerlendirilmez. Bakım maliyetleri tahmini yapılırken halen çalışan kamu hastanelerinin bu kapsamda yaptıkları döner sermaye harcamaları temel alınmış ve yatak başına 2.292,5 TL ortalama bakım maliyeti bulunmuştur. Bu kapsamda 400 yataklı 70.000 $m^2$ büyüklüğündeki bir hastane için yıllık olarak ortalama 2292,5*400 = 917 bin TL öngörülmüştür.

#### 5.1.1.3.Doğrudan İşletme Maliyetleri

Doğrudan işletme maliyetleri hastanenin günlük işleyişi için gereken hizmetlerin maliyetinden oluşmaktadır. Proje, KÖİ yöntemiyle de geleneksel yöntemlerle de hayata geçirilse işletme maliyetlerinin bazıları (tıbbi hizmetlerin maliyetleri ve personel maliyetleri gibi) kamu bütçesinden karşılanacağından bu kapsama dâhil edilmemiştir. Ancak birçok kamu hastanesi laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerini hizmet alımı yöntemiyle karşıladığından ve uygulanan modelde de bu hizmetlerin yüklenici tarafından verilmesi öngörüldüğünden, laboratuvar ve görüntüleme giderleri işletme maliyetleri kapsamında değerlendirilmiştir. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin tahmin edilmesinde de 200 yataktan büyük devlet hastanelerinin bu hizmetleri kullanım miktarlarından ve bu hizmetlerin maliyetlerinden yararlanılmış ve laboratuvar hizmetleri için yatak başına 9.442,5 TL görüntüleme hizmetleri için ise yatak başına 7.817,5 TL gider yapıldığı görülmüştür. Bu verilerden hareketle 400 yataklı farazi hastanenin laboratuvar hizmetleri için yıllık 3.777 bin TL, görüntüleme hizmetleri için ise yıllık 3.127 bin TL gider yapılacağı tahmin edilmiştir.

### 5.1.2. Dolaylı Maliyetler

Bu kapsamda tıbbi hizmetlerin dışında kalan destek hizmetlerin maliyetleri ele alınmıştır. Yemek, temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve çevre düzenlemesine ilişkin maliyetler bu kapsama eklenmiştir. 200 yataktan büyük hastaneler için yatak başına

ortalama 10.576 TL dolaylı maliyet hesaplanmıştır. 400 yataklı farazi hastanemiz için dolaylı maliyetlerin yıllık 400*10.576 = 4.230 bin TL olacağı tahmin edilmiştir.

### 5.1.3. Üçüncü Kişilerden Elde Edilen Gelirler

Bu kapsama kantin, kafeterya ve otopark gelirleri dâhil edilmiştir. Bu gelirler tahmin edilirken Sağlık Bakanlığının daha önce hazırlamış olduğu fizibilite çalışmalarındaki veriler temel alınmıştır. Buna göre 500 araçlık ve yüzde 70 kapasiteyle çalışan bir otopark ile 1200 kişi ve yüzde 60 kapasiteyle çalışan kantin ve kafeterya hizmetleri sunulacağı varsayılmıştır. 300 işgünü ve her birimden 3 TL kâr edileceği varsayımıyla otoparktan 500*%70*3*300 = 3.150 bin TL, kantin ve kafeteryalardan ise 1200*%60*3*300 = 6.480 bin TL olmak üzere yüklenicinin toplam 9.630 bin TL kâr edeceği varsayılmıştır.

## 5.2. Risk Maliyetleri

Hastane projesi için tanımlanan riskler şunlardır:

- Maliyet aşımı
- Süre aşımı
- Üçüncü kişi gelirleri
- Bakım – onarım maliyetleri
- Tıbbi hizmet sunumu riskleri
- Tıbbi olmayan hizmet sunumu riskleri

Maliyet aşımı, projenin yatırım programına alınırken öngörülen ve ihalesi sonrasında netleşen maliyetten sapmayı ifade eder. 200 yataktan büyük hastanelerin maliyetleri dikkate alınarak bu maliyetten sapmaların oranları ve olasılıkları Tablo 5.1'de görüldüğü gibi hesaplanmıştır.

**Tablo 5.1. Maliyet Aşımı Riskinin Değerlemesi (Bin TL)**

| Risk | Varsayım | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maliyet Aşımı (Toplam İnşaat Maliyetinin Yüzdesi) | Senaryo | Etki | Çıktı | Sonuç | Olasılık | Riskin Değeri |
| | Baz Maliyet | 0 | 93.800 | 0 | 10% | 0 |
| | Düşük Aşım | 30% | 121.940 | 28.140 | 50% | 14.070 |
| | Orta Aşım | 50% | 140.700 | 46.900 | 30% | 14.070 |
| | Yüksek Aşım | 80% | 168.840 | 75.040 | 10% | 7.504 |
| | Toplam | | | | 100% | 35.644 |

Tablo 5.1'de gösterilen maliyet aşımı riski hesaplanırken Yatırım Programı verileri dikkate alınmıştır. Bu verilerde projelerin sadece yüzde 10'unun maliyet aşımı olmadan tamamlandığı, projelerin yüzde 50'sinin maliyetinde yüzde 30'luk, yüzde 30'unda yüzde 50'lik, yüzde 10'unda ise yüzde 80'lik maliyet artışı olduğu görülmüştür. Bu oranlar kullanılarak yapılan hesaplamada maliyet aşımı riski 35.644 bin TL olarak hesaplanmıştır.

Süre aşımı da maliyet aşımına benzer şekilde projenin öngörülen zamanda tamamlanamaması olarak tanımlanmıştır. Süre aşımı, ödenek yetersizliği, uygulayıcı kuruluştan kaynaklanan veya projeyi üstlenen firmadan kaynaklanan sebepler gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir. Burada süre aşımının nedenleri üzerinde durulmadan yalnızca kamu projelerinin beklenen bitiş zamanından ne kadar geç tamamlandığı ele alınmıştır. Süre aşımının sonuçları hesaplanırken, potansiyel hastaların söz konusu hastaneden tamamlanma süresinin uzadığı zamanda hizmet alamamaları nedeniyle oluşan maddi kayıplar dikkate alınabilir. Ancak bu durumda, süre aşımı boyunca hayatta kalan veya tedavi alarak iyileşen bir hastanın elde ettiği faydayı maddi olarak ifade etmek gibi son derece karmaşık bir durumla karşı karşıya kalınır. Bu yüzden dünyada uygulanan örneklerde olduğu gibi süre aşımının etkisi proje inşaat bedelinin bir oranı olarak alınmıştır (Infrastructure Australia, 2008b:88). Bu kapsamda yapılan değerlendirme sonucunda Tablo 5.2'de yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

**Tablo 5.2. Süre Aşımı Riskinin Değerlemesi (Bin TL)**

| Risk | Varsayım | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Süre Aşımı (Toplam İnşaat Maliyetinin Yüzdesi) | Senaryo | Etki | Çıktı | Sonuç | Olasılık | Riskin Değeri |
| | Baz Süre | 0 | 93.800 | 0 | 5% | 0 |
| | Düşük Aşım | 30% | 121.940 | 28.140 | 50% | 14.070 |
| | Orta Aşım | 65% | 154.770 | 60.970 | 30% | 18.291 |
| | Yüksek Aşım | 100% | 187.600 | 93.800 | 15% | 14.070 |
| | Toplam | | | | 100% | 46.431 |

Tablo 5.2'de gösterilen süre aşımı riski hesaplanırken yine Yatırım Programlarından elde edilen ve Ek Tablo 3'te özeti verilen projeler dikkate alınmıştır. Bu verilerden projelerin sadece yüzde 5'inin süre aşımı olmadan tamamlandığı, projelerin yüzde 50'sinin tamamlanma süresinde yüzde 30'luk, yüzde

30'unda yüzde 65'lik, yüzde 15'inde ise yüzde 100'lük süre aşımı olduğu görülmüştür. Bu oranlar kullanılarak yapılan hesaplamada süre aşımı riski 46.431 bin TL olarak hesaplanmıştır.

Üçüncü kişi gelirleri olarak hastanenin otopark, kantin ve kafeterya gelirlerindeki beklenen değerden sapma riskleri ele alınmıştır. Uzun dönemde kiralama yoluyla bu hizmetler özel sektör tarafından sunulabileceğinden beklenen değerden sapmama olasılığı yüksek alınmıştır.

**Tablo 5.3. Üçüncü Kişi Gelirleri Riskinin Değerlemesi (Bin TL)**

| Risk | Varsayım | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Üçüncü Kişi Gelirleri (Beklenen Üçüncü Kişi Gelirlerinin Yüzdesi) | Senaryo | Etki | Çıktı | Sonuç | Olasılık | Riskin Değeri |
| | Baz Gelirden Yüksek | -10% | 10.593 | -963 | 15% | -144 |
| | Baz Gelir | 0 | 9.630 | 0 | 50% | 0 |
| | Baz Gelirden Düşük | 20% | 7.704 | 1.926 | 30% | 578 |
| | Baz Gelirden Çok Düşük | 30% | 6.741 | 2.889 | 5% | 144 |
| | Toplam | | | | 100% | 578 |

Bakım-onarım maliyetleri riskinin değerlemesi kapsamında yapı-tesis onarım maliyetleri ve tıbbi cihaz onarım maliyetleri ele alınmıştır. Bu maliyetler için 200 yataktan büyük hastanelerde oluşan bakım-onarım giderleri kullanılmıştır. Tablo 5.4'te bakım-onarım riskinin değerlemesi yer almaktadır. Bu riskin toplam değeri yıllık bakım onarım maliyetlerine eklenecektir.

**Tablo 5.4. Bakım-Onarım Maliyetleri Riskinin Değerlemesi (Bin TL)**

| Risk | Varsayım | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bakım-On. Maliyeti (Bakım-Onarım Maliyetinin Yüzdesi) | Senaryo | Etki | Çıktı | Sonuç | Olasılık | Riskin Değeri |
| | Baz Maliyetten Düşük | -16% | 770 | -147 | 32% | -47 |
| | Baz Maliyet | 0 | 917 | 0 | 35% | 0 |
| | Düşük Aşım | 44% | 1.320 | 403 | 20% | 81 |
| | Orta Aşım | 80% | 1.651 | 734 | 7% | 51 |
| | Yüksek Aşım | 128% | 2.091 | 1.174 | 6% | 70 |
| | Toplam | | | | 100% | 156 |

Ek Tablo 1'de yer alan verilerden hareketle hesaplanan bakım-onarım maliyetlerinin risk dağılımları Ek Şekil 3'te verilmiştir. Bakım-onarım maliyetlerinin yüzde 32 olasılıkla ortalamadan yüzde 16 düşük olacağı, yüzde 35 olasılıkla ortalama

değerde olacağı ve ortalama değeri yüzde 20 olasılıkla yüzde 44, yüzde 7 olasılıkla yüzde 80, yüzde 6 olasılıkla yüzde 128 aşacağı hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucu bakım-onarım riskinin yıllık olarak 156 bin TL olacağı bulunmuştur.

Tıbbi hizmet sunumu riskleri kapsamında KÖİ modeliyle yapılan projede özel sektörün sunması öngörülen görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin maliyetleri ele alınmıştır. Tıbbi hizmet sunumu kapsamında sağlık personelinin ücretleri ve diğer tıbbi işlemlerin (ameliyat, poliklinik hizmetleri gibi) maliyetleri, bu hizmetler proje hangi yöntemle hayata geçirilirse geçirilsin kamu tarafından karşılanacağından ve özel sektöre herhangi bir risk transferi yapılmayacağından, bu kapsama dâhil edilmemiştir.

**Tablo 5.5.Tıbbi İşletme Maliyeti Riskinin Değerlemesi (Bin TL)**

| Risk | Varsayım | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tıbbi İşletme Maliyeti (Tıbbi İşletme Maliyetinin Yüzdesi) | Senaryo | Etki | Çıktı | Sonuç | Olasılık | Riskin Değeri |
| | Baz Maliyetten Düşük | -36% | 4.419 | -1.485 | 30% | -446 |
| | Baz Maliyet | 0% | 6.904 | 1.000 | 43% | 430 |
| | Düşük Aşım | 42% | 9.804 | 3.900 | 14% | 546 |
| | Orta Aşım | 95% | 13.463 | 7.559 | 6% | 454 |
| | Yüksek Aşım | 145% | 16.915 | 11.011 | 7% | 771 |
| | Toplam | | | | 100% | 1.755 |

Ek Tablo1'de yer alan verilerden hesaplanan ve Ek Şekil 1'de dağılımı gösterilen tıbbi işletme maliyetlerinin yüzde 30 olasılıkla ortalamadan yüzde 36 düşük olacağı, yüzde 43 olasılıkla ortalama değerde olacağı ve ortalama değeri yüzde 14 olasılıkla yüzde 42, yüzde 6 olasılıkla yüzde 95, yüzde 7 olasılıkla yüzde 145 aşacağı hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucu tıbbi işletme maliyeti riskinin yıllık olarak 1.755 bin TL olacağı bulunmuştur

Tıbbi olmayan hizmetlerin sunumuna ilişkin riskler kapsamında, KÖİ yöntemi uygulandığında özel sektör tarafından sunulması öngörülen, yemek, temizlik ve bilgi işlem hizmetleri dâhil edilmiştir.

**Tablo 5.6. Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti Riskinin Değerlemesi (BinTL)**

| Risk | Varsayım | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti (Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetinin Yüzdesi) | Senaryo | Etki | Çıktı | Sonuç | Olasılık | Riskin Değeri |
| | Baz Maliyetten Düşük | -11% | 3.765 | -465 | 19% | -88 |
| | Baz Maliyet | 0 | 4.230 | 0 | 44% | 0 |
| | Düşük Aşım | 18% | 4.991 | 761 | 23% | 175 |
| | Orta Aşım | 45% | 6.134 | 1.904 | 10% | 190 |
| | Yüksek Aşım | 73% | 7.318 | 3.088 | 4% | 124 |
| | Toplam | | | | 100% | 401 |

Ek Tablo 1'de yer alan verilerden hesaplanan ve Ek Şekil 2'de dağılımı gösterilen tıbbi olmayan işletme maliyetlerinin yüzde 19 olasılıkla ortalamadan yüzde 11 daha düşük olacağı, yüzde 44 olasılıkla ortalama değerde olacağı ve ortalama değeri yüzde 23 olasılıkla yüzde 18, yüzde 10 olasılıkla yüzde 45, yüzde 4 olasılıkla yüzde 73 aşacağı hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucu tıbbi işletme maliyeti riskinin yıllık olarak 401 bin TL olacağı bulunmuştur

### 5.3. KSK'nin Bulunması

Hesaplanan risk değerleriyle birlikte ham KSK'nin gösterildiği nakit akımları reel ve nominal değerleriyle Tablo 5.7 ve Tablo 5.8'de gösterilmiştir. Mevcut verilere göre KSK 507.281.000 TL olarak hesaplanmıştır. Bu rakam, kamuya, 400 yataklı bir hastanenin riskler de dâhil edilerek bulunmuş olan maliyetidir.

Bu verilere göre özel sektör 4. yıldan itibaren 20 yıl boyunca 83.235 bin TL kira bedeli talep etmesi durumunda KSK ile başa baş noktasını yakalamış olacaktır. Diğer bir ifadeyle ihaleye teklif veren istekliler ancak yıllık olarak 83.235 bin TL'den daha düşük bir teklifle gelirlerse projenin kamu projesinden daha hesaplı olduğu söylenebilir. Eğer teklif edilen kira bedelleri 83.235 bin TL'nin üzerinde olursa projenin, kamu eliyle yapılması daha ekonomik olmaktadır.

**Tablo 5.7. Farazi Hastanenin Reel Nakit Akımlarıyla KSK'si** **(Bin TL)**

| **KSK (Reel Nakit Akımları)** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ham KSK Bileşenleri / Yıllar** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **Doğrudan Maliyetler** | | | | | | | | | | |
| Doğrudan Sermaye Maliyetleri | | | | | | | | | | |
| *Tasarım* | 1.876 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *İnşaat* | 28.140 | 37.520 | 28.140 | - | - | - | - | - | - | - |
| *Tefrişat ve Makine-Teçhizat* | - | - | 50.000 | - | - | - | - | - | - | - |
| Doğrudan Bakım Maliyetleri | | | | | | | | | | |
| *Bakım-Onarım* | - | - | - | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 |
| Doğrudan İşletme Maliyetleri | | | | | | | | | | |
| *Laboratuar* | - | - | - | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 |
| *Görüntüleme* | - | - | - | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 |
| **Dolaylı Maliyetler** | | | | | | | | | | |
| *Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetleri* | - | - | - | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 |
| **Üçüncü Kişi Gelirleri** | | | | | | | | | | |
| *Otopark Gelirleri* | - | - | - | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 |
| *Kantin-Kafeterya Gelirleri* | - | - | - | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 |
| Ham KSK Toplam | 30.016 | 37.520 | 78.140 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 |
| **HAM KSK'NİN NET BUGÜNKÜ DEĞERİ** | **367.436** | | | | | | | | | |
| **Riskler** | | | | | | | | | | |
| Maliyet Aşımı | 10.693 | 14.258 | 10.693 | - | - | - | - | - | - | - |
| Süre Aşımı | | 13.929 | 18.572 | 13.929 | - | - | - | - | - | - |
| Üçüncü Kişi Gelirleri | - | - | - | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 |
| Bakım-Onarım Riski | - | - | - | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 |
| Tıbbi İşletme Maliyeti | - | - | - | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 |
| Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti | - | - | - | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 |
| Risk Değerlerinin Toplamı | 10.693 | 28.187 | 29.266 | 16.818 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 |
| **RİSKLERİN NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | **139.845** | | | | | | | | | |
| **KSK NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | **507.281** | | | | | | | | | |

## Tablo 5.7. Farazi Hastanenin Reel Nakit Akımlarıyla KSK'si (Devamı) (Bin TL)

| KSK (Reel Nakit Akımları) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ham KSK Bileşenleri / Yıllar** | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| **Doğrudan Maliyetler** | | | | | | | | | | | | | |
| Doğrudan Sermaye Maliyetleri | | | | | | | | | | | | | |
| *Tasarım* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *İnşaat* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *Tefrişat ve Makine-Teçhizat* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Doğrudan Bakım Maliyetleri | | | | | | | | | | | | | |
| *Bakım-Onarım* | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 | 917 |
| Doğrudan İşletme Maliyetleri | | | | | | | | | | | | | |
| *Laboratuar* | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 | 3.777 |
| *Görüntüleme* | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 | 3.127 |
| **Dolaylı Maliyetler** | | | | | | | | | | | | | |
| *Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetleri* | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 | 4.230 |
| **Üçüncü Kişi Gelirleri** | | | | | | | | | | | | | |
| *Otopark Gelirleri* | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 |
| *Kantin-Kafeterya Gelirleri* | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 | 648 |
| Ham KSK Toplam | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 | 11.088 |
| **HAM KSK'NİN NET BUGÜNKÜ DEĞERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **Riskler** | | | | | | | | | | | | | |
| Maliyet Aşımı | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Süre Aşımı | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Üçüncü Kişi Gelirleri | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 | 578 |
| Bakım-Onarım Riski | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 | 156 |
| Tıbbi İşletme Maliyeti | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 | 1.755 |
| Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 | 401 |
| Risk Değerlerinin Toplamı | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 | 2.889 |
| **RİSKLERİN NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **KSK NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | **507.281** | | | | | | | | | | | | |

**Tablo 5.8. Farazi Hastanenin Nominal Nakit Akımlarıyla KSK'si** **(Bin TL)**

| **KSK (Nominal Nakit Akımları)** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ham KSK Bileşenleri / Yıllar** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **Doğrudan Maliyetler** | | | | | | | | | | |
| Doğrudan Sermaye Maliyetleri | | | | | | | | | | |
| *Tasarım* | 1.876 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *İnşaat* | 28.140 | 42.398 | 35.932 | - | - | - | - | - | - | - |
| *Tefrişat ve Makine-Teçhizat* | - | - | 63.845 | - | - | - | - | - | - | - |
| Doğrudan Bakım Maliyetleri | | | | | | | | | | |
| *Bakım-Onarım* | - | - | - | 1.323 | 1.495 | 1.690 | 1.909 | 2.157 | 2.438 | 2.755 |
| Doğrudan İşletme Maliyetleri | | | | | | | | | | |
| *Laboratuar* | - | - | - | 5.450 | 6.158 | 6.959 | 7.864 | 8.886 | 10.041 | 11.346 |
| *Görüntüleme* | - | - | - | 4.512 | 5.098 | 5.761 | 6.510 | 7.357 | 8.313 | 9.394 |
| **Dolaylı Maliyetler** | | | | | | | | | | |
| *Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetleri* | - | - | - | 6.103 | 6.897 | 7.794 | 8.807 | 9.952 | 11.245 | 12.707 |
| **Üçüncü Kişi Gelirleri** | | | | | | | | | | |
| *Otopark Gelirleri* | - | - | - | 455 | 514 | 580 | 656 | 741 | 837 | 946 |
| *Kantin-Kafeterya Gelirleri* | - | - | - | 935 | 1.057 | 1.194 | 1.349 | 1.524 | 1.723 | 1.947 |
| Ham KSK Toplam | 30.016 | 42.398 | 99.777 | 15.999 | 18.079 | 20.429 | 23.085 | 26.086 | 29.477 | 33.309 |
| **HAM KSK'NİN NET BUGÜNKÜ DEĞERİ** | **367.436** | | | | | | | | | |
| **Riskler** | | | | | | | | | | |
| Maliyet Aşımı | 10.693 | 16.111 | 13.654 | - | - | - | - | - | - | - |
| Süre Aşımı | | 15.740 | 23.715 | 20.099 | - | - | - | - | - | - |
| Üçüncü Kişi Gelirleri | - | - | - | 834 | 942 | 1.065 | 1.203 | 1.359 | 1.536 | 1.736 |
| Bakım-Onarım Riski | - | - | - | 224 | 254 | 287 | 324 | 366 | 413 | 467 |
| Tıbbi İşletme Maliyeti | - | - | - | 2.532 | 2.861 | 3.233 | 3.653 | 4.128 | 4.665 | 5.271 |
| Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti | - | - | - | 578 | 653 | 738 | 834 | 942 | 1.065 | 1.203 |
| Risk Değerlerinin Toplamı | 10.693 | 31.851 | 37.369 | 24.266 | 4.710 | 5.322 | 6.014 | 6.796 | 7.679 | 8.677 |
| **RİSKLERİN NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | **139.845** | | | | | | | | | |
| İskonto Oranı | 1,00 | 1,13 | 1,28 | 1,44 | 1,63 | 1,84 | 2,08 | 2,35 | 2,66 | 3,00 |
| **KSK NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | **507.281** | | | | | | | | | |

## Tablo 5.8. Farazi Hastanenin Nominal Nakit Akımlarıyla KSK'si (Devam) (Bin TL)

| KSK (Nominal Nakit Akımları) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ham KSK Bileşenleri / Yıllar** | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| **Doğrudan Maliyetler** | | | | | | | | | | | | | |
| Doğrudan Sermaye Maliyetleri | | | | | | | | | | | | | |
| *Tasarım* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *İnşaat* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *Tefrişat ve Makine-Teçhizat* | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Doğrudan Bakım Maliyetleri | | | | | | | | | | | | | |
| *Bakım-Onarım* | 2.975 | 3.213 | 3.470 | 3.748 | 4.048 | 4.371 | 4.721 | 5.099 | 5.507 | 5.947 | 6.423 | 6.937 | 7.492 |
| Doğrudan İşletme Maliyetleri | | | | | | | | | | | | | |
| *Laboratuar* | 12.254 | 13.234 | 14.293 | 15.436 | 16.671 | 18.005 | 19.446 | 21.001 | 22.681 | 24.496 | 26.455 | 28.572 | 30.858 |
| *Görüntüleme* | 10.145 | 10.957 | 11.833 | 12.780 | 13.802 | 14.907 | 16.099 | 17.387 | 18.778 | 20.280 | 21.903 | 23.655 | 25.547 |
| **Dolaylı Maliyetler** | | | | | | | | | | | | | |
| *Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetleri* | 13.724 | 14.822 | 16.007 | 17.288 | 18.671 | 20.165 | 21.778 | 23.520 | 25.402 | 27.434 | 29.628 | 31.999 | 34.559 |
| **Üçüncü Kişi Gelirleri** | | | | | | | | | | | | | |
| *Otopark Gelirleri* | 1.022 | 1.104 | 1.192 | 1.287 | 1.390 | 1.502 | 1.622 | 1.751 | 1.892 | 2.043 | 2.206 | 2.383 | 2.574 |
| *Kantin-Kafeterya Gelirleri* | 2.102 | 2.271 | 2.452 | 2.648 | 2.860 | 3.089 | 3.336 | 3.603 | 3.891 | 4.203 | 4.539 | 4.902 | 5.294 |
| Ham KSK Toplam | 35.974 | 38.851 | 41.960 | 45.316 | 48.942 | 52.857 | 57.085 | 61.652 | 66.584 | 71.911 | 77.664 | 83.877 | 90.587 |
| **HAM KSK'NİN NET BUGÜNKÜ DEĞERİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **Riskler** | | | | | | | | | | | | | |
| Maliyet Aşımı | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Süre Aşımı | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Üçüncü Kişi Gelirleri | 1.875 | 2.025 | 2.187 | 2.361 | 2.550 | 2.754 | 2.975 | 3.213 | 3.470 | 3.747 | 4.047 | 4.371 | 4.721 |
| Bakım-Onarım Riski | 505 | 545 | 589 | 636 | 686 | 741 | 801 | 865 | 934 | 1.009 | 1.089 | 1.176 | 1.271 |
| Tıbbi İşletme Maliyeti | 5.693 | 6.148 | 6.640 | 7.171 | 7.745 | 8.364 | 9.033 | 9.756 | 10.537 | 11.380 | 12.290 | 13.273 | 14.335 |
| Tıbbi Olmayan İşletme Maliyeti | 1.300 | 1.404 | 1.516 | 1.637 | 1.768 | 1.910 | 2.062 | 2.227 | 2.406 | 2.598 | 2.806 | 3.030 | 3.273 |
| Risk Değerlerinin Toplamı | 9.371 | 10.121 | 10.931 | 11.805 | 12.750 | 13.770 | 14.871 | 16.061 | 17.346 | 18.733 | 20.232 | 21.851 | 23.599 |
| **RİSKLERİN NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | | | | | | | | | | | | | |
| İskonto Oranı | 3,24 | 3,50 | 3,78 | 4,09 | 4,41 | 4,77 | 5,15 | 5,56 | 6,01 | 6,49 | 7,00 | 7,56 | 8,17 |
| **KSK NET BUGÜNKÜ MALİYETİ** | **507.281** | | | | | | | | | | | | |

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Kamu sektörünün altyapıya yönelik yatırım ihtiyacının finansmanında KÖİ yöntemlerinin kullanılması önemli bir alternatiftir. Bununla birlikte, KÖİ sadece finansman sıkıntısının aşılmasında değil, özel sektörün kamuya göre daha üstün olduğu işletmecilik, yenilikçilik ve risk yönetimi gibi hususlardaki kabiliyetlerinden kamu projelerinde yararlanılabilmesine olanak sağlaması açısından da önemli faydalar sağlayabilir. Ülkemizde de mevcut kamu yatırım bütçesi ile altyapı ihtiyacının karşılanmasının uzun yıllar alacağı göz önüne alındığında alternatif finansman yöntemlerinin geliştirilmesi ihtiyacın daha kısa zamanda karşılanabilmesi için son derece önemlidir. Bu kapsamda değerlendirmek gerekirse Sağlık Bakanlığının uzun vadeli yatırım planı çalışmalarına göre 2010 yılı itibariyle Bakanlığın yatırım ihtiyacı 14 milyar TL civarında olup Genel Bütçeden aldığı yatırım ödeneği yaklaşık 1 milyar TL'dir.

Bununla birlikte KÖİ modellerinin kullanılmasından beklenen faydalara ulaşılabilmesinin bazı koşulları bulunmaktadır. Bunlar, harcama getirisinin öncelikli amaç olarak ele alınması, şeffaflığın ve hesap verebilirliğin sağlanması ve riskin optimum oranda özel sektöre devredilmesi olarak belirtilebilir.

Bu çalışma kapsamında KÖİ modelinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesinin temin edilmesi için uluslararası deneyimler ve ülkemizdeki gelişmeler ışığında ulaşılan sonuçlar ve öneriler maddeler halinde şöyle belirtilebilir:

1. KÖİ yönteminin uygulanmasında ana kriter harcama getirisi olmalıdır. İdareler her zaman yetersiz bulacakları yatırım bütçelerinin dışına çıkabilmek için diğer yöntemlerden daha fazla getirisi olmasa da KÖİ yöntemini kullanmak isteyebilirler. Bu yüzden KÖİ yöntemi bütçe kısıtları sebebiyle tercih ediliyorsa projenin harcama getirisi çok daha dikkatli incelenmelidir.

2. KÖİ yöntemi tercih edilirken harcama getirisinin yanı sıra karşılanabilirlik hususu da dikkatle irdelenmelidir. Karşılanabilirlik kavramı kapsamında hem projenin kendi kendini finanse etmesi hem de hizmetten faydalananlar üzerinde aşırı bir yük oluşturmaması göz önünde tutulmalıdır. Bazı

ülkelerdeki uygulamalarda idarelerin KÖİ yöntemini harcamaları öteliyor olması sebebiyle sanki daha ucuz bir yöntemmiş gibi algılandığı görülmüştür. KÖİ yönteminin yalnızca risklerin en iyi yönetebilecek tarafça üstlenilmesi ve optimum risk paylaşımına yaklaşıldığı durumlarda harcama getirisi sağlayabileceği unutulmamalıdır.

3. KÖİ yönteminin kötü bir projeyi iyi hale getirmek gibi bir özelliği olmadığının uygulayıcı idareler tarafından anlaşılması sağlanmalıdır. Daha da ötesi, KÖİ yönteminin içerdiği karmaşıklık, idarelerin süreci yönetme kapasitelerindeki eksiklikler ve deneyimsizlik gibi riskler, iyi bir projede bile beklenmedik kötü sonuçların ortaya çıkabileceği dikkate alınmalıdır.

4. Ülkemizdeki farklı sektörleri kapsayan mevcut KÖİ yöntemlerine yönelik yasal düzenlemelerin dağınıklığı, belli bir sistematik çerçevede bulunmayışı ve birçok alanda KÖİ yönteminin uygulanmasına imkân verilmemesi nedeniyle, sürecin sağlıklı işleyebileceği istikrarlı bir yasal zeminin oluşturulmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Çerçeve bir Kanun ile hem idareler hem de özel sektör için algılanan karmaşıklıkların giderilmesi, sürecin açıkça tanımlanması, projelerin nasıl değerlendirileceği gibi hususların şeffaf bir şekilde ortaya konulması son derece önemlidir. Bu kapsamda DPT Müsteşarlığınca hazırlanmakta olan Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

5. KÖİ alanındaki detaylı ve kapsamlı düzenlemelerin hazırlanması ve KÖİ yöntemleri kullanımının yaygınlaşması halinde, idareler hazırlayacakları projeler için geleneksel yöntemle uyguladıkları projelerden farklı olarak risk, harcama getirisi ve karşılanabilirlik başta olmak üzere çeşitli teknik konularda detaylı analizler yapmak durumunda kalacaklardır. Bu tip analizlerin hazırlanması başlangıçta danışmanlar ve müşavir firmalar tarafından yapılmakla birlikte uygulanan proje sayısı arttıkça idarenin KÖİ konusundaki birikimi de artacak ve orta vadede bu değerlendirmeleri kendisi oluşturacak nitelikte insan kaynakları kapasitesine ulaşacaktır. İdareler KÖİ hazırlıkları alanında kendilerini geliştirdikçe geleneksel yöntemle uygulanması öngörülen projeler için de yaptıkları hazırlıkların daha nitelikli hale gelmesi beklenebilir. Dolayısıyla KÖİ yönteminin kullanılması, uygulayıcı idarelerde

eksikliği bilinen, insangücü kapasitesinin gelişmesi ve tüm projeler için kapsamlı fizibilitelerin hazırlanabilmesi sonuçlarını dolaylı olarak sağlayabilecektir.

6. KÖİ konusunda politika üretebilecek, idareleri bütçeleriyle uyumlu ve kamu harcamalarını zorlamayacak şekilde proje üretmeleri konusunda zorlayabilecek, KÖİ yöntemini kullanmak isteyen idarelerin proje ve sözleşme oluşturma aşamalarında faydalanabilecekleri bilgi birikimini sağlayabilecek, KÖİ projeleri hazırlanırken yapılan karşılanabilirlik, harcama getirisi ve risk transferi konularındaki analizlerin değerlendirileceği merkezi bir KÖİ biriminin kurulması gerekmektedir. KÖİ yöntemi kamu yatırımlarının alternatif bir finansman yöntemi olduğundan ve DPT'nin görevleri arasında "Bakanlıkların ve kamu kurum ve kuruluşlarının iktisadi, sosyal ve kültürel politikayı ilgilendiren faaliyetlerinde koordinasyonu sağlamak, uygulamayı etkin bir biçimde yönlendirmek" bulunduğundan kurulacak olan merkezi KÖİ biriminin DPT bünyesinde veya DPT'ye doğrudan bağlı bir yapıda kurulması uygun olacaktır. Bu yapı içerisinde Hazine Müsteşarlığı ve Maliye Bakanlığının da temsil edilmesi özellikle garantiler ve bütçe uygulamalarına ilişkin düzenlemeler açısından faydalı görülmektedir.

7. KÖİ sözleşmelerinin oluşturulabilmesi için gerekli olan birikim kamunun mevcut çalışanlarında olmayabilir. KÖİ'ler gibi karmaşık işlemlere girilirken, özel sektör bu tip karmaşık finansal işlemlere daha aşina olacağından, kamu özel sektörle eşit şartlarda müzakere edebilmek için gerekli yetenekleri haiz olması sağlanmalıdır. Özel sektörün çalışanlarına ödediği ücret çoğunlukla daha yüksek olduğu için, kamu, kalifiye eleman istihdam etmenin yanı sıra bu elemanları elinde tutmak için de zorlanabilir. Ayrıca KÖİ birimlerinde proje bazlı çalıştırılacak danışmanlar için kaynağa ihtiyaç duyabilir. KÖİ sürecinde muhasebe, finans, iktisat ve hukuk gibi alanların yanında harcama getirisinin değerlendirilebilmesi için bazı sektörlerde teknik kabiliyetlere ihtiyaç duyulur. Dolayısıyla kurulacak olan KÖİ biriminde bu ihtiyaçları karşılayabilecek esnek bir yapının sağlanması gerekmektedir.

8. Etik açıdan değerlendirildiğinde başka bir sorun da çıkar çatışmasına yol açabilecek kamu ile özel sektör arasındaki personel geçişidir. KÖİ birimlerinde özel sektör deneyimi olan çalışanların bulunması faydalı olarak görülmekle nitelikli elemanı istihdam etmek konusunda özel sektörle rekabet ortaya çıkacaktır. Böyle bir durumda çalışanların kamuda bulunarak edindikleri ve haksız avantaj sağlanabilecek

değerli bilgilerle özel sektöre geçmesi kamu açısından olumsuz sonuçlar doğurabilecektir. Bu sebeple KÖİ biriminde çalışanların özel sektörde aynı tip projede çalışmaları belli (1-2 yıl gibi) sürelerle kısıtlanabilir.

9. KÖİ yöntemi idarelerin deneyim sahibi oldukları tedarik yöntemlerinden farklı olduğu için bu yöntemi uygulamak isteyen idarelerde, proje geliştirilmesi, ihale yöntemleri, sözleşme taslaklarının hazırlanması, risk değerlendirmelerinin yapılabilmesi gibi konularda çalışanların teknik yetersizliklerinin olması kaçınılmazdır. KÖİ sözleşmelerinin özel hukuk hükümlerine tâbi olması, isteklilerle yapılacak müzakereler ve ihale süreci sonrasında şekillenmesi sebebiyle özel sektörün teknik konularda kamudan son derece üstün bir şekilde sürece katılması projenin beklenen çıktıları sağlayamaması ve idarenin sözleşmede önemsizmiş gibi görülen hususlarda bile büyük zararlara maruz kalması gibi sonuçlar doğurabilir. Bu yüzden, zikredilen hususlarda kamu idarelerinde kapasite geliştirmeye yönelik eğitimler verilmesi uygun olacaktır. Bu eğitimlerle KÖİ'nin teorik çerçevesinin anlaşılmasının yanı sıra uygulamaya ilişkin farazi örneklerin eğitim alan kişilerce geliştirilmesi, gerçek verilerle risk matrislerinin oluşturulması, KSK çalışmasının yapılması gibi KÖİ'nin tüm aşamalarındaki hususların uygulamaya yönelik şekilde kavranılması sağlanmalıdır.

10. KÖİ alanındaki hukuki düzenlemelerin yapılarak yöntemin yaygın şekilde kullanılabilmesine olanak sağlandığında, bazı idareler KÖİ yöntemiyle birbirine benzeyen onlarca projeyi hayata geçirirken, bazı idareler yöntemi birkaç proje için uygulayabileceklerdir (örneğin üniversitelerin hastane projeleri). Dolayısıyla özellikle KÖİ yöntemini fazla kullanmayacak olan idareler için yöntemin uygulanması son derece karmaşık olarak görülebilecektir. Merkezi KÖİ biriminin, hususiyle bu tip idarelere, proje geliştirmeden sözleşme hazırlanmasına kadar her aşamada hem danışmanlık hizmeti sunması hem de doğrudan süreçte yer alarak destek olmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

11. KÖİ yönteminin zayıf yönlerinden olan uzun hazırlık safhası ve yüksek danışmanlık maliyetlerinin giderilebilmesi için standart sözleşmeler hazırlanmalıdır. Sağlık sektöründe yapılabilecek sağlık kampusu, hastane ve birinci basamak hizmet birimleri gibi birkaç farklı proje çeşidi için standart sözleşmelerin hazırlanması yeterli olacaktır.

12. KÖİ yöntemleri kamu projelerinde doğal olarak ortaya çıkan rantın yine kamu tarafından kullanılabilmesine olanak sağlayacak şekilde formüle edilebilir. Bu kapsamda çekirdek kamu projesinin yanında yükleniciye gelir getirebilecek ticari alanlar tanımlanarak yüklenicinin talep edeceği kira bedelinin düşürülmesi veya işletme süresinin kısaltılması sağlanabilir.

13. KÖİ sürecindeki tüm aşamalarda bilgiye kolayca erişilebilmesi hem özel sektör hem de kamu için şeffaflığın, hesap verebilirliğin sağlanmasına ve proje yönetiminin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Kamu için şeffaflık, ihalenin adil bir şekilde yapılması ve toplumun proje maliyetlerini inceleyebilmesi olarak anlaşılabilir. Özel sektör için de özellikle tamamlanmış ihale bilgilerine ve devam eden proje bilgilerine erişilebilmesi daha sağlıklı proje geliştirilmesi ve rekabet ortamının güçlenmesine imkân verecektir. Bu sebeplerle şeffaflığın sağlanmasına yönelik ihale bilgilerinin ve proje verilerinin açıklanması sağlanmalıdır. Ayrıca imzalanan sözleşmelerin de yayınlanarak projelerin vatandaşlar dâhil tüm tarafların denetimine açık hale getirilmesi sağlanmalıdır.

14. İhale öncesi süreçte KSK'nin yayınlanması ihale sürecinde özel sektörün mümkün olandan daha yüksek teklif vermesi sonucunu doğurabilir. Ancak şeffaflık ve hesap verebilirlik konuları göz önünde bulundurularak KSK'nin hesaplanma yöntemi ve kullanılan verilerin kaynakları açıklanmalıdır. Bu sayede KSK hazırlanırken idarede oluşabilecek olan yanlılığın (*optimism bias*) bir nebze de olsa önüne geçilebilmesi sağlanabilecektir.

15. KÖİ yönteminde özel sektöre ödenecek kira bedeli uygun bir risk paylaşımıyla sunulan hizmetin kalitesine ve miktarına göre değişecektir. Bu durum da kamunun sonuçta ne kadar ödeme yapacağı hususunda belirsizlikler oluşturur. Bu belirsizliklerin izlenmesi ve yayınlanması bütçe üzerindeki KÖİ yüklerinin takibi için son derece önemlidir. Yükümlülüklerin yanı sıra uygulama sonucunda elde edilen çıktıların da izlenmesi ileride hayata geçirilecek projeler açısından önem arz etmektedir. Bu kapsamda Yatırım Programında veya KÖİ'ler için çıkarılacak yıllık yayınlarla söz konusu yükümlülüklerin izlenmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. Diğer taraftan literatürde sözleşme koşullarına uyulmaması sebebiyle özel sektöre yapılan ödemelerdeki kesintilerin genel olarak çok düşük olduğu ifade edilmektedir. Kamunun yetersiz performansla orantılı bir şekilde kira bedelinde

kesinti yapmaması durumunda böyle bir ödeme mekanizmasına sahip olmak etkinlik için yeterli olmayacaktır. Dolayısıyla yapılan ve yapılacak olan ödemelerin performans göstergeleriyle birlikte açıklanması şeffaflığın sağlanması açısından son derece yerinde olacaktır.

16. KÖİ projelerinde özel sektör birçok hizmeti sunacağından taşeron firma kullanması kaçınılmazdır. Taşeron firma kullanılması düşük kaliteli hizmet sunumuna yol açabileceğinden özel bir problem alanı olarak görülebilir. Dolayısıyla KÖİ'de taraf olan bir idarenin, yüklenicinin çalıştığı taşeron firmalar üzerinde de gözetimi olmalıdır.

17. KÖİ yönteminin uygulanmasında özel sektöre bazı garantiler veriliyorsa bunların kontrol edilmesini ve hükümet için büyük bir risk oluşturacak miktara gelmemesini sağlamak için net kurallar oluşturulmalı ve garantiler açıklanmalıdır. Bu kapsamda garantilerin izlenmesi ve kaydının bir birimin sorumluluğuna verilmesi, garantinin kabul edilmesinden önce Maliye Bakanlığının, DPT ve Hazine Müsteşarlığının veya YPK'nın onayı bir ön koşul olarak istenmesi, bütçede garantilerin tahmini maliyetine yer verilerek bütçe sürecine entegre edilmesi faydalı olacaktır.

**EKLER**

## Ek Tablo 1. 200 Yatak Üzeri Devlet Hastanelerinin Döner Sermaye Verileri

| HASTANE KODU | yatak sayısı | HASTANE ADI | Aşi, Serum, İlaç, Tibbi Malzeme Gelirleri | Kan Ve Kan Ürünleri Ücretleri | Ameliyat Ücretleri | Diyaliz Ücretleri | Laboratuvar Hizm.Alinan Ücretler | Poliklinik Ücretleri(Diş Ve Pansuman Dahil) | Radyoloji Hizm.Alinan Ücretler | Refakat Ücretleri | Yatak Ücretleri | Diğer Ücretler | İlaç Gelirleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 119 | 600 | Adana Çukurova Devlet Hastanesi (s) | 592 | 1 | 14782097 | 318850 | 3400350 | 25636955 | 5269622 | 0 | 2631276 | 784902 | 0 |
| 105 | 311 | Adana Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 6783804 | 489241 | 5346967 | 16959470 | 3251271 | 35677 | 746197 | 1477006 | 5684368 |
| 109 | 910 | Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 53872 | 901 | 32118187 | 792665 | 15513085 | 25088234 | 8824335 | 651560 | 9100609 | 1731321 | 32193714 |
| 202 | 282 | Adıyaman Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 4731222 | 1061501 | 4776800 | 8403091 | 6332297 | 35768 | 943562 | 100514 | 2254138 |
| 308 | 400 | Afyon Devlet Hastanesi | 2494215 | 222078 | 4092502 | 11385 | 2122501 | 8395467 | 2093901 | 290 | 519789 | 967959 | 0 |
| 502 | 320 | Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi | 1819401 | 314049 | 3576407 | 867348 | 2051168 | 12019938 | 3264490 | 10094 | 874403 | 563540 | 842150 |
| 643 | 281 | Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 6719330 | 1182 | 6692641 | 0 | 4551714 | 18827564 | 4660519 | 78199 | 2142212 | 764384 | 0 |
| 615 | 459 | Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 8220 | 0 | 19076092 | 1088622 | 7588596 | 34665310 | 7305194 | 60313 | 1529316 | 31295 | 5904834 |
| 613 | 240 | Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi | 640061 | 0 | 3622568 | 0 | 2322090 | 18144608 | 2710807 | 17913 | 729662 | 193616 | 0 |
| 612 | 276 | Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi | 49039 | 0 | 5169302 | 503775 | 1412768 | 11695755 | 1478450 | 62840 | 1082148 | 612794 | 1559629 |
| 616 | 500 | Ankara Türkiye Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Has | 2616490 | 1768180 | 9209747 | 608808 | 17523798 | 4004078 | 10023807 | 914529 | 1870066 | 3 | 20221490 |
| 626 | 1092 | Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 857 | 15021538 | 801231 | 17019244 | 12975266 | 9679740 | 294177 | 9741142 | 45394439 | 31452839 |
| 645 | 807 | Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma H | 9987592 | 232 | 26778603 | 3450538 | 12679240 | 58139803 | 8099936 | 76763 | 4853738 | 77816 | 11679937 |
| 706 | 1084 | Antalya Devlet Hastanesi | 6008 | 3612 | 17648135 | 983040 | 5996860 | 39470400 | 2489209 | 2103869 | 1777075 | 2422955 | 2291879 |
| 717 | 502 | Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 531 | 0 | 11494555 | 554569 | 3476133 | 22965593 | 3949531 | 405390 | 2168485 | 7756 | 5610338 |
| 710 | 225 | Antalya Alanya Devlet Hastanesi | 1634045 | 0 | 4347007 | 1157246 | 1194961 | 5251706 | 1483475 | 104314 | 1801338 | 4220693 | 0 |
| 802 | 204 | Artvin Devlet Hastanesi | 263202 | 303 | 1966168 | 449758 | 1380118 | 4956103 | 522939 | 54801 | 519451 | 276486 | 426863 |
| 903 | 245 | Aydın Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi | 162406 | 376 | 2841171 | 487191 | 1093419 | 10405486 | 1151889 | 147779 | 568148 | 49958 | 2480375 |
| 906 | 496 | Aydın Devlet Hastanesi | 716802 | 24205 | 6577529 | 866712 | 4093474 | 12517300 | 2309128 | 62454 | 4203721 | 158538 | 5935170 |
| 909 | 405 | Aydın Nazilli Devlet Hastanesi | 23552 | 426 | 1644930 | 1886333 | 1810083 | 15758888 | 2437331 | 202403 | 877814 | 984339 | 8091365 |
| 912 | 295 | Aydın Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 4959041 | 917516 | 2922983 | 14559748 | 2484771 | 165666 | 2133525 | 54192 | 2647843 |
| 1006 | 510 | Balıkesir Devlet Hastanesi | 41730 | 46070 | 4581940 | 1074490 | 3984857 | 5245606 | 3123054 | 1068390 | 4609698 | 0 | 6729324 |
| 1019 | 503 | Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 2387 | 450759 | 6460051 | 116009 | 3910538 | 12237321 | 1773644 | 235789 | 1982729 | 604475 | 1749888 |
| 1011 | 236 | Balıkesir Dr. M.Güven Karahan Bandırma Dev.Hast. | 1427695 | 65211 | 1581299 | 591934 | 758893 | 7067063 | 638643 | 81675 | 683342 | 30685 | 0 |
| 1202 | 335 | Bingöl Devlet Hastanesi | 190289 | 0 | 3140048 | 2784612 | 4761417 | 9229030 | 1465866 | 0 | 1115065 | 1658967 | 503478 |
| 1405 | 404 | Bolu Izzet Baysal Devlet Hastanesi | 2056206 | 423867 | 5556037 | 478077 | 1455818 | 6702395 | 2003100 | 246118 | 1778002 | 1283645 | 1548144 |
| 1502 | 264 | Burdur Devlet Hastanesi | 0 | 1940 | 3213720 | 898435 | 10613844 | 2255670 | 990626 | 56068 | 427193 | 10325 | 3271405 |
| 1505 | 235 | Burdur Bucak Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 3207967 | 686607 | 776273 | 7319512 | 760690 | 46866 | 1011034 | 44718 | 1097406 |
| 1620 | 525 | Bursa Çekirge Devlet Hastanesi (s) | 4841456 | 0 | 13288826 | 939148 | 3031892 | 19889635 | 3717948 | 84394 | 1340755 | 4216015 | 0 |
| 1605 | 808 | Bursa Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 13713640 | 1208135 | 2224920 | 22985771 | 5869220 | 479882 | 7514100 | 114280 | 8776465 |
| 1616 | 308 | Bursa Inegöl Devlet Hastanesi | 3464687 | 95000 | 3739709 | 296135 | 2730136 | 8739661 | 1008558 | 394377 | 1012750 | 72578 | 0 |
| 1614 | 255 | Bursa Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 4483602 | 426434 | 11410720 | 630434 | 6948687 | 7257356 | 2239041 | 53001 | 700574 | 315 | 0 |
| 1627 | 497 | Bursa Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi (s) | 1040299 | 9064 | 7352478 | 0 | 4568088 | 15958619 | 3889460 | 1198711 | 2494901 | 11818970 | 4253653 |
| 1706 | 500 | Çanakkale Devlet Hastanesi | 1229810 | 2341 | 7406681 | 1033438 | 3234039 | 12589748 | 2975112 | 206308 | 3061396 | 4007778 | 151568 |
| 1805 | 243 | Çankırı Devlet Hastanesi | 316761 | 6283 | 7089527 | 935122 | 2383843 | 10218138 | 2453780 | 171760 | 795242 | 1565340 | 1239439 |
| 1906 | 811 | Çorum Devlet Hastanesi | 0 | 95 | 11988005 | 894342 | 2784948 | 21218684 | 5671328 | 223435 | 2278572 | 4491636 | 5283676 |
| 2007 | 735 | Denizli Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 11740900 | 828540 | 3775086 | 28224034 | 5850093 | 240667 | 2473740 | 6197647 | 4768582 |
| 2105 | 540 | Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 350753 | 0 | 9407556 | 881815 | 11345622 | 19281046 | 14018100 | 84468 | 2134385 | 4144500 | 4953546 |
| 2202 | 240 | Edirne Devlet Hastanesi | 584 | 24408 | 4221435 | 336416 | 982030 | 12983238 | 686169 | 62337 | 450258 | 143519 | 3509593 |
| 2311 | 317 | Elazığ Harput Devlet Hastanesi (s) | 0 | 150 | 2439884 | 0 | 2033569 | 6931433 | 1695470 | 12691 | 1464349 | 5859958 | 4115989 |
| 2305 | 539 | Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 669519 | 135113 | 7910281 | 0 | 10595741 | 15629802 | 4643194 | 77211 | 1229325 | 156783 | 1648663 |
| 2406 | 400 | Erzincan Devlet Hastanesi | 716511 | 0 | 5372179 | 674876 | 1886416 | 14986697 | 2812274 | 26090 | 740069 | 377966 | 2793620 |
| 2512 | 301 | Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi (s) | 66 | 3073 | 4262293 | 973084 | 4849378 | 13016873 | 761478 | 286 | 669172 | 2243902 | 3482593 |
| 2515 | 610 | Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 0 | 1177403 | 463086 | 893012 | 3098289 | 413555 | 40110 | 191921 | 1155 | 744681 |
| 2507 | 250 | Erzurum Numune Hastanesi | 0 | 29196 | 8933502 | 1126315 | 4162977 | 14972709 | 4606048 | 20528 | 1576272 | 6430602 | 1817666 |
| 2604 | 540 | Eskişehir Devlet Hastanesi | 808281 | 434846 | 9916408 | 15907 | 5084598 | 13067005 | 3886303 | 204286 | 912458 | 17 | 15472658 |
| 2611 | 618 | Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi (s) | 41171 | 690 | 9579159 | 778471 | 15441084 | 11328158 | 6226050 | 77444 | 1848443 | 210489 | 8220850 |
| 2704 | 640 | Gaziantep Av.Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi | 643 | 2912365 | 16349940 | 5733537 | 5705228 | 18580576 | 4444457 | 2170 | 3727640 | 5867740 | 4937783 |
| 2709 | 350 | Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi (s) | 3781839 | 150741 | 7605958 | 550828 | 2177357 | 15956353 | 2882836 | 215729 | 2008633 | 3140734 | 0 |
| 2807 | 468 | Giresun Prof.Dr. A. Ilhan Ozdemir Devlet Hastanesi | 0 | 44 | 9021794 | 1562586 | 2443671 | 15445318 | 3075592 | 118096 | 975257 | 1107920 | 4001016 |
| 2902 | 208 | Gümüşhane Devlet Hastanesi | 1051214 | 25551 | 1713374 | 471154 | 1221942 | 5692463 | 1221455 | 40918 | 762256 | 375712 | 307173 |
| 3104 | 417 | Hatay Antakya Devlet Hastanesi | 3680509 | 7129435 | 7205595 | 6801277 | 7721183 | 8379046 | 7165938 | 158 | 6441587 | 291334 | 6947929 |
| 3106 | 397 | Hatay Iskenderun Devlet Hastanesi | 394612 | 147037 | 5372398 | 420199 | 2306307 | 23247022 | 3079662 | 31046 | 2121666 | 104595 | 2744050 |
| 3214 | 305 | Isparta Gülkent Devlet Hastanesi (s) | 660841 | 38091 | 2934539 | 0 | 869567 | 8186207 | 1297422 | 68944 | 784320 | 846993 | 675917 |
| 3206 | 390 | Isparta Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 6374913 | 591437 | 3057694 | 10998773 | 2611592 | 850687 | 1041605 | 16640 | 5674512 |

## Ek Tablo 1. 200 Yatak Üzeri Devlet Hastanelerinin Döner Sermaye Verileri (devam)

| HASTANE ADI | Tıbbı Sarf Malzeme gelirleri | İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri | Kan ve Kan Ürünleri Gelirleri | TESİS - MAKİNA VE CİHAZLAR | TAŞITLAR | DEMİRBAŞLAR | Kirtasiye Giderleri | Yakacak Alim Giderleri | Akaryakit Yağ Giderleri | Yiyecek Malzemesi Alim Giderleri | Özel Malzeme Giderleri | Tekstil Malzeme Giderleri | İlaç Giderleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adana Çukurova Devlet Hastanesi (s) | 13023144 | 13023144 | 0 | 2522093 | 0 | 1644282 | 236770 | 429772 | 24674 | 8986 | 182 | 11108 | 3791929 |
| Adana Devlet Hastanesi | 0 | 5684368 | 113889 | 16200 | 0 | 1521469 | 79546 | 56724 | 41355 | 0 | 0 | 73844 | 1600332 |
| Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 3839619 | 36033333 | 1147441 | 5284147 | 0 | 1814871 | 519194 | 641414 | 309240 | 0 | 1593 | 252603 | 7025021 |
| Adıyaman Devlet Hastanesi | 1541699 | 3795836 | 262870 | 1589658 | 0 | 1748965 | 230601 | 332829 | 111511 | 0 | 2165 | 71433 | 1018705 |
| Afyon Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 297245 | 0 | 956227 | 67684 | 130409 | 76539 | 0 | 90603 | 49239 | 626144 |
| Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi | 0 | 842150 | 0 | 1362694 | 0 | 223759 | 105693 | 755561 | 117970 | 671301 | 0 | 33523 | 1690485 |
| Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 1330170 | 0 | 1263821 | 264264 | 557645 | 121870 | 0 | 0 | 105709 | 934697 |
| Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 8842301 | 14747136 | 666848 | 1129744 | 0 | 1016308 | 518937 | 550174 | 57327 | 0 | 0 | 67330 | 7196653 |
| Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi | 394992 | 394992 | 0 | 656271 | 0 | 419929 | 99739 | 451519 | 11160 | 0 | 0 | 18550 | 465988 |
| Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi | 3857465 | 5417094 | 163081 | 319065 | 0 | 582683 | 56467 | 325082 | 0 | 749338 | 0 | 52240 | 1140386 |
| Ankara Türkiye Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Has | 1564 | 20223054 | 486481 | 8670296 | 0 | 724302 | 203777 | 851150 | 24646 | 7285 | 0 | 137439 | 8771931 |
| Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 31452839 | 1531 | 2263603 | 0 | 796282 | 252768 | 1356586 | 243064 | 0 | 0 | 66750 | 12279261 |
| Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma H | 5371434 | 17051371 | 279424 | 3667094 | 0 | 3488116 | 549142 | 1930578 | 58071 | 0 | 625 | 151449 | 9094512 |
| Antalya Devlet Hastanesi | 1681307 | 3973186 | 1098065 | 792045 | 0 | 1166554 | 215399 | 945243 | 129870 | 0 | 0 | 613479 | 4527359 |
| Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 0 | 5610338 | 0 | 2407667 | 0 | 1884566 | 273437 | 645682 | 27600 | 0 | 0 | 72435 | 2569037 |
| Antalya Alanya Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 6 | 309998 | 0 | 219075 | 122868 | 53504 | 61754 | 0 | 0 | 64321 | 792412 |
| Artvin Devlet Hastanesi | 161819 | 588682 | 39073 | 293447 | 0 | 95321 | 44770 | 398402 | 8559 | 547522 | 0 | 8370 | 509276 |
| Aydın Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi | 0 | 2480375 | 0 | 386007 | 0 | 149553 | 140373 | 309468 | 31227 | 763123 | 0 | 46710 | 704974 |
| Aydın Devlet Hastanesi | 7908 | 5943078 | 17014 | 445420 | 0 | 558165 | 245788 | 529183 | 106667 | 1567915 | 12194 | 301766 | 2267160 |
| Aydın Nazilli Devlet Hastanesi | 17104 | 8108469 | 118353 | 6993 | 0 | 1662930 | 244082 | 636239 | 60599 | 903029 | 13129 | 90942 | 1828225 |
| Aydın Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 0 | 2647843 | 317545 | 285201 | 0 | 852750 | 169285 | 369077 | 28243 | 1520 | 58 | 68966 | 1598816 |
| Balıkesir Devlet Hastanesi | 0 | 6729324 | 0 | 4828422 | 0 | 1647308 | 121751 | 362729 | 57724 | 2074 | 0 | 39882 | 1585223 |
| Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 1639968 | 3389856 | 0 | 984460 | 0 | 326347 | 137697 | 322399 | 11028 | 85249 | 7047 | 5713 | 3072746 |
| Balıkesir Dr. M.Güven Karahan Bandırma Dev.Hast. | 0 | 0 | 0 | 195188 | 0 | 64497 | 60300 | 123904 | 18733 | 485456 | 255 | 9412 | 855323 |
| Bingöl Devlet Hastanesi | 0 | 503478 | 0 | 950714 | 0 | 1340878 | 70303 | 244225 | 342950 | 580707 | 0 | 0 | 326986 |
| Bolu Izzet Baysal Devlet Hastanesi | 0 | 1548144 | 0 | 269425 | 0 | 686722 | 88296 | 1236094 | 35149 | 2592 | 0 | 44990 | 1320696 |
| Burdur Devlet Hastanesi | 0 | 3271405 | 9095 | 371258 | 0 | 279375 | 51642 | 859270 | 31428 | 520987 | 0 | 87043 | 1192392 |
| Burdur Bucak Devlet Hastanesi | 944780 | 2042186 | 92243 | 730525 | 129701 | 149503 | 57495 | 511484 | 0 | 557213 | 0 | 41948 | 1300287 |
| Bursa Çekirge Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 4897 | 1931561 | 0 | 857787 | 201181 | 623943 | 32018 | 0 | 0 | 73602 | 2533963 |
| Bursa Devlet Hastanesi | 0 | 8776465 | 528388 | 1140376 | 0 | 673106 | 296251 | 278530 | 26392 | 0 | 0 | 96126 | 4648208 |
| Bursa Inegöl Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 1167586 | 0 | 220986 | 86644 | 213800 | 71843 | 0 | 0 | 9993 | 1206819 |
| Bursa Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 1806535 | 0 | 242451 | 102550 | 150072 | 9984 | 0 | 0 | 33613 | 2147690 |
| Bursa Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi (s) | 0 | 4253653 | 0 | 680175 | 0 | 235027 | 211650 | 648378 | 40240 | 4920 | 145753 | 49779 | 4642917 |
| Çanakkale Devlet Hastanesi | 2837677 | 2989245 | 24804 | 367875 | 0 | 571410 | 202793 | 638542 | 101752 | 1535752 | 119954 | 51456 | 2654211 |
| Çankırı Devlet Hastanesi | 131048 | 1370488 | 87261 | 605718 | 0 | 369355 | 87951 | 539164 | 13284 | 599086 | 412 | 55443 | 1109831 |
| Çorum Devlet Hastanesi | 536109 | 5819785 | 0 | 182626 | 0 | 1059727 | 195157 | 946924 | 144228 | 563469 | 5690 | 70436 | 2700638 |
| Denizli Devlet Hastanesi | 559545 | 5328128 | 1329177 | 6437006 | 0 | 995969 | 122612 | 3775233 | 32397 | 1869682 | 0 | 46390 | 3242445 |
| Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 4953546 | 0 | 6582957 | 0 | 5582174 | 289446 | 851713 | 112360 | 0 | 0 | 166488 | 2416841 |
| Edirne Devlet Hastanesi | 3544 | 3513137 | 0 | 469406 | 0 | 1010405 | 105906 | 426570 | 3271 | 652215 | 0 | 87615 | 802592 |
| Elazığ Harput Devlet Hastanesi (s) | 3478 | 4119467 | 0 | 718028 | 0 | 1482239 | 60194 | 631931 | 7497 | 804905 | 0 | 46724 | 976775 |
| Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 954261 | 2602924 | 18949 | 4882895 | 0 | 2439635 | 152604 | 1057820 | 43925 | 892385 | 525 | 62910 | 2630577 |
| Erzincan Devlet Hastanesi | 237033 | 3030654 | 113992 | 1019438 | 0 | 427661 | 141678 | 811956 | 228166 | 35226 | 0 | 60977 | 2235613 |
| Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi (s) | 0 | 3482593 | 23897 | 782810 | 0 | 309970 | 74636 | 431183 | 21594 | 0 | 0 | 2624 | 1467993 |
| Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 744681 | 9562 | 11699983 | 0 | 3907068 | 255677 | 852147 | 30775 | 0 | 6115 | 270121 | 306243 |
| Erzurum Numune Hastanesi | 536765 | 2354431 | 113942 | 469837 | 0 | 247116 | 389932 | 538667 | 23172 | 1028547 | 20279 | 45643 | 3867092 |
| Eskişehir Devlet Hastanesi | 0 | 15472658 | 0 | 1695591 | 0 | 511021 | 157854 | 307684 | 8981 | 0 | 0 | 53957 | 4486537 |
| Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi (s) | 34287 | 8255137 | 366825 | 2557291 | 0 | 3788784 | 216991 | 481384 | 35506 | 0 | 0 | 133446 | 3312495 |
| Gaziantep Av.Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi | 347755 | 5285538 | 4744 | 2106310 | 0 | 2110081 | 138020 | 711972 | 33222 | 0 | 0 | 22129 | 3701897 |
| Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 0 | 125702 | 0 | 228112 | 130416 | 872988 | 21222 | 0 | 0 | 87316 | 1743130 |
| Giresun Prof.Dr. A. Ilhan Ozdemir Devlet Hastanesi | 118962 | 4119979 | 167556 | 461152 | 0 | 368270 | 339557 | 223188 | 192562 | 0 | 12481 | 88633 | 3013914 |
| Gümüşhane Devlet Hastanesi | 0 | 307173 | 3026 | 497585 | 0 | 471720 | 28699 | 272549 | 90838 | 308 | 0 | 17905 | 477256 |
| Hatay Antakya Devlet Hastanesi | 0 | 6947929 | 25584 | 1968417 | 0 | 2985087 | 202963 | 1224261 | 187908 | 1042590 | 0 | 62894 | 3537054 |
| Hatay Iskenderun Devlet Hastanesi | 1145244 | 3889294 | 119131 | 3195190 | 0 | 1253145 | 156379 | 22554 | 114634 | 52 | 12057 | 114106 | 2439711 |
| Isparta Gülkent Devlet Hastanesi (s) | 0 | 675917 | 0 | 284388 | 0 | 588272 | 55426 | 704666 | 40570 | 0 | 3349 | 19714 | 981671 |
| Isparta Devlet Hastanesi | 0 | 5674512 | 0 | 144152 | 0 | 1334037 | 102174 | 853906 | 87496 | 0 | 182073 | 381258 | 1911352 |

## Ek Tablo 1. 200 Yatak Üzeri Devlet Hastanelerinin Döner Sermaye Verileri (devam)

| HASTANE ADI | İnşaat Malzemesi Giderleri | Hirdavat Giderleri | Tibbi Malzeme Giderleri | Temizlik Malzemesi Giderleri | Diğer Tüketim Malzemesi Giderleri | İşçi Ücret Ve Giderleri | Memur Ücret Ve Giderleri | Müşavir Firma Ve Bilirkişi Giderleri | Elektrik-Su Giderleri | Ulaştırma-Haberleşme Giderleri | Taşima Ve Ardiye Giderleri | Temizik Hizmet Alim Giderleri | Yemek Hizmet Alim Giderleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adana Çukurova Devlet Hastanesi (s) | 33710 | 255145 | 4947330 | 241178 | 28445 | 0 | 2430380 | 543313 | 1658871 | 237620 | 1038 | 2970032 | 2249559 |
| Adana Devlet Hastanesi | 54186 | 195760 | 8297993 | 20655 | 242837 | 0 | 605366 | 0 | 748921 | 143472 | 0 | 3531074 | 2001516 |
| Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 68907 | 448263 | 14871175 | 235294 | 56479 | 0 | 1899445 | 32745 | 2988546 | 316064 | 85547 | 8121760 | 4260326 |
| Adıyaman Devlet Hastanesi | 129368 | 221036 | 2792966 | 167723 | 141904 | 0 | 531363 | 3376033 | 460691 | 168014 | 0 | 2335091 | 1372040 |
| Afyon Devlet Hastanesi | 153950 | 76293 | 3935755 | 64054 | 767 | 0 | 518508 | 854586 | 335067 | 142699 | 0 | 2065859 | 1228293 |
| Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi | 490 | 58886 | 2366444 | 96454 | 28905 | 0 | 321582 | 0 | 587899 | 69490 | 0 | 1368872 | 310215 |
| Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 77213 | 157219 | 2455427 | 0 | 340799 | 72640 | 783883 | 0 | 1016898 | 146462 | 0 | 0 | 0 |
| Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 39901 | 152813 | 18417042 | 79768 | 1055979 | 0 | 1813956 | 10030 | 2396666 | 263434 | 0 | 6561221 | 4377560 |
| Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi | 0 | 17923 | 3009293 | 19748 | 119725 | 0 | 1067948 | 2213 | 689242 | 62620 | 0 | 1078419 | 1023136 |
| Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi | 5910 | 37317 | 6347367 | 87666 | 481127 | 0 | 210375 | 7014 | 687159 | 73302 | 0 | 1742900 | 433848 |
| Ankara Türkiye Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Has | 43 | 66928 | 16879815 | 333458 | 950784 | 889343 | 8001852 | 110673 | 1633932 | 322740 | 5192 | 1164461 | 3157929 |
| Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 24560 | 208591 | 25038731 | 3162 | 1037189 | 0 | 1820174 | 119482 | 3172196 | 829562 | 182955 | 10598840 | 5817615 |
| Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma H | 11404 | 750002 | 25609132 | 49364 | 75123 | 0 | 2083126 | 35744 | 4172722 | 436623 | 59752 | 6311842 | 5144884 |
| Antalya Devlet Hastanesi | 87258 | 429450 | 10101143 | 117692 | 636596 | 0 | 883175 | 1227 | 3034251 | 100762 | 0 | 5567638 | 3020362 |
| Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 9567 | 75143 | 6316975 | 10480 | 879 | 0 | 0 | 0 | 972180 | 188490 | 0 | 2822554 | 2023373 |
| Antalya Alanya Devlet Hastanesi | 24331 | 87307 | 2095969 | 153186 | 342548 | 0 | 326547 | 12449 | 475257 | 41452 | 0 | 1280537 | 1012609 |
| Artvin Devlet Hastanesi | 40166 | 0 | 1522853 | 69843 | 178788 | 0 | 29471 | 0 | 479126 | 23134 | 0 | 926963 | 0 |
| Aydın Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi | 0 | 90836 | 3047560 | 127830 | 256942 | 0 | 497931 | 0 | 659722 | 163013 | 0 | 1420923 | 0 |
| Aydın Devlet Hastanesi | 53348 | 32256 | 8582839 | 145059 | 1007587 | 0 | 938777 | 9600 | 686937 | 159593 | 14067 | 3061089 | 377112 |
| Aydın Nazilli Devlet Hastanesi | 12285 | 135849 | 5596716 | 52356 | 672442 | 0 | 421750 | 0 | 626776 | 153128 | 0 | 3354146 | 448732 |
| Aydın Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 99814 | 79182 | 3732090 | 77107 | 84338 | 0 | 0 | 24709 | 588481 | 166299 | 1812 | 1471934 | 1087789 |
| Balıkesir Devlet Hastanesi | 38709 | 158284 | 4468019 | 0 | 519309 | 0 | 174703 | 0 | 575782 | 87119 | 0 | 1807075 | 2277331 |
| Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 2126 | 0 | 5067290 | 112499 | 25896 | 0 | 261283 | 101571 | 451838 | 70328 | 52544 | 1775903 | 1663148 |
| Balıkesir Dr. M.Güven Karahan Bandırma Dev.Hast. | 4853 | 37609 | 917547 | 55549 | 46906 | 0 | 126232 | 1346853 | 145272 | 74227 | 0 | 1329939 | 226615 |
| Bingöl Devlet Hastanesi | 23679 | 17717 | 1611375 | 24803 | 352163 | 236642 | 234332 | 0 | 363334 | 182565 | 0 | 1159117 | 0 |
| Bolu Izzet Baysal Devlet Hastanesi | 26226 | 26849 | 2696701 | 68730 | 51029 | 0 | 1130076 | 0 | 642995 | 56186 | 0 | 1990047 | 1810177 |
| Burdur Devlet Hastanesi | 3931 | 54337 | 4580801 | 1130 | 31579 | 0 | 0 | 3400 | 199181 | 24189 | 0 | 1202149 | 490746 |
| Burdur Bucak Devlet Hastanesi | 11647 | 94848 | 2494633 | 1590 | 76394 | 0 | 267146 | 25322 | 217931 | 105258 | 76977 | 1019411 | 315179 |
| Bursa Çekirge Devlet Hastanesi (s) | 7830 | 104370 | 10719934 | 112735 | 5466 | 0 | 1649901 | 1951 | 955747 | 135922 | 0 | 2771608 | 2879933 |
| Bursa Devlet Hastanesi | 1637 | 144594 | 11004818 | 192543 | 124325 | 0 | 2049281 | 2240806 | 1110037 | 139307 | 0 | 4291896 | 2714148 |
| Bursa Inegöl Devlet Hastanesi | 0 | 46433 | 2830279 | 64420 | 116386 | 0 | 592788 | 0 | 230059 | 126470 | 0 | 1494838 | 1179854 |
| Bursa Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 23222 | 374916 | 5637778 | 0 | 7520 | 0 | 1382153 | 1656886 | 623184 | 136715 | 0 | 2128990 | 1496674 |
| Bursa Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi (s) | 6233 | 12075 | 9845101 | 119314 | 222622 | 0 | 2857325 | 5926 | 1445443 | 124521 | 94 | 2858989 | 1850529 |
| Çanakkale Devlet Hastanesi | 32470 | 383127 | 4745679 | 178299 | 22617 | 0 | 329696 | 1815866 | 662715 | 256919 | 27058 | 2219266 | 0 |
| Çankırı Devlet Hastanesi | 1486 | 69706 | 3500343 | 110987 | 158248 | 0 | 0 | 22284 | 423526 | 61132 | 6683 | 828300 | 0 |
| Çorum Devlet Hastanesi | 29475 | 271347 | 9586171 | 62199 | 70130 | 0 | 521330 | 46020 | 1089941 | 261820 | 0 | 3331079 | 2353707 |
| Denizli Devlet Hastanesi | 1183929 | 108628 | 7518373 | 0 | 717705 | 0 | 465541 | 0 | 754011 | 57325 | 6462 | 3740757 | 1060220 |
| Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 467 | 163556 | 11226408 | 0 | 0 | 0 | 2123351 | 3000 | 1468468 | 286354 | 18664 | 3984576 | 3337523 |
| Edirne Devlet Hastanesi | 295 | 91632 | 3792842 | 74686 | 8385 | 0 | 42526 | 2250780 | 379051 | 70178 | 0 | 910474 | 0 |
| Elazığ Harput Devlet Hastanesi (s) | 7870 | 181589 | 2397784 | 29454 | 1711 | 0 | 362275 | 422980 | 365188 | 30786 | 25741 | 729808 | 0 |
| Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 32409 | 573815 | 6708819 | 195878 | 362165 | 0 | 731444 | 1327131 | 741040 | 120215 | 21076 | 3890954 | 503882 |
| Erzincan Devlet Hastanesi | 38274 | 50292 | 4069027 | 59332 | 55055 | 0 | 1296557 | 3127 | 1140077 | 115972 | 0 | 2060669 | 1577718 |
| Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi (s) | 15559 | 99580 | 5268816 | 0 | 7544 | 0 | 247142 | 0 | 386948 | 57607 | 7829 | 908847 | 1673137 |
| Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 3935 | 977924 | 0 | 7809 | 39210 | 0 | 0 | 34810 | 545683 | 140414 | 96737 | 963134 | 395210 |
| Erzurum Numune Hastanesi | 0 | 66954 | 10246858 | 32904 | 98547 | 0 | 1601653 | 0 | 1019155 | 104325 | 1555 | 4469855 | 0 |
| Eskişehir Devlet Hastanesi | 948153 | 191909 | 18712186 | 0 | 680674 | 0 | 699219 | 0 | 722893 | 113752 | 177942 | 2930140 | 2079465 |
| Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi (s) | 39743 | 300723 | 13502141 | 0 | 764922 | 0 | 1511317 | 0 | 760058 | 142153 | 0 | 2041549 | 2085766 |
| Gaziantep Av.Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi | 20753 | 64781 | 9436454 | 45958 | 95945 | 0 | 2896973 | 2628491 | 1295814 | 88345 | 0 | 3032417 | 1736052 |
| Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi (s) | 13100 | 58424 | 5945336 | 194843 | 89 | 7670 | 1780072 | 1403595 | 737249 | 30333 | 26904 | 1863976 | 1181900 |
| Giresun Prof.Dr. A. Ilhan Ozdemir Devlet Hastanesi | 10206 | 231271 | 5123826 | 20524 | 8599 | 0 | 886371 | 2301 | 611555 | 183064 | 163397 | 2278596 | 1721606 |
| Gümüşhane Devlet Hastanesi | 1534 | 202813 | 1740862 | 4571 | 0 | 0 | 330672 | 62422 | 488832 | 28757 | 1590 | 591819 | 526535 |
| Hatay Antakya Devlet Hastanesi | 5381 | 732568 | 9149290 | 115190 | 0 | 0 | 906036 | 6599917 | 986576 | 275703 | 0 | 2862735 | 379980 |
| Hatay Iskenderun Devlet Hastanesi | 11530 | 119911 | 5334949 | 21561 | 401267 | 0 | 434463 | 29409 | 935793 | 193089 | 0 | 3059625 | 1936900 |
| Isparta Gülkent Devlet Hastanesi (s) | 28637 | 54810 | 1592594 | 5138 | 88079 | 0 | 0 | 472 | 499441 | 137162 | 767 | 570149 | 936489 |
| Isparta Devlet Hastanesi | 27873 | 92843 | 3703288 | 18688 | 51043 | 0 | 0 | 0 | 753946 | 172924 | 0 | 2649352 | 1843982 |

## Ek Tablo 1. 200 Yatak Üzeri Devlet Hastanelerinin Döner Sermaye Verileri (devam)

| HASTANE ADI | Makine Teçhizat Ve Tibbi Cihaz Onarim Giderleri | Bilgisayar Bakim Onarim Giderleri | Kira Giderleri | Yapi Tesis Onarim Giderleri | Diğer Hizmet Giderleri | İnşaat Maaliyet Giderleri | Ek Ödeme | Nöbet Ücretleri | Ek Çalişma Karşiliklari |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adana Çukurova Devlet Hastanesi (s) | 279059 | 26524 | 9562 | 1478314 | 10788382 | 0 | 17079409 | 291132 | 17370542 |
| Adana Devlet Hastanesi | 264479 | 0 | 12304 | 550984 | 4117578 | 0 | 11091861 | 154064 | 11245925 |
| Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1071266 | 49549 | 10895 | 175279 | 28722297 | 0 | 28768346 | 63819 | 28832165 |
| Adıyaman Devlet Hastanesi | 353865 | 0 | 27089 | 206591 | 2333891 | 0 | 9243226 | 65784 | 9309010 |
| Afyon Devlet Hastanesi | 3514 | 590114 | 0 | 916564 | 263928 | 0 | 7110761 | 170162 | 7280923 |
| Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi | 318248 | 71691 | 0 | 236577 | 3116267 | 0 | 8692229 | 74471 | 8766700 |
| Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 215247 | 20452 | 0 | 574891 | 15509328 | 0 | 12723889 | 232323 | 12956212 |
| Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 294296 | 220 | 584764 | 155562 | 18753509 | 0 | 29479317 | 372128 | 29851445 |
| Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi | 160432 | 21486 | 0 | 274346 | 2416802 | 0 | 9884073 | 144584 | 10028657 |
| Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi | 178386 | 79296 | 11250 | 390386 | 2813034 | 0 | 7263478 | 109093 | 7372571 |
| Ankara Türkiye Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Has | 172464 | 92753 | 11250 | 1615395 | 1150323 | 0 | 26181594 | 376897 | 26558490 |
| Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 2785450 | 0 | 1671028 | 2885060 | 9704907 | 0 | 47294148 | 1348629 | 48642778 |
| Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma H | 1913373 | 8645 | 144710 | 1997579 | 8458507 | 0 | 47946145 | 1011031 | 48957175 |
| Antalya Devlet Hastanesi | 774141 | 0 | 0 | 407773 | 5186736 | 0 | 23079579 | 707607 | 23787187 |
| Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 233146 | 40817 | 0 | 817991 | 5290681 | 0 | 14252625 | 266459 | 14519085 |
| Antalya Alanya Devlet Hastanesi | 227361 | 0 | 0 | 0 | 2215968 | 0 | 6483535 | 353 | 6483888 |
| Artvin Devlet Hastanesi | 148073 | 11411 | 0 | 0 | 652957 | 0 | 4054184 | 135880 | 4190063 |
| Aydın Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi | 111728 | 0 | 0 | 4720 | 2261608 | 0 | 6254189 | 126508 | 6380697 |
| Aydın Devlet Hastanesi | 609816 | 42409 | 0 | 93220 | 4127620 | 0 | 10840529 | 139293 | 10979822 |
| Aydın Nazilli Devlet Hastanesi | 291455 | 96964 | 0 | 351130 | 4333626 | 0 | 10182833 | 114463 | 10297296 |
| Aydın Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 277180 | 350 | 0 | 115496 | 4412292 | 0 | 9381297 | 236500 | 9617797 |
| Balıkesir Devlet Hastanesi | 139610 | 0 | 19500 | 274842 | 3675360 | 0 | 9630417 | 328139 | 9958556 |
| Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 365786 | 0 | 0 | 559569 | 3612145 | 0 | 8518361 | 304564 | 8822925 |
| Balıkesir Dr. M.Güven Karahan Bandırma Dev.Hast. | 96880 | 63034 | 0 | 592 | 335758 | 1462659 | 4202860 | 183028 | 4385888 |
| Bingöl Devlet Hastanesi | 323457 | 0 | 0 | 991760 | 1574016 | 0 | 7880313 | 280509 | 8160822 |
| Bolu Izzet Baysal Devlet Hastanesi | 613167 | 0 | 0 | 84246 | 2827532 | 0 | 6866720 | 325425 | 7192144 |
| Burdur Devlet Hastanesi | 269103 | 20426 | 7589 | 13970 | 1826119 | 4750000 | 6716395 | 122169 | 6838565 |
| Burdur Bucak Devlet Hastanesi | 119728 | 72579 | 0 | 47422 | 1636484 | 0 | 4351994 | 136736 | 4488730 |
| Bursa Çekirge Devlet Hastanesi (s) | 297504 | 27659 | 0 | 62705 | 7504371 | 0 | 14946332 | 172792 | 15119125 |
| Bursa Devlet Hastanesi | 901374 | 0 | 966797 | 547408 | 4287688 | 0 | 16620824 | 247196 | 16868020 |
| Bursa Inegöl Devlet Hastanesi | 206890 | 0 | 0 | 485399 | 3504742 | 0 | 6167511 | 184983 | 6352494 |
| Bursa Yüksek Ihtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 431378 | 2921434 | 0 | 8875513 | 213406 | 9088919 |
| Bursa Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi (s) | 39018 | 2733 | 0 | 76724 | 7942497 | 0 | 12790838 | 278207 | 13069045 |
| Çanakkale Devlet Hastanesi | 253674 | 0 | 0 | 1152791 | 1176577 | 0 | 13378425 | 680384 | 14058809 |
| Çankırı Devlet Hastanesi | 133403 | 38235 | 0 | 134751 | 1425909 | 0 | 8364796 | 23234 | 8388030 |
| Çorum Devlet Hastanesi | 403299 | 236962 | 0 | 809729 | 5841669 | 0 | 17012435 | 422024 | 17434459 |
| Denizli Devlet Hastanesi | 581521 | 3275 | 32450 | 0 | 6269471 | 2018357 | 18588457 | 286298 | 18874754 |
| Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 466516 | 0 | 143520 | 780232 | 16801134 | 0 | 17714424 | 402648 | 18117072 |
| Edirne Devlet Hastanesi | 148654 | 0 | 9065 | 221714 | 87416 | 4254664 | 6965733 | 0 | 6965733 |
| Elazığ Harput Devlet Hastanesi (s) | 70040 | 590 | 0 | 106082 | 1333789 | 0 | 8155077 | 178960 | 8334038 |
| Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 243816 | 47200 | 1448 | 498362 | 2355455 | 0 | 14851987 | 391120 | 15243107 |
| Erzincan Devlet Hastanesi | 407086 | 2361 | 0 | 137420 | 3303251 | 0 | 9950771 | 306081 | 10256852 |
| Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi (s) | 82601 | 5033 | 0 | 484679 | 5041452 | 0 | 8709887 | 141827 | 8851714 |
| Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 3894 | 0 | 0 | 960924 | 6854822 | 87445 | 2529428 | 27947 | 2557375 |
| Erzurum Numune Hastanesi | 580343 | 3888 | 0 | 168768 | 1577908 | 0 | 15532139 | 136971 | 15669110 |
| Eskişehir Devlet Hastanesi | 297723 | 240227 | 128640 | 867080 | 3863173 | 0 | 13293269 | 111610 | 13404879 |
| Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi (s) | 100939 | 0 | 187308 | 165681 | 4979663 | 0 | 14138788 | 127561 | 14266348 |
| Gaziantep Av.Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi | 418741 | 5619 | 0 | 33878 | 3410794 | 0 | 16729995 | 256269 | 16986264 |
| Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi (s) | 144434 | 1534 | 0 | 247893 | 2345031 | 0 | 10743974 | 351813 | 11095787 |
| Giresun Prof.Dr. A. Ilhan Ozdemir Devlet Hastanesi | 251315 | 196946 | 0 | 355685 | 3706852 | 1109133 | 10472659 | 1361989 | 11834648 |
| Gümüşhane Devlet Hastanesi | 173588 | 1010718 | 0 | 348802 | 383654 | 0 | 4318058 | 134335 | 4452393 |
| Hatay Antakya Devlet Hastanesi | 163759 | 3068 | 3601 | 258638 | 253322 | 555985 | 14703306 | 270467 | 14973773 |
| Hatay Iskenderun Devlet Hastanesi | 257956 | 8312 | 0 | 1706674 | 5296658 | 0 | 10882437 | 397063 | 11279500 |
| Isparta Gülkent Devlet Hastanesi (s) | 53805 | 91828 | 0 | 0 | 1753473 | 0 | 5591328 | 210614 | 5801941 |
| Isparta Devlet Hastanesi | 214609 | 0 | 30503 | 147734 | 3838007 | 250000 | 10229801 | 129022 | 10358823 |

| HASTANE KODU | yatak sayısı | HASTANE ADI | Aşi, Serum, İlaç, Tibbi Malzeme Gelirleri | Kan Ve Kan Ürünleri Ücretleri | Ameliyat Ücretleri | Diyaliz Ücretleri | Laboratuvar Hizm.Alinan Ücretler | Poliklinik Ücretleri(Diş Ve Pansuman Dahil) | Radyoloji Hizm.Alinan Ücretler | Refakat Ücretleri | Yatak Ücretleri | Diğer Ücretler | İlaç Gelirleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3303 | 506 | Mersin Devlet Hastanesi | 33 | 646 | 26536698 | 116861 | 3875338 | 22473026 | 6380195 | 278747 | 1596580 | 843284 | 2356847 |
| 3310 | 400 | Mersin Toros Devlet Hastanesi (s) | 17 | 7404 | 6324963 | 0 | 2998281 | 16278901 | 2865003 | 68755 | 714190 | 397865 | 2286850 |
| 3312 | 221 | Mersin Tarsus Devlet Hastanesi | 182041 | 246517 | 5576437 | 527048 | 1721623 | 12388408 | 1224260 | 90268 | 1029483 | 108780 | 543690 |
| 3313 | 501 | Mersin 70. Yıl Tarsus Devlet Hastanesi (s) | 1855752 | 205337 | 3254878 | 390350 | 3743493 | 16554905 | 3421899 | 34565 | 1321147 | 181018 | 361479 |
| 3403 | 389 | Istanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma H | 72812 | 382898 | 9598228 | 1118859 | 9296444 | 28738281 | 10645054 | 80136 | 3215699 | 2967494 | 2044486 |
| 3471 | 498 | İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1146807 | 27312 | 2983255 | 18034 | 4314684 | 27113834 | 3325799 | 77385 | 405912 | 1885932 | 214524 |
| 3407 | 531 | Istanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 370174 | 0 | 9479777 | 74786 | 12908488 | 26670020 | 8575512 | 206749 | 2023719 | 17942005 | 7136093 |
| 3410 | 703 | İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hasta | 196496 | 0 | 10600594 | 1074371 | 6119731 | 31972326 | 5345726 | 151730 | 2747509 | 9845275 | 8470575 |
| 3412 | 441 | Istanbul Kartal Koşuyolu Yüksek Ihtisas Eğitim ve Araşt | 2725 | 0 | 5046921 | 0 | 4722153 | 2042127 | 2862122 | 309190 | 736491 | 7432377 | 42178981 |
| 3448 | 293 | İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hasta | 2566993 | 0 | 1392494 | 354297 | 2420869 | 8199406 | 2401674 | 13220 | 524157 | 2003799 | 0 |
| 3413 | 699 | Istanbul Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hast | 13001909 | 268 | 19391689 | 5902744 | 15861928 | 22925687 | 12298818 | 747235 | 5138924 | 4840644 | 0 |
| 3418 | 803 | Istanbul Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 12026164 | 1972153 | 13126156 | 861071 | 13244513 | 33961364 | 7331021 | 286916 | 2431888 | 6644081 | 0 |
| 3421 | 249 | Istanbul Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 1186190 | 25236 | 5898885 | 57 | 12020216 | 8299067 | 4701679 | 0 | 3395079 | 681653 | 469220 |
| 3477 | 210 | Istanbul Esenyurt Devlet Hastanesi (y) | 118953 | 0 | 906060 | 0 | 283022 | 6128449 | 391985 | 0 | 60188 | 1782887 | 323838 |
| 3434 | 279 | Istanbul Umraniye Eğitim ve Arş. Hastanesi | 825 | 280 | 3504137 | 3520 | 5076727 | 20424651 | 5477126 | 144434 | 447347 | 4697876 | 2084875 |
| 3454 | 284 | Istanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi (s) | 347539 | 0 | 4858122 | 0 | 3159720 | 15157962 | 2445274 | 99804 | 715158 | 2710005 | 4116006 |
| 3457 | 808 | Istanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştıma Hastanesi (s) | 140185 | 3121 | 13933979 | 0 | 6265978 | 46789203 | 11440466 | 159178 | 2465737 | 641309 | 17475543 |
| 3458 | 751 | Istanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 50591 | 0 | 12772789 | 1268905 | 5347108 | 5569294 | 6249196 | 70929 | 1801218 | 37136489 | 4531456 |
| 3473 | 338 | Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 13289888 | 85234 | 14161186 | 0 | 5632902 | 43072330 | 9949141 | 300206 | 3275345 | 15291525 | 0 |
| 3466 | 367 | Istanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi (s) | 9140977 | 878609 | 7158718 | 0 | 9759683 | 13748033 | 5339703 | 1293223 | 1164877 | 373521 | 0 |
| 3529 | 688 | Izmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 30031 | 1855365 | 16460711 | 794971 | 6313019 | 21083187 | 4584534 | 121301 | 2606429 | 30652 | 19303155 |
| 3509 | 1051 | Izmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 17665 | 159970 | 34706918 | 1088165 | 9645260 | 48221801 | 12038511 | 406732 | 3176396 | 11254 | 24899730 |
| 3528 | 779 | Izmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (s) | 292 | 1467181 | 29708200 | 537708 | 8104716 | 37103018 | 6546501 | 183484 | 2884528 | 182498 | 14037792 |
| 3532 | 406 | Izmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi (s) | 4422 | 749 | 9862703 | 961 | 16742532 | 5576111 | 2041645 | 61155 | 653647 | 201743 | 7196180 |
| 3512 | 202 | Izmir Alsancak Nevvar Salih Işgören Devlet Hastanesi | 417 | 4975 | 1645790 | 462537 | 3060848 | 12523802 | 1607120 | 53635 | 550394 | 46475 | 922943 |
| 3517 | 267 | Izmir Karşıyaka Devlet Hastanesi | 169409 | 0 | 4988180 | 0 | 2240028 | 17405003 | 2538090 | 110201 | 627864 | 86052 | 2149770 |
| 3522 | 265 | Izmir Odemiş Devlet Hastanesi | 2963806 | 854 | 4501370 | 358 | 2332903 | 3385004 | 2117840 | 40220 | 2625616 | 6890 | 0 |
| 3604 | 251 | Kars Devlet Hastanesi | 8211 | 27344 | 3351862 | 32675 | 2872901 | 12771255 | 2206539 | 90674 | 910476 | 5127 | 1678632 |
| 3706 | 211 | Kastamonu Dr.Münif Islamoğlu Devlet Hastanesi | 629 | 10136 | 3576922 | 959972 | 2452469 | 10010735 | 3014153 | 115315 | 846487 | 258797 | 1701435 |
| 3808 | 1108 | Kayseri Dr.Vedat Ali Ozkan Eğitim ve Araştırma Hastan | 8386665 | 26260 | 15999817 | 1182074 | 10937850 | 51331988 | 7411883 | 17488 | 3334785 | 896628 | 0 |
| 3906 | 266 | Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi | 758715 | 78104 | 2504502 | 441839 | 635100 | 13142468 | 569717 | 77282 | 877655 | 139216 | 1561507 |
| 3902 | 301 | Kırklareli Devlet Hastanesi | 227137 | 0 | 2950958 | 7622 | 862865 | 10595055 | 553332 | 84503 | 524744 | 205767 | 1239529 |
| 4107 | 298 | Kocaeli Darıca Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 1086376 | 584762 | 1409444 | 6366474 | 1113539 | 134581 | 556966 | 2001995 | 1130841 |
| 4106 | 326 | Kocaeli Devlet Hastanesi | 355393 | 0 | 5551314 | 241194 | 2126919 | 7758389 | 2970043 | 17208 | 1317494 | 2926531 | 1951184 |
| 4115 | 331 | Kocaeli Derince Devlet Hastanesi (s) | 1019547 | 41012 | 2663639 | 796181 | 2286220 | 10959203 | 1733964 | 71379 | 1133148 | 4184255 | 4052571 |
| 4204 | 598 | Konya Numune Hastanesi | 0 | 0 | 13467599 | 1365626 | 3222368 | 34556308 | 4659074 | 75164 | 1422834 | 272508 | 2667256 |
| 4215 | 251 | Konya Ereğli Devlet Hastanesi | 1557917 | 102339 | 3081724 | 578309 | 1182749 | 9294443 | 1443735 | 76415 | 313926 | 2779235 | 0 |
| 4230 | 740 | Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 3694 | 43 | 5670688 | 1055406 | 18838046 | 17588040 | 12927077 | 312997 | 4842717 | 6007055 | 4441817 |
| 4309 | 400 | Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi (s) | 3256736 | 417 | 5330948 | 128292 | 1104455 | 9488471 | 2624913 | 99918 | 542509 | 1550633 | 0 |
| 4304 | 270 | Kütahya Devlet Hastanesi | 1098018 | 203 | 4169979 | 753130 | 1611374 | 11111968 | 2217158 | 162344 | 1459281 | 236750 | 2516470 |
| 4406 | 460 | Malatya Devlet Hastanesi | 62 | 173 | 10219428 | 62184 | 2847888 | 21694390 | 2229470 | 36124 | 383612 | 494 | 182475 |
| 4412 | 506 | Malatya Beydağı Devlet Hastanesi (s) | 303 | 0 | 1527801 | 0 | 4590153 | 8717432 | 4070321 | 350155 | 751824 | 0 | 8211657 |
| 4502 | 228 | Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi | 0 | 43 | 3931197 | 531 | 902194 | 11528130 | 1181690 | 114934 | 542180 | 1688975 | 1712789 |
| 4504 | 325 | Manisa Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 7627146 | 248238 | 2180227 | 11137206 | 4065823 | 67592 | 1089712 | 1704573 | 1828457 |
| 4509 | 250 | Manisa Soma Devlet Hastanesi | 62073 | 2299 | 2380152 | 430179 | 726482 | 9476472 | 801725 | 46513 | 523223 | 30539 | 886425 |
| 4512 | 254 | Manisa Salihli Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 3448741 | 777149 | 624021 | 10581946 | 1719331 | 64262 | 631876 | 100337 | 1071742 |
| 4604 | 515 | Kahramanmaraş Devlet Hastanesi | 90415 | 867591 | 9668593 | 2152837 | 3096067 | 11388197 | 3424288 | 128014 | 1637735 | 4356587 | 9144215 |
| 4607 | 234 | Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi | 2008536 | 153606 | 3198570 | 299559 | 2094824 | 8658237 | 2328018 | 149753 | 497579 | 1589067 | 0 |
| 4702 | 300 | Mardin Devlet Hastanesi | 1349998 | 190246 | 3265046 | 762074 | 2926404 | 8385331 | 2659770 | 39994 | 310354 | 535712 | 0 |
| 4805 | 501 | Muğla Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 253396 | 228997 | 854843 | 28340873 | 633406 | 313156 | 454310 | 7245 | 601855 |
| 4809 | 223 | Muğla Fethiye Devlet Hastanesi | 0 | 6 | 4830377 | 452494 | 1278346 | 3222482 | 1045216 | 73346 | 644797 | 5876835 | 1427835 |
| 4902 | 289 | Muş Devlet Hastanesi | 1289557 | 8498 | 3471448 | 1000103 | 2140261 | 11574696 | 2271735 | 164617 | 649128 | 382437 | 0 |
| 5004 | 230 | Nevşehir Dr. I.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi | 238962 | 0 | 7820110 | 182031 | 4483945 | 8972531 | 495940 | 0 | 61324 | 0 | 216387 |
| 5110 | 280 | Niğde Devlet Hastanesi | 2728205 | 71601 | 1365688 | 1039031 | 2193897 | 9363672 | 2507577 | 212322 | 1036037 | 3893513 | 624424 |
| 5202 | 438 | Ordu Devlet Hastanesi | 1916308 | 986901 | 12877216 | 54721 | 3325335 | 3743532 | 3600476 | 223755 | 1012714 | 9168176 | 3430963 |
| 5209 | 317 | Ordu Fatsa Devlet Hastanesi | 34400 | 146648 | 3916133 | 846464 | 1138783 | 8985558 | 1040411 | 47925 | 1034979 | 889319 | 0 |

| HASTANE ADI | Tıbbı Sarf Malzeme gelirleri | İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri | Kan ve Kan Ürünleri Gelirleri | TESİS - MAKİNA VE CİHAZLAR | TAŞITLAR | DEMİRBAŞLAR | Kirtasiye Giderleri | Yakacak Alim Giderleri | Akaryakit Yağ Giderleri | Yiyecek Malzemesi Alim Giderleri | Özel Malzeme Giderleri | Tekstil Malzeme Giderleri | İlaç Giderleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mersin Devlet Hastanesi | 716445 | 3073292 | 473536 | 1110740 | 0 | 2072287 | 289257 | 788349 | 9018 | 2477 | 0 | 94473 | 3428372 |
| Mersin Toros Devlet Hastanesi (s) | 367476 | 2654326 | 785455 | 1661504 | 0 | 972705 | 196466 | 191270 | 215336 | 0 | 118 | 69273 | 1490522 |
| Mersin Tarsus Devlet Hastanesi | 596120 | 1139810 | 0 | 834617 | 0 | 918871 | 123315 | 86657 | 38099 | 0 | 4390 | 62637 | 846865 |
| Mersin 70. Yıl Tarsus Devlet Hastanesi (s) | 0 | 361479 | 0 | 107171 | 0 | 462161 | 237525 | 1023611 | 50887 | 3240 | 0 | 66926 | 1363474 |
| İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma H | 1903620 | 3948106 | 106 | 8433881 | 65167 | 4402200 | 310896 | 264289 | 17635 | 0 | 125896 | 56702 | 2388548 |
| İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 214524 | 0 | 1157498 | 0 | 5054164 | 186809 | 807673 | 31033 | 614 | 684 | 134290 | 1092868 |
| İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 2306436 | 9442528 | 1538628 | 2014046 | 0 | 1029796 | 432107 | 570015 | 18890 | 0 | 2616 | 174208 | 4910664 |
| İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hasta | 0 | 8470575 | 2309955 | 1896794 | 0 | 1394731 | 150088 | 714992 | 17850 | 0 | 0 | 15870 | 5509320 |
| İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek Ihtisas Eğitim ve Araşt | 11705 | 42190686 | 759806 | 6903 | 0 | 2731380 | 483888 | 680537 | 19320 | 0 | 151175 | 120355 | 3991388 |
| İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hasta | 0 | 0 | 0 | 1237941 | 0 | 1945461 | 34 | 395192 | 3115 | 0 | 0 | 21012 | 110017 |
| İstanbul Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hast | 0 | 0 | 0 | 1404782 | 0 | 1864624 | 41376 | 514731 | 11878 | 1728 | 2253 | 19215 | 5935648 |
| İstanbul Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 1048298 | 0 | 1514671 | 1296044 | 887425 | 43560 | 4072 | 57196 | 32093 | 6590147 |
| İstanbul Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 469220 | 0 | 275158 | 0 | 1835300 | 260972 | 179756 | 28243 | 0 | 43761 | 47229 | 3063420 |
| İstanbul Esenyurt Devlet Hastanesi (y) | 185437 | 509275 | 0 | 1110373 | 0 | 1532056 | 79696 | 121076 | 14717 | 0 | 0 | 46825 | 171980 |
| İstanbul Umraniye Eğitim ve Arş. Hastanesi | 0 | 2084875 | 36916 | 5683352 | 0 | 717337 | 191576 | 418388 | 11373 | 0 | 0 | 250001 | 1078770 |
| İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi (s) | 0 | 4116006 | 16 | 361964 | 0 | 893854 | 190091 | 342102 | 17268 | 619 | 555 | 14242 | 1792152 |
| İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştıma Hastanesi (s) | 0 | 17475543 | 1890398 | 3784085 | 0 | 2287191 | 376662 | 866370 | 29137 | 1175 | 0 | 110358 | 7321523 |
| İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 3616858 | 8148314 | 1220725 | 1611255 | 0 | 1615957 | 272763 | 1118333 | 24070 | 0 | 24055 | 201662 | 7225000 |
| İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 0 | 0 | 0 | 791697 | 16775 | 3088408 | 387610 | 678871 | 25009 | 0 | 309043 | 68181 | 5818387 |
| İstanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2119044 | 276459 | 400978 | 49475 | 0 | 0 | 69653 | 3689806 |
| İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 0 | 19303155 | 849 | 1032855 | 0 | 1960493 | 362976 | 1178320 | 46241 | 5411 | 0 | 235227 | 14831703 |
| İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 0 | 24899730 | 1612180 | 2146572 | 0 | 3158576 | 354360 | 1145790 | 33011 | 0 | 3577 | 14166 | 16499628 |
| İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (s) | 0 | 14037792 | 1968 | 1344055 | 0 | 2832804 | 683246 | 3065463 | 283274 | 2515882 | 122371 | 274906 | 11304845 |
| İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi (s) | 0 | 7196180 | 7819 | 0 | 0 | 609700 | 87145 | 1003311 | 17852 | 1210 | 0 | 32333 | 2417425 |
| İzmir Alsancak Nevvar Salih Işgören Devlet Hastanesi | 0 | 922943 | 5438 | 1150101 | 0 | 611385 | 38026 | 151712 | 16722 | 0 | 0 | 48685 | 483347 |
| İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi | 10685 | 2160455 | 0 | 733913 | 0 | 1046949 | 148993 | 356430 | 28466 | 0 | 0 | 61929 | 1659867 |
| İzmir Odemiş Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 1467428 | 0 | 383968 | 155890 | 132738 | 59681 | 635995 | 0 | 6286 | 924901 |
| Kars Devlet Hastanesi | 356470 | 2035102 | 13854 | 865843 | 0 | 447407 | 135702 | 908396 | 393196 | 561250 | 104126 | 2341 | 690379 |
| Kastamonu Dr.Münif Islamoğlu Devlet Hastanesi | 462266 | 2163701 | 253227 | 2646635 | 0 | 253819 | 81755 | 207470 | 114827 | 292205 | 242053 | 17569 | 2104244 |
| Kayseri Dr.Vedat Ali Ozkan Eğitim ve Araştırma Hastan | 0 | 0 | 0 | 2882666 | 0 | 14809607 | 210710 | 1231967 | 101201 | 0 | 20309 | 117785 | 41850 |
| Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi | 551167 | 2112674 | 11743 | 709003 | 0 | 689873 | 74039 | 288595 | 14211 | 659035 | 41074 | 52135 | 986808 |
| Kırklareli Devlet Hastanesi | 1264013 | 2503543 | 0 | 790384 | 0 | 863087 | 116233 | 923428 | 16809 | 519661 | 79 | 33443 | 473243 |
| Kocaeli Darıca Devlet Hastanesi | 383730 | 1514571 | 81180 | 325803 | 0 | 2044577 | 95317 | 435240 | 49707 | 0 | 32553 | 30543 | 652175 |
| Kocaeli Devlet Hastanesi | 1830748 | 3781932 | 757945 | 276014 | 0 | 1470351 | 95636 | 351872 | 38334 | 0 | 32572 | 44086 | 1718128 |
| Kocaeli Derince Devlet Hastanesi (s) | 0 | 4052571 | 159743 | 1226090 | 0 | 862173 | 164637 | 622323 | 52496 | 0 | 115514 | 83080 | 1738577 |
| Konya Numune Hastanesi | 3484 | 2670741 | 9008 | 320518 | 0 | 727811 | 159585 | 541373 | 23419 | 0 | 71987 | 82403 | 4876730 |
| Konya Ereğli Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 479870 | 0 | 339870 | 52737 | 226624 | 136640 | 0 | 0 | 51381 | 862792 |
| Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 586518 | 5028335 | 0 | 2291998 | 0 | 3160279 | 167745 | 992788 | 81041 | 0 | 54754 | 78614 | 2478310 |
| Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 0 | 896709 | 0 | 2357641 | 95198 | 75000 | 38253 | 0 | 7633 | 61708 | 970539 |
| Kütahya Devlet Hastanesi | 195321 | 2711791 | 214416 | 2077285 | 0 | 877873 | 33656 | 165296 | 35915 | 0 | 135770 | 46534 | 1388940 |
| Malatya Devlet Hastanesi | 179067 | 361542 | 0 | 489576 | 0 | 219803 | 69593 | 278304 | 38061 | 1834 | 0 | 8638 | 1073884 |
| Malatya Beydağı Devlet Hastanesi (s) | 2530409 | 10742066 | 0 | 810170 | 0 | 427630 | 100573 | 279537 | 44908 | 1134345 | 13328 | 32904 | 1945957 |
| Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi | 147877 | 1860666 | 0 | 27132 | 0 | 163505 | 19214 | 214036 | 33255 | 598502 | 0 | 12125 | 790396 |
| Manisa Devlet Hastanesi | 768854 | 2597312 | 418739 | 1127683 | 0 | 600997 | 100702 | 720750 | 22072 | 753784 | 25793 | 6525 | 1451712 |
| Manisa Soma Devlet Hastanesi | 0 | 886425 | 33576 | 706516 | 0 | 1023626 | 71548 | 120563 | 53355 | 0 | 0 | 52388 | 565726 |
| Manisa Salihli Devlet Hastanesi | 653978 | 1725720 | 108315 | 458235 | 0 | 180533 | 52209 | 189343 | 44208 | 508378 | 0 | 3953 | 548178 |
| Kahramanmaraş Devlet Hastanesi | 761378 | 9905593 | 0 | 803675 | 0 | 1124291 | 115825 | 476492 | 42906 | 0 | 12131 | 67082 | 2967300 |
| Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 250992 | 0 | 733549 | 97217 | 732848 | 132434 | 442046 | 3580 | 22334 | 542454 |
| Mardin Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 297922 | 27170 | 588114 | 124102 | 13584 | 15527 | 318098 | 0 | 7286 | 790241 |
| Muğla Devlet Hastanesi | 4984 | 606839 | 250153 | 68421 | 0 | 1192577 | 165859 | 642111 | 45406 | 1316564 | 0 | 43012 | 2475499 |
| Muğla Fethiye Devlet Hastanesi | 0 | 1427835 | 0 | 293976 | 0 | 345260 | 114216 | 560471 | 87612 | 707196 | 14370 | 47548 | 862423 |
| Muş Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 655883 | 0 | 323832 | 112719 | 345295 | 144770 | 270 | 0 | 21388 | 0 |
| Nevşehir Dr. I.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi | 0 | 216387 | 0 | 225982 | 0 | 433903 | 108647 | 976806 | 19123 | 0 | 0 | 33244 | 1274443 |
| Niğde Devlet Hastanesi | 244067 | 868491 | 101585 | 520218 | 0 | 1038664 | 96833 | 481650 | 232085 | 967 | 14107 | 98648 | 1407671 |
| Ordu Devlet Hastanesi | 0 | 3430963 | 0 | 3400148 | 0 | 5143808 | 244118 | 996294 | 78893 | 0 | 0 | 158868 | 2297040 |
| Ordu Fatsa Devlet Hastanesi | 2865182 | 2865182 | 0 | 2876390 | 0 | 1420052 | 27359 | 0 | 101225 | 0 | 0 | 2506 | 20273 |

| HASTANE ADI | İnşaat Malzemesi Giderleri | Hirdavat Giderleri | Tibbi Malzeme Giderleri | Temizlik Malzemesi Giderleri | Diğer Tüketim Malzemesi Giderleri | İşçi Ücret Ve Giderleri | Memur Ücret Ve Giderleri | Müşavir Firma Ve Bilirkişi Giderleri | Elektrik-Su Giderleri | Ulaştırma-Haberleşme Giderleri | Taşima Ve Ardiye Giderleri | Temizik Hizmet Alim Giderleri | Yemek Hizmet Alim Giderleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mersin Devlet Hastanesi | 8223 | 20135 | 8640945 | 158515 | 959936 | 0 | 1667137 | 191845 | 1267994 | 132513 | 0 | 4493972 | 4314591 |
| Mersin Toros Devlet Hastanesi (s) | 33098 | 106943 | 4520152 | 116395 | 109066 | 0 | 1898489 | 0 | 500424 | 140859 | 4113 | 2040750 | 1996727 |
| Mersin Tarsus Devlet Hastanesi | 13427 | 53120 | 3735475 | 62978 | 318708 | 0 | 719749 | 1116450 | 405570 | 50831 | 44722 | 1106590 | 1278335 |
| Mersin 70. Yıl Tarsus Devlet Hastanesi (s) | 0 | 805870 | 4702688 | 31760 | 26970 | 0 | 1056100 | 0 | 1084512 | 46091 | 0 | 2579114 | 1842960 |
| İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma H | 139878 | 107281 | 6530026 | 61322 | 108280 | 0 | 1408953 | 56286 | 1314274 | 183370 | 0 | 2655511 | 994506 |
| İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 155846 | 133767 | 2476346 | 190584 | 333752 | 0 | 1702256 | 0 | 1516027 | 312664 | 0 | 2976123 | 1294621 |
| İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 64208 | 215592 | 9261063 | 45057 | 73803 | 0 | 3176341 | 0 | 1671588 | 400337 | 0 | 7770946 | 1946811 |
| İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hasta | 0 | 292892 | 14579904 | 29889 | 1674 | 0 | 2537385 | 750 | 1678759 | 334042 | 0 | 4316397 | 2829026 |
| İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek Ihtisas Eğitim ve Araşt | 0 | 518551 | 19003147 | 521430 | 64111 | 0 | 4963252 | 183535 | 1398599 | 86981 | 0 | 3991951 | 2328601 |
| İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hasta | 0 | 70746 | 837650 | 9726 | 1139 | 1712 | 2384276 | 1947 | 612160 | 103414 | 0 | 874196 | 652285 |
| İstanbul Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hast | 0 | 216885 | 15744718 | 0 | 172175 | 1131 | 2731827 | 3536521 | 1690250 | 291864 | 0 | 5342144 | 3821237 |
| İstanbul Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 87615 | 403990 | 11135329 | 0 | 430516 | 0 | 5477756 | 11369230 | 1463805 | 381802 | 0 | 5723045 | 2689487 |
| İstanbul Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 63652 | 143055 | 5952694 | 16721 | 2316 | 0 | 1255111 | 66487 | 710078 | 217690 | 0 | 2562945 | 943717 |
| İstanbul Esenyurt Devlet Hastanesi (y) | 31102 | 15340 | 911174 | 53200 | 56355 | 0 | 163305 | 0 | 484555 | 72670 | 0 | 631445 | 301476 |
| İstanbul Umraniye Eğitim ve Arş. Hastanesi | 48911 | 435120 | 2981768 | 205745 | 357951 | 0 | 1483250 | 165379 | 977792 | 110087 | 18121 | 2085554 | 1029342 |
| İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi (s) | 0 | 446036 | 5021520 | 18941 | 0 | 0 | 632009 | 3500 | 579398 | 72310 | 0 | 1490830 | 1111497 |
| İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştıma Hastanesi (s) | 1522 | 349421 | 14369599 | 16724 | 372501 | 0 | 4585552 | 101549 | 1526611 | 302463 | 0 | 5110578 | 3184851 |
| İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 3022 | 202750 | 8891000 | 0 | 65303 | 0 | 4535201 | 222011 | 1604557 | 313745 | 0 | 5135401 | 3854276 |
| İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 15050 | 485676 | 10422738 | 58951 | 0 | 0 | 3401748 | 0 | 1439361 | 478426 | 0 | 3628152 | 2024093 |
| Istanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi (s) | 166161 | 119394 | 6650000 | 10096 | 27464 | 0 | 2263936 | 10977 | 797412 | 228381 | 64959 | 3372699 | 1617992 |
| Izmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 0 | 185289 | 14760364 | 217744 | 97278 | 0 | 2092228 | 571816 | 1436626 | 279623 | 7831 | 3126820 | 3468519 |
| Izmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 47075 | 127961 | 17996626 | 41164 | 81937 | 0 | 3871669 | 12882 | 3452137 | 576689 | 4457 | 3591648 | 3988958 |
| Izmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (s) | 49952 | 118069 | 10544880 | 150069 | 271112 | 0 | 3916216 | 82696 | 1815454 | 175435 | 369 | 5531249 | 1361786 |
| Izmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi (s) | 83861 | 83338 | 6969016 | 1678 | 43541 | 0 | 651134 | 2325976 | 815428 | 208318 | 443 | 2225258 | 1689860 |
| Izmir Alsancak Nevvar Salih Işgören Devlet Hastanesi | 33367 | 579754 | 1178772 | 9325 | 2023 | 0 | 0 | 3288734 | 338993 | 102892 | 1009 | 1433266 | 943217 |
| Izmir Karşıyaka Devlet Hastanesi | 20419 | 58105 | 3299756 | 0 | 54157 | 0 | 828891 | 6892203 | 573692 | 128990 | 0 | 2844743 | 2137971 |
| Izmir Odemiş Devlet Hastanesi | 2241 | 134209 | 2988718 | 41633 | 355461 | 0 | 281249 | 0 | 288452 | 33791 | 388 | 931303 | 0 |
| Kars Devlet Hastanesi | 39230 | 48229 | 2400790 | 36050 | 273971 | 3032 | 287492 | 0 | 424974 | 184594 | 41696 | 1795791 | 0 |
| Kastamonu Dr.Münif Islamoğlu Devlet Hastanesi | 2995 | 53998 | 4684806 | 65317 | 0 | 0 | 1277725 | 56783 | 495164 | 220093 | 0 | 1340456 | 517405 |
| Kayseri Dr.Vedat Ali Ozkan Eğitim ve Araştırma Hastan | 57497 | 181395 | 3405722 | 29986 | 6946 | 0 | 2158608 | 78867 | 1010629 | 175996 | 117270 | 9583476 | 4949640 |
| Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi | 4925 | 92233 | 2016279 | 161828 | 48343 | 0 | 352036 | 70813 | 293760 | 41930 | 0 | 1301913 | 0 |
| Kırklareli Devlet Hastanesi | 49310 | 129089 | 2479481 | 41322 | 20307 | 0 | 370079 | 103491 | 178750 | 47350 | 0 | 929556 | 0 |
| Kocaeli Darıca Devlet Hastanesi | 0 | 13326 | 1257012 | 8080 | 64388 | 0 | 1368097 | 7793 | 985948 | 36404 | 0 | 1646631 | 945215 |
| Kocaeli Devlet Hastanesi | 9327 | 176617 | 4965238 | 0 | 79050 | 0 | 1153599 | 0 | 858661 | 130519 | 6608 | 2038328 | 1349670 |
| Kocaeli Derince Devlet Hastanesi (s) | 320 | 130196 | 5622715 | 150047 | 8507 | 0 | 2088507 | 0 | 1358436 | 120924 | 3245 | 2357201 | 921656 |
| Konya Numune Hastanesi | 40153 | 170401 | 8374347 | 63448 | 130541 | 0 | 3402325 | 0 | 924938 | 211080 | 0 | 4669871 | 2684866 |
| Konya Ereğli Devlet Hastanesi | 5913 | 110735 | 2608873 | 13899 | 9404 | 0 | 0 | 0 | 194846 | 149184 | 0 | 1109693 | 691613 |
| Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 1474750 | 463346 | 12464244 | 25718 | 2623 | 0 | 2620552 | 212400 | 1227731 | 118491 | 0 | 4250204 | 3080025 |
| Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi (s) | 15337 | 10419 | 6026295 | 36659 | 1045214 | 0 | 329154 | 1475 | 808672 | 165882 | 10501 | 1799016 | 1837498 |
| Kütahya Devlet Hastanesi | 36178 | 175613 | 3854343 | 65130 | 124658 | 0 | 779989 | 11623 | 503341 | 121611 | 0 | 1825466 | 1395530 |
| Malatya Devlet Hastanesi | 18271 | 60109 | 3756244 | 7812 | 694 | 17090 | 0 | 98277 | 686763 | 165950 | 520 | 1740651 | 1478704 |
| Malatya Beydağı Devlet Hastanesi (s) | 24142 | 164928 | 3672790 | 47731 | 2853 | 0 | 0 | 15697 | 775139 | 205968 | 32250 | 1293905 | 0 |
| Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi | 31027 | 199612 | 2367664 | 2683 | 9084 | 0 | 707030 | 0 | 309973 | 48865 | 0 | 1078352 | 0 |
| Manisa Devlet Hastanesi | 146114 | 170888 | 4722545 | 101738 | 4603 | 0 | 225097 | 13735 | 382205 | 65706 | 945 | 1799412 | 372954 |
| Manisa Soma Devlet Hastanesi | 3957 | 103396 | 1181618 | 16554 | 0 | 0 | 273414 | 0 | 231485 | 54016 | 0 | 970269 | 1143525 |
| Manisa Salihli Devlet Hastanesi | 6121 | 29953 | 1773109 | 20788 | 23937 | 0 | 18087 | 0 | 494788 | 34020 | 0 | 1234483 | 0 |
| Kahramanmaraş Devlet Hastanesi | 150895 | 62817 | 10672363 | 9356 | 15714 | 0 | 1143908 | 1121924 | 682052 | 82351 | 0 | 2756324 | 1877672 |
| Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi | 446833 | 318261 | 2908213 | 71955 | 2554 | 0 | 466024 | 0 | 240002 | 70999 | 0 | 1073091 | 0 |
| Mardin Devlet Hastanesi | 0 | 62308 | 3046334 | 138195 | 53467 | 0 | 258215 | 0 | 412297 | 32819 | 14205 | 1025542 | 11105 |
| Muğla Devlet Hastanesi | 8054 | 163578 | 6373257 | 66412 | 12628 | 0 | 1096362 | 168218 | 643108 | 83993 | 0 | 3240181 | 0 |
| Muğla Fethiye Devlet Hastanesi | 0 | 97050 | 2035535 | 17153 | 59 | 0 | 553188 | 108008 | 726483 | 61658 | 73645 | 1514399 | 0 |
| Muş Devlet Hastanesi | 21667 | 50716 | 2690418 | 38961 | 36759 | 0 | 2253869 | 73890 | 366769 | 118730 | 20846 | 1599825 | 1573460 |
| Nevşehir Dr. I.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi | 47497 | 50810 | 4106746 | 7049 | 177290 | 0 | 355830 | 0 | 486584 | 106141 | 0 | 616577 | 851576 |
| Niğde Devlet Hastanesi | 0 | 67620 | 2633786 | 19454 | 102618 | 0 | 1030722 | 942725 | 504981 | 65861 | 0 | 1019256 | 632715 |
| Ordu Devlet Hastanesi | 0 | 37919 | 8378810 | 283125 | 594492 | 0 | 489054 | 0 | 1007329 | 295996 | 0 | 3617907 | 1953353 |
| Ordu Fatsa Devlet Hastanesi | 1084 | 12766 | 1423095 | 14 | 102486 | 0 | 784997 | 33925 | 407097 | 43104 | 1646 | 2147680 | 1299285 |

| HASTANE ADI | Makine Teçhizat Ve Tibbi Cihaz Onarim Giderleri | Bilgisayar Bakim Onarim Giderleri | Kira Giderleri | Yapi Tesis Onarim Giderleri | Diğer Hizmet Giderleri | İnşaat Maaliyet Giderleri | Ek Ödeme | Nöbet Ücretleri | Ek Çalişma Karşiliklari |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mersin Devlet Hastanesi | 532920 | 0 | 84083 | 1109 | 7016475 | 0 | 20566010 | 334287 | 20900298 |
| Mersin Toros Devlet Hastanesi (s) | 126849 | 0 | 251784 | 911133 | 5547697 | 0 | 10274076 | 83121 | 10357197 |
| Mersin Tarsus Devlet Hastanesi | 113460 | 0 | 0 | 0 | 1096325 | 0 | 7646881 | 120300 | 7767181 |
| Mersin 70. Yıl Tarsus Devlet Hastanesi (s) | 134521 | 8914 | 0 | 301798 | 5917530 | 0 | 8200741 | 205717 | 8406458 |
| İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma H | 409903 | 41235 | 0 | 0 | 9746226 | 0 | 17161831 | 319295 | 17481127 |
| İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 12928 | 1680 | 0 | 405657 | 14098962 | 0 | 12322950 | 69116 | 12392066 |
| İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 1315014 | 473 | 2841871 | 179795 | 2268988 | 0 | 26664400 | 824441 | 27488841 |
| İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hasta | 1170574 | 587595 | 9815 | 837831 | 6003449 | 0 | 23869306 | 1197145 | 25066452 |
| İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek Ihtisas Eğitim ve Araşt | 41984 | 148680 | 0 | 794 | 10280426 | 0 | 13296677 | 550826 | 13847503 |
| İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hasta | 442326 | 0 | 0 | 263737 | 4133045 | 0 | 6724554 | 138551 | 6863105 |
| İstanbul Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hast | 1180793 | 222366 | 0 | 1258598 | 6763651 | 0 | 32180785 | 449871 | 32630657 |
| İstanbul Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 833674 | 0 | 0 | 517154 | 1907520 | 0 | 25771902 | 1272428 | 27044330 |
| İstanbul Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 411591 | 570 | 0 | 0 | 5279706 | 0 | 11569030 | 391620 | 11960650 |
| İstanbul Esenyurt Devlet Hastanesi (y) | 9735 | 20398 | 0 | 12036 | 1333167 | 0 | 3083934 | 29081 | 3113015 |
| İstanbul Umraniye Eğitim ve Arş. Hastanesi | 111204 | 44054 | 0 | 36077 | 4916400 | 0 | 13240655 | 388183 | 13628838 |
| İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi (s) | 259720 | 0 | 0 | 7670 | 3853116 | 0 | 9808893 | 132442 | 9941334 |
| İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştıma Hastanesi (s) | 1097980 | 20656 | 0 | 719936 | 13216843 | 0 | 27794918 | 999566 | 28794483 |
| İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 867000 | 22000 | 0 | 1438491 | 9929172 | 0 | 24991535 | 1097220 | 26088755 |
| İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 248545 | 0 | 12557 | 88854 | 12354821 | 797506 | 29132117 | 916960 | 30049078 |
| Istanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi (s) | 670768 | 156488 | 35332 | 249427 | 8548929 | 0 | 11668194 | 228062 | 11896256 |
| Izmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 1301098 | 170961 | 70025 | 632326 | 5640427 | 0 | 22191919 | 750938 | 22942857 |
| Izmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi | 1413219 | 41700 | 0 | 5658200 | 15141192 | 727426 | 40734780 | 1471425 | 42206205 |
| Izmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (s) | 916163 | 1838 | 170841 | 944094 | 7481131 | 9369 | 28579520 | 886119 | 29465639 |
| Izmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi (s) | 287121 | 0 | 1297815 | 1182847 | 2351595 | 0 | 12705002 | 352802 | 13057804 |
| Izmir Alsancak Nevvar Salih Işgören Devlet Hastanesi | 310726 | 0 | 10100 | 92285 | 9992 | 0 | 6753928 | 102714 | 6856641 |
| Izmir Karşıyaka Devlet Hastanesi | 216596 | 0 | 51221 | 237533 | 1043217 | 0 | 10091133 | 304267 | 10395400 |
| İzmir Odemiş Devlet Hastanesi | 247161 | 3607 | 10368 | 42108 | 1927010 | 0 | 5267404 | 0 | 5267404 |
| Kars Devlet Hastanesi | 433550 | 226414 | 0 | 3316 | 847581 | 0 | 7672159 | 268302 | 7940460 |
| Kastamonu Dr.Münif Islamoğlu Devlet Hastanesi | 109840 | 20335 | 26075 | 885889 | 4340738 | 478401 | 6739082 | 290885 | 7029966 |
| Kayseri Dr.Vedat Ali Ozkan Eğitim ve Araştırma Hastan | 781844 | 638428 | 2859189 | 3818824 | 5907850 | 0 | 30771735 | 0 | 30771735 |
| Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi | 125168 | 66149 | 0 | 89882 | 1640504 | 0 | 6763802 | 114781 | 6878583 |
| Kırklareli Devlet Hastanesi | 321600 | 80976 | 78276 | 186335 | 1666237 | 0 | 5683671 | 176255 | 5859926 |
| Kocaeli Darıca Devlet Hastanesi | 71653 | 0 | 0 | 17457 | 4934428 | 0 | 4561333 | 126135 | 4687468 |
| Kocaeli Devlet Hastanesi | 424073 | 0 | 0 | 109789 | 3950650 | 0 | 9061780 | 236114 | 9297893 |
| Kocaeli Derince Devlet Hastanesi (s) | 142941 | 10343 | 0 | 129393 | 4375367 | 1904567 | 8857838 | 415883 | 9273721 |
| Konya Numune Hastanesi | 649341 | 45498 | 9024 | 621891 | 4157706 | 0 | 18977898 | 372871 | 19350769 |
| Konya Ereğli Devlet Hastanesi | 116367 | 35394 | 0 | 47740 | 2504411 | 0 | 5729461 | 151122 | 5880583 |
| Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (s) | 440749 | 71272 | 0 | 1210021 | 8400050 | 2577718 | 21703397 | 0 | 21703397 |
| Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi (s) | 175400 | 70235 | 0 | 256120 | 4325436 | 0 | 6480952 | 175170 | 6656122 |
| Kütahya Devlet Hastanesi | 486866 | 234723 | 0 | 572596 | 2512631 | 0 | 7062569 | 163382 | 7225951 |
| Malatya Devlet Hastanesi | 156948 | 87077 | 46942 | 2347639 | 2951274 | 0 | 12514421 | 129426 | 12643847 |
| Malatya Beydağı Devlet Hastanesi (s) | 184376 | 0 | 5011 | 349249 | 3305126 | 0 | 10252377 | 325448 | 10577825 |
| Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi | 255419 | 408 | 47850 | 79996 | 2566435 | 0 | 6715578 | 33670 | 6749248 |
| Manisa Devlet Hastanesi | 213380 | 80045 | 68727 | 0 | 2910298 | 0 | 7711198 | 286428 | 7997626 |
| Manisa Soma Devlet Hastanesi | 172759 | 46949 | 0 | 247507 | 2334657 | 0 | 4354838 | 195402 | 4550240 |
| Manisa Salihli Devlet Hastanesi | 143175 | 73679 | 17968 | 67067 | 1382285 | 0 | 6222470 | 130976 | 6353446 |
| Kahramanmaraş Devlet Hastanesi | 253902 | 0 | 0 | 84960 | 2177530 | 1816643 | 14034471 | 391997 | 14426468 |
| Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi | 117195 | 126176 | 0 | 11610 | 2185143 | 0 | 6554392 | 81782 | 6636174 |
| Mardin Devlet Hastanesi | 300796 | 0 | 0 | 154152 | 2843110 | 0 | 6241633 | 136869 | 6378502 |
| Muğla Devlet Hastanesi | 368438 | 73843 | 0 | 57571 | 2615490 | 0 | 9995521 | 374661 | 10370183 |
| Muğla Fethiye Devlet Hastanesi | 318942 | 0 | 0 | 101147 | 970455 | 0 | 6430659 | 178456 | 6609116 |
| Muş Devlet Hastanesi | 226091 | 2813 | 0 | 129135 | 1939442 | 0 | 7382391 | 169367 | 7551758 |
| Nevşehir Dr. I.Şevki Atasagun Devlet Hastanesi | 346422 | 164 | 0 | 185761 | 1506517 | 0 | 7186315 | 288233 | 7474548 |
| Niğde Devlet Hastanesi | 222940 | 3339 | 0 | 1095997 | 1843347 | 0 | 8051667 | 270663 | 8322330 |
| Ordu Devlet Hastanesi | 781342 | 0 | 0 | 3371819 | 6114923 | 0 | 11912693 | 235021 | 12147714 |
| Ordu Fatsa Devlet Hastanesi | 175480 | 97704 | 23247 | 11908 | 2248239 | 0 | 5831196 | 150207 | 5981402 |

| HASTANE KODU | yatak sayısı | HASTANE ADI | Aşi, Serum, İlaç, Tibbi Malzeme Gelirleri | Kan Ve Kan Ürünleri Ücretleri | Ameliyat Ücretleri | Diyaliz Ücretleri | Laboratuvar Hizm.Alinan Ücretler | Poliklinik Ücretleri(Diş Ve Pansuman Dahil) | Radyoloji Hizm.Alinan Ücretler | Refakat Ücretleri | Yatak Ücretleri | Diğer Ücretler | İlaç Gelirleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5214 | 279 | Ordu Unye Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 2972951 | 541859 | 917082 | 8136695 | 1051004 | 27846 | 705331 | 258329 | 0 |
| 5307 | 252 | Rize 82. Yıl Devlet Hastanesi (s) | 39805 | 8168 | 220175 | 589040 | 946148 | 9553590 | 243611 | 17660 | 765788 | 5378492 | 1817535 |
| 5304 | 354 | Rize Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 5868796 | 3159418 | 1717692 | 12933172 | 1424290 | 195461 | 991305 | 243882 | 2743253 |
| 5414 | 250 | Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi (s) | 4399463 | 292904 | 3301824 | 1060465 | 1187074 | 9479605 | 1365437 | 36474 | 613981 | 702403 | 0 |
| 5406 | 410 | Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 703731 | 109135 | 3625548 | 421837 | 4839823 | 12596054 | 3731090 | 112750 | 1283855 | 1482125 | 674760 |
| 5506 | 643 | Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi | 992708 | 1725854 | 12912652 | 1138279 | 6927147 | 12559282 | 8264806 | 149626 | 3736435 | 2682653 | 7794066 |
| 5515 | 205 | Samsun Bafra Nafiz Kurt Devlet Hastanesi | 68575 | 371 | 1870381 | 95739 | 5696815 | 5372999 | 3841517 | 160790 | 1144787 | 7398 | 493994 |
| 5520 | 492 | Samsun Gazi Devlet Hastanesi (s) | 226617 | 46741 | 8833852 | 221410 | 6022605 | 16476057 | 4399247 | 206496 | 1497088 | 134134 | 7568775 |
| 5602 | 202 | Siirt Devlet Hastanesi | 667940 | 0 | 3973522 | 974993 | 2275478 | 4642134 | 1498119 | 84444 | 288132 | 158379 | 3230190 |
| 5702 | 300 | Sinop Atatürk Devlet Hastanesi | 32 | 819 | 3359907 | 76314 | 2915433 | 6209695 | 923262 | 38972 | 560634 | 1010144 | 797434 |
| 5807 | 504 | Sivas Numune Hastanesi | 8099 | 18316 | 5686041 | 816769 | 3010663 | 17251952 | 3013059 | 5466 | 1221640 | 5872557 | 2721219 |
| 5816 | 313 | Sivas Devlet Hastanesi (s) | 35206 | 31138 | 4667550 | 1148236 | 2372916 | 11664128 | 1892170 | 192928 | 1007855 | 3392991 | 1474952 |
| 5927 | 242 | Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi | 250435 | 47 | 5074945 | 958333 | 580848 | 15675139 | 607945 | 58590 | 479090 | 39070 | 1560644 |
| 5929 | 320 | Tekirdağ Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 7000867 | 227258 | 1680852 | 13495283 | 1786844 | 258938 | 1031553 | 2053112 | 1499729 |
| 6007 | 402 | Tokat Dr. Cevdet Aykan Devlet Hastanesi | 613183 | 0 | 2272508 | 1019692 | 3142206 | 9325513 | 2252188 | 37594 | 1787760 | 2716058 | 2588798 |
| 6106 | 411 | Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 0 | 1981532 | 433972 | 1926115 | 28539016 | 1286557 | 62194 | 17160278 | 805864 | 1818068 |
| 6119 | 337 | Trabzon Fatih Devlet Hastanesi (s) | 2447 | 131170 | 5043930 | 1039487 | 2719304 | 15902946 | 1375549 | 28133 | 856960 | 145738 | 3548635 |
| 6314 | 208 | Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi (s) | 606595 | 0 | 2636110 | 436227 | 4208351 | 12039781 | 2337483 | 108600 | 510419 | 1775107 | 1966660 |
| 6306 | 529 | Şanlıurfa Devlet Hastanesi | 784307 | 696617 | 8818300 | 1041919 | 4640010 | 11396174 | 6451840 | 119087 | 1395757 | 465045 | 2264445 |
| 6402 | 750 | Uşak Devlet Hastanesi | 456464 | 22503 | 9437105 | 986242 | 3000778 | 20951336 | 3756792 | 318771 | 1790613 | 6715253 | 1331171 |
| 6505 | 417 | Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1644242 | 184109 | 4740202 | 0 | 5138995 | 12752535 | 4562042 | 203642 | 1798090 | 9218691 | 4371548 |
| 6607 | 290 | Yozgat Devlet Hastanesi | 345833 | 74182 | 3794409 | 378198 | 2543871 | 5694283 | 2022486 | 9592 | 1006041 | 2014062 | 2617015 |
| 6704 | 250 | Zonguldak Devlet Hastanesi | 115681 | 3 | 2335533 | 357690 | 1071827 | 5827914 | 940696 | 16534 | 667818 | 72445 | 2787468 |
| 6714 | 404 | Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 3943225 | 925908 | 1219943 | 15552642 | 1455664 | 145238 | 792911 | 4082179 | 2883298 |
| 6713 | 503 | Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 6697347 | 1558116 | 1588453 | 16120035 | 2403238 | 49886 | 1166079 | 499637 | 3577201 |
| 6806 | 400 | Aksaray Devlet Hastanesi | 230861 | 456180 | 3329207 | 1251082 | 2644068 | 7780335 | 2147272 | 7473 | 325335 | 294138 | 644407 |
| 7002 | 283 | Karaman Devlet Hastanesi | 0 | 3767 | 2074441 | 792009 | 582876 | 5206879 | 1831489 | 15881 | 309932 | 3561374 | 0 |
| 7108 | 215 | Kırıkkale Devlet Hastanesi (s) | 1579535 | 0 | 1671702 | 0 | 759446 | 7331601 | 765786 | 4505 | 433570 | 1600055 | 0 |
| 7106 | 444 | Kırıkkale Yüksek Ihtisas Hastanesi | 0 | 269859 | 7145824 | 508954 | 1884100 | 11743037 | 1850863 | 9145 | 1153119 | 71761 | 2658614 |
| 7702 | 206 | Yalova Devlet Hastanesi | 0 | 143261 | 1464916 | 713882 | 1606461 | 8232060 | 1939564 | 95866 | 633311 | 2657936 | 50417 |
| 7802 | 233 | Karabük Devlet Hastanesi | 9029 | 13147 | 3468889 | 1508834 | 1634133 | 8587031 | 1984823 | 14121 | 867603 | 207475 | 1939137 |
| 8002 | 300 | Osmaniye Devlet Hastanesi | 0 | 161761 | 2078373 | 701167 | 1935796 | 5985610 | 2292984 | 59088 | 867091 | 3867689 | 4339833 |
| 8102 | 309 | Düzce Atatürk Devlet Hastanesi | 456900 | 0 | 1671783 | 670967 | 3748586 | 11556166 | 2899256 | 1200786 | 2216669 | 3376748 | 0 |

| HASTANE ADI | Tıbbı Sarf Malzeme gelirleri | İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri | Kan ve Kan Ürünleri Gelirleri | TESİS - MAKİNA VE CİHAZLAR | TAŞITLAR | DEMİRBAŞLAR | Kirtasiye Giderleri | Yakacak Alim Giderleri | Akaryakit Yağ Giderleri | Yiyecek Malzemesi Alim Giderleri | Özel Malzeme Giderleri | Tekstil Malzeme Giderleri | İlaç Giderleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ordu Unye Devlet Hastanesi | 959967 | 959967 | 0 | 488867 | 0 | 1086271 | 72777 | 108607 | 110403 | 0 | 0 | 32093 | 285191 |
| Rize 82. Yıl Devlet Hastanesi (s) | 623 | 1818158 | 120721 | 514145 | 0 | 431108 | 55018 | 823479 | 39984 | 0 | 2562 | 26549 | 1165065 |
| Rize Devlet Hastanesi | 228096 | 2971349 | 185387 | 356706 | 0 | 183496 | 110589 | 842902 | 14977 | 0 | 2429 | 25596 | 1140740 |
| Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 0 | 749621 | 0 | 135957 | 179008 | 347215 | 58773 | 1589 | 173340 | 16792 | 1300495 |
| Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 77844 | 752604 | 0 | 1148151 | 0 | 162721 | 128106 | 590335 | 66407 | 1540 | 0 | 55643 | 1965728 |
| Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi | 0 | 7794066 | 0 | 5362947 | 0 | 1022676 | 170761 | 480654 | 55841 | 1914353 | 0 | 48308 | 4499478 |
| Samsun Bafra Nafiz Kurt Devlet Hastanesi | 0 | 493994 | 64202 | 750664 | 0 | 497403 | 129978 | 361637 | 65482 | 305 | 154 | 29288 | 518275 |
| Samsun Gazi Devlet Hastanesi (s) | 135925 | 7704699 | 188874 | 955879 | 0 | 1007240 | 219074 | 501965 | 6320 | 0 | 23022 | 71350 | 3262331 |
| Siirt Devlet Hastanesi | 6709 | 3236899 | 8123 | 550464 | 0 | 664688 | 4820 | 324239 | 33616 | 0 | 0 | 8278 | 0 |
| Sinop Atatürk Devlet Hastanesi | 0 | 797434 | 1384 | 205756 | 167477 | 606172 | 56482 | 589612 | 163934 | 0 | 0 | 42737 | 244501 |
| Sivas Numune Hastanesi | 117968 | 2839187 | 0 | 974985 | 0 | 1936596 | 105275 | 819434 | 166511 | 651 | 15882 | 71184 | 2520938 |
| Sivas Devlet Hastanesi (s) | 111549 | 1586501 | 0 | 1077688 | 99999 | 587483 | 133301 | 547301 | 57708 | 0 | 2372 | 59116 | 1147701 |
| Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi | 706002 | 2266646 | 218415 | 3272148 | 0 | 263281 | 99074 | 138325 | 53741 | 676245 | 0 | 51781 | 862732 |
| Tekirdağ Devlet Hastanesi | 548457 | 2048187 | 2295 | 817996 | 0 | 540341 | 158428 | 357352 | 113359 | 868581 | 622 | 24774 | 1870218 |
| Tokat Dr. Cevdet Aykan Devlet Hastanesi | 245697 | 2834495 | 31236 | 3246291 | 0 | 933557 | 187239 | 453944 | 19935 | 0 | 29336 | 72008 | 1415136 |
| Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 407671 | 2225739 | 116526 | 1854670 | 0 | 2483600 | 278294 | 576133 | 50995 | 1021155 | 4425 | 78743 | 4515447 |
| Trabzon Fatih Devlet Hastanesi (s) | 0 | 3548635 | 0 | 563559 | 0 | 1153196 | 31712 | 441505 | 30011 | 0 | 229 | 153 | 1726354 |
| Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi (s) | 401530 | 2368190 | 37897 | 14795 | 0 | 123858 | 83740 | 275319 | 24978 | 0 | 0 | 8387 | 1203747 |
| Şanlıurfa Devlet Hastanesi | 2333453 | 4597898 | 0 | 361886 | 0 | 501496 | 19665 | 297883 | 82382 | 0 | 0 | 104614 | 1221166 |
| Uşak Devlet Hastanesi | 3730219 | 5061391 | 305146 | 330208 | 0 | 814668 | 199584 | 504146 | 34091 | 0 | 0 | 63138 | 2692790 |
| Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 4371548 | 0 | 3297742 | 0 | 717342 | 114415 | 947288 | 7116 | 853932 | 8810 | 57120 | 1966598 |
| Yozgat Devlet Hastanesi | 0 | 2617015 | 0 | 177978 | 0 | 600305 | 100695 | 381875 | 136144 | 547783 | 4982 | 52726 | 1219500 |
| Zonguldak Devlet Hastanesi | 0 | 2787468 | 0 | 0 | 0 | 594410 | 179683 | 85488 | 104577 | 0 | 0 | 24972 | 1039186 |
| Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi (s) | 0 | 2883298 | 47455 | 1328110 | 0 | 433221 | 126072 | 2192471 | 55622 | 175 | 14407 | 27450 | 1341970 |
| Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 0 | 3577201 | 155769 | 472154 | 0 | 1052917 | 113547 | 519043 | 97318 | 0 | 77233 | 98830 | 2831449 |
| Aksaray Devlet Hastanesi | 366563 | 1010970 | 10 | 521866 | 0 | 934363 | 109323 | 195326 | 25209 | 518 | 14397 | 38081 | 523392 |
| Karaman Devlet Hastanesi | 643698 | 643698 | 13228 | 72314 | 0 | 213117 | 77617 | 177494 | 100686 | 0 | 3285 | 50862 | 620611 |
| Kırıkkale Devlet Hastanesi (s) | 0 | 0 | 0 | 132492 | 0 | 454849 | 86311 | 160867 | 26735 | 0 | 0 | 34125 | 367488 |
| Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi | 676667 | 3335281 | 0 | 989974 | 0 | 757885 | 113250 | 542772 | 78133 | 1258948 | 2206 | 107163 | 1718651 |
| Yalova Devlet Hastanesi | 1095967 | 1146385 | 0 | 395271 | 0 | 352908 | 85784 | 236417 | 56920 | 0 | 0 | 26700 | 1381235 |
| Karabük Devlet Hastanesi | 9800 | 1948938 | 0 | 3275672 | 0 | 806927 | 193376 | 192606 | 72418 | 0 | 0 | 15405 | 1038781 |
| Osmaniye Devlet Hastanesi | 543612 | 4883446 | 215076 | 228652 | 0 | 307316 | 47122 | 928959 | 107373 | 902546 | 3013 | 35710 | 942442 |
| Düzce Atatürk Devlet Hastanesi | 0 | 0 | 0 | 285288 | 0 | 367846 | 197203 | 1372608 | 91500 | 0 | 0 | 44426 | 2198800 |

| HASTANE ADI | İnşaat Malzemesi Giderleri | Hirdavat Giderleri | Tibbi Malzeme Giderleri | Temizlik Malzemesi Giderleri | Diğer Tüketim Malzemesi Giderleri | İşçi Ücret Ve Giderleri | Memur Ücret Ve Giderleri | Müşavir Firma Ve Bilirkişi Giderleri | Elektrik-Su Giderleri | Ulaştırma-Haberleşme Giderleri | Taşima Ve Ardiye Giderleri | Temizik Hizmet Alim Giderleri | Yemek Hizmet Alim Giderleri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ordu Unye Devlet Hastanesi | 6576 | 7557 | 714711 | 42987 | 28946 | 0 | 900734 | 74553 | 432253 | 52446 | 0 | 1037911 | 1091382 |
| Rize 82. Yıl Devlet Hastanesi (s) | 14568 | 32668 | 2082071 | 75630 | 373269 | 0 | 1147035 | 0 | 582495 | 32123 | 18537 | 1259827 | 1036845 |
| Rize Devlet Hastanesi | 44339 | 103408 | 3279507 | 5479 | 353691 | 0 | 1554050 | 0 | 1046143 | 49666 | 0 | 3328327 | 1570210 |
| Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi (s) | 8371 | 83462 | 1566342 | 86635 | 19666 | 0 | 1401761 | 0 | 784378 | 163449 | 0 | 1616862 | 847090 |
| Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 405 | 50567 | 4023280 | 121015 | 280298 | 0 | 1448212 | 750 | 1240036 | 167070 | 0 | 1908309 | 1461269 |
| Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi | 21207 | 55155 | 5286970 | 0 | 250186 | 0 | 1847765 | 3084777 | 1641467 | 91808 | 0 | 9335973 | 0 |
| Samsun Bafra Nafiz Kurt Devlet Hastanesi | 0 | 20101 | 3033706 | 26248 | 8682 | 0 | 385179 | 1065633 | 232120 | 101276 | 0 | 956512 | 905066 |
| Samsun Gazi Devlet Hastanesi (s) | 7835 | 224849 | 6816043 | 150939 | 58852 | 0 | 868621 | 0 | 1135685 | 116228 | 0 | 2328077 | 2066833 |
| Siirt Devlet Hastanesi | 0 | 9815 | 143179 | 0 | 0 | 0 | 166846 | 0 | 235496 | 28374 | 0 | 953880 | 724856 |
| Sinop Atatürk Devlet Hastanesi | 0 | 32986 | 2046801 | 30727 | 60316 | 0 | 256435 | 0 | 402032 | 63360 | 0 | 933296 | 1051237 |
| Sivas Numune Hastanesi | 164250 | 230765 | 3684406 | 116226 | 5738 | 0 | 892583 | 0 | 961485 | 34558 | 0 | 2649018 | 2103959 |
| Sivas Devlet Hastanesi (s) | 64493 | 262734 | 2534359 | 17878 | 3891 | 0 | 445067 | 0 | 526138 | 50193 | 974 | 1556594 | 1116645 |
| Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi | 0 | 59329 | 2756090 | 106023 | 3200 | 0 | 918320 | 0 | 245401 | 165666 | 0 | 1126837 | 0 |
| Tekirdağ Devlet Hastanesi | 179731 | 25058 | 3879891 | 49171 | 263964 | 0 | 1617120 | 8340 | 508934 | 131730 | 6632 | 2348738 | 0 |
| Tokat Dr. Cevdet Aykan Devlet Hastanesi | 135594 | 76951 | 4262816 | 137828 | 45773 | 0 | 1241170 | 0 | 415771 | 82292 | 0 | 1695490 | 2465371 |
| Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 45557 | 318922 | 9008562 | 39656 | 522246 | 0 | 535311 | 4440088 | 907814 | 73732 | 0 | 3584287 | 0 |
| Trabzon Fatih Devlet Hastanesi (s) | 45284 | 137609 | 4070937 | 19939 | 38651 | 0 | 529973 | 3022977 | 758146 | 59064 | 1180 | 1438733 | 1281079 |
| Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi (s) | 4562 | 92328 | 3335636 | 2025 | 70596 | 0 | 1632992 | 1383767 | 473302 | 114458 | 0 | 946841 | 641270 |
| Şanlıurfa Devlet Hastanesi | 8343 | 80911 | 3230064 | 7729 | 27513 | 0 | 2446549 | 2475369 | 1438894 | 203590 | 3520 | 3839683 | 1701276 |
| Uşak Devlet Hastanesi | 0 | 146113 | 5990611 | 50590 | 72269 | 0 | 2351862 | 27296 | 610368 | 99841 | 0 | 2929010 | 2145980 |
| Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 35784 | 410905 | 6769968 | 42902 | 59607 | 0 | 2062588 | 62961 | 612367 | 195304 | 652 | 2892539 | 1634036 |
| Yozgat Devlet Hastanesi | 56249 | 75885 | 3095786 | 84798 | 145044 | 468940 | 0 | 5775 | 358029 | 29432 | 0 | 1268285 | 0 |
| Zonguldak Devlet Hastanesi | 51868 | 0 | 3088374 | 3373 | 11720 | 0 | 419661 | 0 | 158540 | 40239 | 0 | 2072757 | 1010859 |
| Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi (s) | 62201 | 30154 | 4184362 | 71039 | 241362 | 0 | 599184 | 0 | 559311 | 204324 | 0 | 2171486 | 1808595 |
| Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 158600 | 313692 | 4145412 | 0 | 40162 | 0 | 963027 | 0 | 462044 | 178944 | 1062 | 4149669 | 3224815 |
| Aksaray Devlet Hastanesi | 141429 | 59170 | 3219793 | 0 | 14597 | 0 | 112007 | 0 | 255130 | 56245 | 0 | 1561246 | 769107 |
| Karaman Devlet Hastanesi | 27265 | 61497 | 1794554 | 9714 | 0 | 0 | 559319 | 0 | 278636 | 97979 | 0 | 1202000 | 644511 |
| Kırıkkale Devlet Hastanesi (s) | 30426 | 0 | 1316648 | 15599 | 149431 | 0 | 0 | 0 | 363138 | 30922 | 0 | 482109 | 704214 |
| Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi | 29356 | 209033 | 4035902 | 161383 | 79331 | 0 | 135642 | 0 | 919636 | 67472 | 0 | 1587743 | 0 |
| Yalova Devlet Hastanesi | 9676 | 41190 | 3744755 | 12321 | 9414 | 0 | 0 | 0 | 545479 | 52292 | 0 | 1061084 | 610442 |
| Karabük Devlet Hastanesi | 363479 | 64196 | 2964965 | 0 | 3323 | 0 | 0 | 0 | 291204 | 5557 | 1406 | 1554203 | 1105104 |
| Osmaniye Devlet Hastanesi | 0 | 29166 | 5386519 | 85955 | 0 | 0 | 951295 | 3288 | 1259506 | 140405 | 0 | 1512168 | 244969 |
| Düzce Atatürk Devlet Hastanesi | 8592 | 45892 | 5033869 | 118016 | 23047 | 0 | 546255 | 0 | 714698 | 190935 | 329103 | 2374007 | 1372013 |

| HASTANE ADI | Makine Teçhizat Ve Tibbi Cihaz Onarim Giderleri | Bilgisayar Bakim Onarim Giderleri | Kira Giderleri | Yapi Tesis Onarim Giderleri | Diğer Hizmet Giderleri | İnşaat Maaliyet Giderleri | Ek Ödeme | Nöbet Ücretleri | Ek Çalişma Karşiliklari |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ordu Unye Devlet Hastanesi | 165898 | 66232 | 0 | 122303 | 1105883 | 0 | 5016666 | 229760 | 5246427 |
| Rize 82. Yıl Devlet Hastanesi (s) | 167883 | 127652 | 0 | 145982 | 1849966 | 0 | 5468965 | 166189 | 5635154 |
| Rize Devlet Hastanesi | 548564 | 169920 | 0 | 0 | 3618052 | 0 | 7506534 | 206216 | 7712749 |
| Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi (s) | 511110 | 11606 | 0 | 89424 | 2016326 | 0 | 7515019 | 168036 | 7683055 |
| Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 217079 | 0 | 0 | 104636 | 4076035 | 0 | 8635059 | 271247 | 8906306 |
| Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi | 478042 | 7629 | 0 | 1065170 | 274907 | 0 | 16059171 | 462889 | 16522060 |
| Samsun Bafra Nafiz Kurt Devlet Hastanesi | 176801 | 4105 | 0 | 516907 | 275203 | 0 | 4923944 | 126381 | 5050326 |
| Samsun Gazi Devlet Hastanesi (s) | 134545 | 0 | 0 | 1482307 | 5004053 | 0 | 12349910 | 79660 | 12429570 |
| Siirt Devlet Hastanesi | 144155 | 0 | 33134 | 600827 | 1620371 | 0 | 6112511 | 134383 | 6246894 |
| Sinop Atatürk Devlet Hastanesi | 256347 | 4956 | 0 | 42119 | 1510827 | 1890447 | 5541315 | 233492 | 5774806 |
| Sivas Numune Hastanesi | 320696 | 16066 | 0 | 620166 | 3083259 | 0 | 13097939 | 121257 | 13219196 |
| Sivas Devlet Hastanesi (s) | 160526 | 124835 | 0 | 1100000 | 2805087 | 0 | 8644305 | 230774 | 8875079 |
| Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi | 231874 | 158115 | 92343 | 4109 | 2589741 | 0 | 7007126 | 84957 | 7092083 |
| Tekirdağ Devlet Hastanesi | 155464 | 145347 | 0 | 214777 | 3002583 | 0 | 8550923 | 170655 | 8721579 |
| Tokat Dr. Cevdet Aykan Devlet Hastanesi | 371570 | 45502 | 32814 | 0 | 2867563 | 0 | 8533533 | 101557 | 8635090 |
| Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 967898 | 136324 | 42192 | 168011 | 114065 | 0 | 15353795 | 211280 | 15565075 |
| Trabzon Fatih Devlet Hastanesi (s) | 243250 | 0 | 37956 | 53549 | 430516 | 858280 | 9673324 | 115349 | 9788673 |
| Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi (s) | 86757 | 0 | 0 | 0 | 2559692 | 0 | 6968668 | 280578 | 7249246 |
| Şanlıurfa Devlet Hastanesi | 556221 | 0 | 0 | 55019 | 569564 | 141482 | 13040178 | 221260 | 13261437 |
| Uşak Devlet Hastanesi | 516470 | 3419 | 199294 | 561494 | 5905906 | 0 | 14738750 | 453546 | 15192296 |
| Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 85926 | 0 | 163824 | 1111466 | 7321639 | 0 | 12009781 | 145163 | 12154944 |
| Yozgat Devlet Hastanesi | 230958 | 27754 | 0 | 19805 | 1424117 | 63567 | 6994702 | 102966 | 7097669 |
| Zonguldak Devlet Hastanesi | 145215 | 21415 | 0 | 29430 | 1216803 | 0 | 4622400 | 128135 | 4750534 |
| Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi (s) | 115568 | 0 | 0 | 16992 | 3237903 | 0 | 9168131 | 397497 | 9565629 |
| Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi (s) | 302089 | 425 | 17160 | 670778 | 4234169 | 0 | 9715034 | 264090 | 9979124 |
| Aksaray Devlet Hastanesi | 59905 | 0 | 0 | 221376 | 2005246 | 0 | 5717782 | 201175 | 5918957 |
| Karaman Devlet Hastanesi | 164476 | 0 | 0 | 0 | 2472460 | 0 | 4909836 | 125561 | 5035398 |
| Kırıkkale Devlet Hastanesi (s) | 98196 | 4977 | 0 | 180622 | 833058 | 0 | 4747334 | 83864 | 4831198 |
| Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi | 822152 | 7137 | 0 | 9806 | 1787159 | 0 | 8256311 | 255390 | 8511701 |
| Yalova Devlet Hastanesi | 283346 | 0 | 0 | 1770 | 1969615 | 0 | 6217982 | 298023 | 6516004 |
| Karabük Devlet Hastanesi | 240805 | 3707 | 32846 | 262386 | 2738584 | 0 | 6267028 | 115219 | 6382246 |
| Osmaniye Devlet Hastanesi | 445885 | 13492 | 5666 | 15066 | 1542000 | 0 | 7557390 | 153787 | 7711177 |
| Düzce Atatürk Devlet Hastanesi | 423203 | 19700 | 0 | 181116 | 3530076 | 73590 | 7603086 | 160621 | 7763707 |

## Ek Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Hastane Donatım Kalemleri ve Toplam Maliyetleri

| HASTANE GRUP | E | D | C | B | A | A II DAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Konvansiyonel Röntgen Demirbaş Cihaz Sayısı | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 |
| Dijital Röntgen Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Seyyar Röntgen Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| C-Kollu Röntgen Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Tomografi Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| MR Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| USG Demirbaş Cihaz Sayısı | 1 | 1 | 1 | 3 | 8 | 4 |
| EKO Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Gamma Kamera Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Kemik Dansitometre Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Mamografi Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Anjiyografi(Koroner) Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Anjiyografi(Göz) Demirbaş Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Ruhsatı Alınmamış Radyasyon Cihazı/Ünitesi Sayısı (periapikal) | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| Radyoloji Ünitesi dışında Klinisyenlerin Kullandığı USG Cihası Sayıs | 0 | 0 | 1 | 2 | 7 | 7 |
| EKG Tıbbi Cihaz Sayısı | 3 | 3 | 5 | 10 | 25 | 3 |
| Eforlu EKG Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Holter Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 |
| Defibrilatör Tıbbi Cihaz Sayısı | 2 | 2 | 3 | 6 | 15 | 3 |
| Spirometre Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| FACO Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 |
| Laser Excimer Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Otorefraktometre Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 |
| Gastroskopi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 |
| Kolonoskopi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 |
| Sistoskopi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Ürodinami Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Artroskopi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Laparoskopi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Lineer Accelerator Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Brakiterapi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Simülator Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| CT Simülator Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Kalp / Akciğer Pompası Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Ameliyat Mikroskopu Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 2 | 5 | 0 |
| EEG Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| EMG Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| ESWL Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| ESWT Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| ERCP Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| PUVA Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Odiometri Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Fototerapi Klasik Tip Tıbbi Cihaz Sayısı | 1 | 1 | 2 | 3 | 7 | 12 |
| Fototerapi Led Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Bronkoskopi Tıbbi Cihaz Sayısı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Biyokimya Otoanalizörü Demirbaş veya Kit Karşılığı | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 |
| Kansayım Cihazı Demirbaş veya Kit Karşılığı | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 |
| Elektroforez Cihazı Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| İmmunolojik Otoanalizör Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Hormon Cihazı Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| İdrar Analizörü Demirbaş veya Kit Karşılığı | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 |
| Kan Gazı Cihazı Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Kardiyak Testler Otoanalizörü Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Spektrofotometre Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Nefelometre Cihazı Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| PCR (Polimeraz Zincir Reaksiyonu) Demirbaş veya Kit Karşılığı | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mikroskop | 2 | 3 | 5 | 10 | 20 | 5 |
| yatak | 10 | 25 | 100 | 250 | 400 | 150 |
| oda ve bekleme mefruşat | | | | | | |
| büro mefruşat | | | | | | |
| ameliyat masası | | | | | | |
| anestezi cihazı | | | | | | |
| ventilatör | | | | | | |
| monitör | | | | | | |
| küvöz | | | | | | |
| sterilizasyon | | | | | | |
| yoğun bakım yatağı | | | | | | |
| diğer tıbbi demirbaşlar | | | | | | |
| toplam donatım maliyeti tahmini | 2.000.000 | 3.000.000 | 40.000.000 | 30.000.000 | 50.000.000 | 40.000.000 |

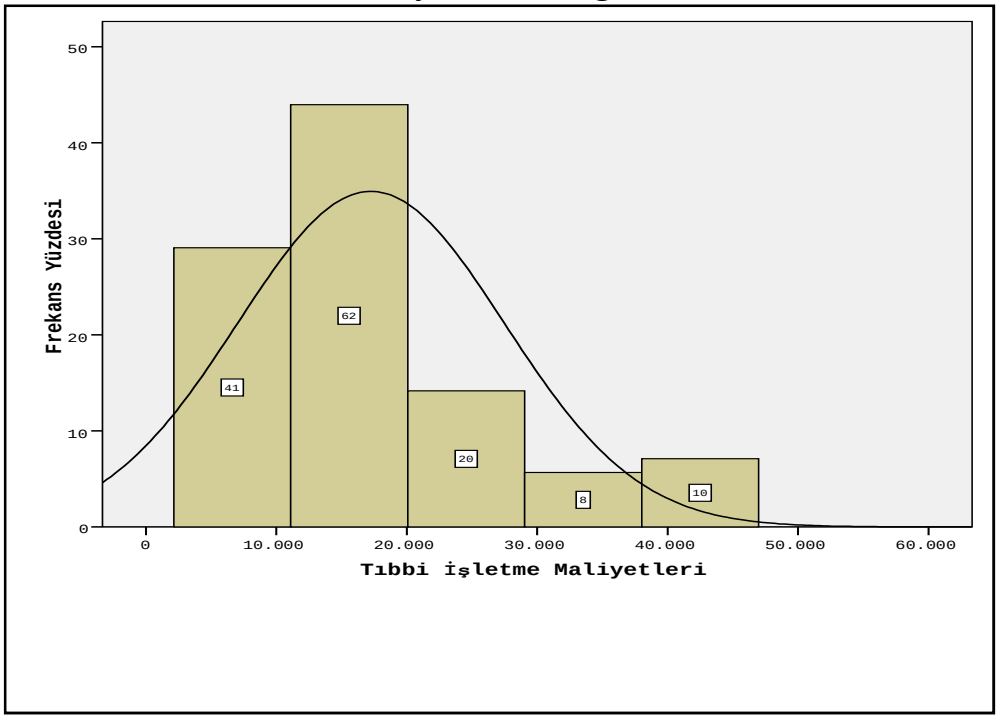
## Ek Tablo 3. Bazı Hastanelerin Maliyet ve Süre Bilgileri

| Hastane Adı | | İlk program verileri | | Hastanenin gerçekleşen verileri | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Başlama/Bitiş yılları | Proje maliyeti | Başlama/Bitiş yılları | Proje maliyeti |
| Adnan Menderes Hastane İnşaatı | Aydın | 1994/2001 | 59.123 | 1994/2010 | 96.593 |
| Balıkesir Hastane İnşaatı (200 Yt.,33.159 m2) | Balıkesir | 2008/2011 | 44.520 | 2008/2012 | 44.530 |
| Celal Bayar Hastane İnşaatı (400 Yt, 48.000 m2) | Manisa | 1994/1999 | 12.561 | 1994/2011 | 93.383 |
| Harran Üniv. Hastane İnşaatı(600 Yt, 98.590 m2)(GAP) | Şanlıurfa | 1998/2002 | 63.671 | 1996/2011 | 93.870 |
| Kafkas Üniv. Hastane İnşaatı (200 Yt,30.000 m2)(DAP) | Kars | 2007/2010 | 34.399 | 2007/2010 | 37.832 |
| Kırıkkale Üniv. Hastane İnşaatı (200 Yt,30.000 m2) | Kırıkkale | 2008/2011 | 43.103 | 2008/2012 | 45.640 |
| Mersin Üniv. Hastane İnşaatı(400 Yt, 85.000 m2) | Mersin | 1994/2005 | 34.654 | 1994/2011 | 120.000 |
| Mustafa Kemal Üniv. Hastane İnşaatı(400 Yt, 45.000 m2) | Hatay | 1997/2003 | 30.426 | 1997/2010 | 92.954 |
| Selçuk Üniv. Hastane İnş.(800 Yt, 130.000 m2) | Konya | 1984/1987 | 13.374 | 1984/2010 | 110.402 |
| Merkez Devlet Hastanesi(300 Yatak) | Amasya | 1990/1992 | 10.020 | 1990/2004 | 21.543 |
| Antalya-Merkez Devlet Hastanesi (600 Yatak) | Ankara | 1993/2006 | 43.660 | 1993/2007 | 73.097 |
| Kartal Koşuyolu Hast. Bağ. Kalp Araşt. Merk.(400 Yatak) | İstanbul | 1986/1990 | 49.219 | 1986/2004 | 91.939 |
| Kocaeli-Gebze Devlet Hastanesi (500 Yatak) | Kocaeli | 1993/1998 | 14.771 | 1993/2007 | 76.908 |
| Rize-Merkez Devlet Hastanesi(400 Yatak) | Rize | 1998/2000 | 12.196 | 1998/2005 | 52.265 |
| Sanlıurfa-Merkez Devlet Hastanesi (AP)(500 Yatak) | Şanlıurfa | 1990/2000 | 13.143 | 1993/2004 | 51.436 |

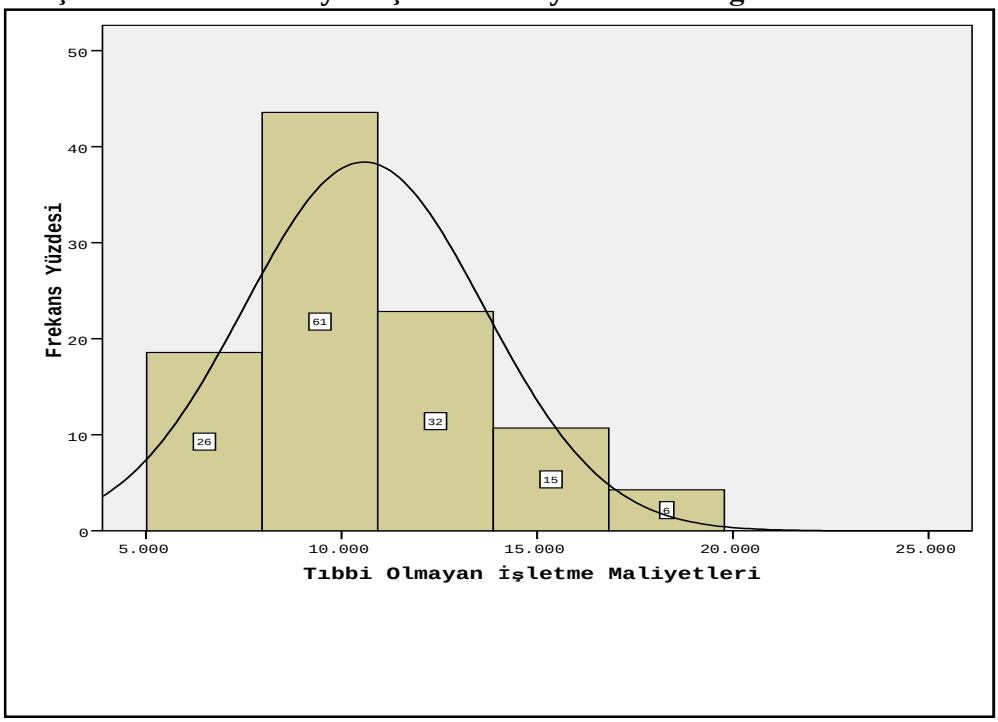
## Ek Tablo 4. Sağlık Bakanlığının Son Yıllarda Yaptığı Bazı Hastanelerin Büyüklükleri ve İhale Bedelleri

| Hastane | Kapasite | Büyüklük | İhale Bedeli |
|---|---|---|---|
| Erzurum Bölge Hastanesi | 400 yatak | 108.802 m2 | 103.449.316 TL |
| Van Devlet Hastanesi | 400 yatak | 84.000 m2 | 73.101.000 TL |
| Adana Devlet Hastanesi | 400 yatak | 75.546 m2 | 70.794.100 TL |
| Adıyaman Devlet Hastanesi | 400 yatak | 81.578 m2 | 80.747.400 TL |
| Afyon Devlet Hastanesi | 400 yatak | 75.732 m2 | 70.713.860 TL |

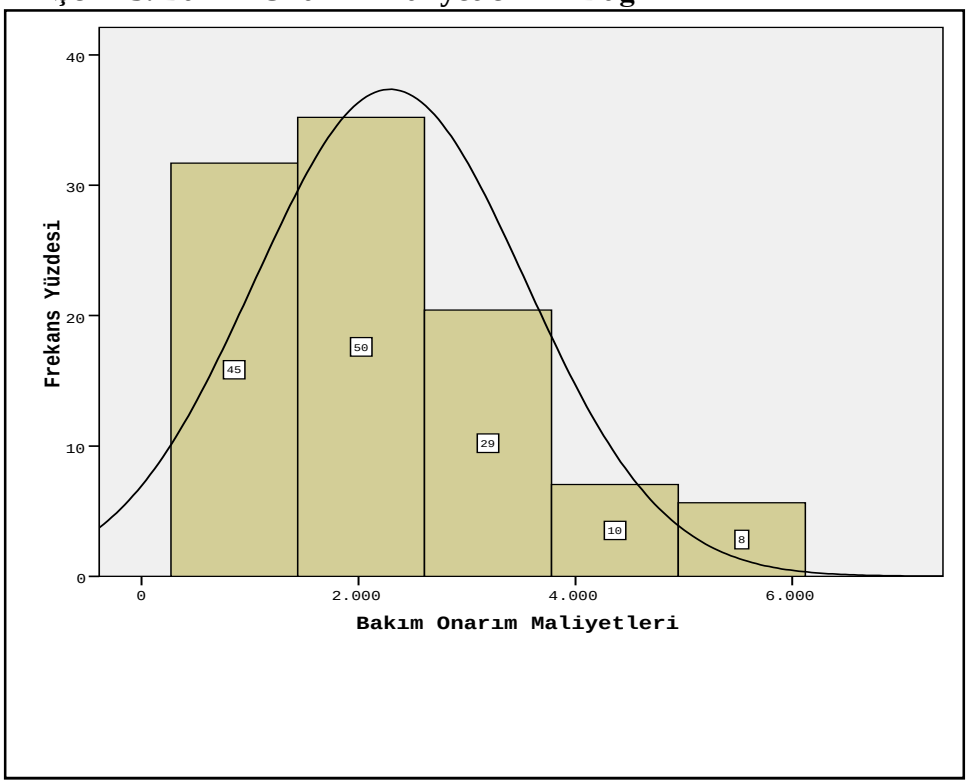
**Ek Şekil 1. Tıbbi İşletme Maliyetlerinin Dağılımı**




**Ek Şekil 2. Tıbbi Olmayan İşletme Maliyetlerinin Dağılımı**



**Ek Şekil 3. Bakım Onarım Maliyetlerinin Dağılımı**



**3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek 7. Maddesi**

Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.

Bu amaçla Maliye Bakanlığınca, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine Hazineye ait taşınmazlar bedelsiz devredilebilir. Bu taşınmazların sözleşme süresince amacı dışında kullanılamayacağına, Maliye ve Sağlık bakanlıklarından izin alınmaksızın devredilemeyeceğine dair tapu kütüğüne şerh konulur.

Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde; taşınmazın gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı, bedelsiz Hazine taşınmazı devredilip devredilmediği, yatırımın maliyeti, tıbbî donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, kiralama konusu taşınmaz ve üzerindeki sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin kiralayana verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınır.

Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedelleri Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenir.

Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir.

Bu madde kapsamında yapılacak yatırımlarla ilgili olarak, otuzaltı aylık süreyi geçmemek ve sözleşmede belirlenecek inşaat yapım süresi ile sınırlı olmak kaydıyla, Sağlık Bakanlığı ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri arasında yapılacak her türlü iş ve işlemler ile düzenlenecek kağıtlar, 1.7.1964 tarihli ve 488 sayılı Damga Vergisi Kanununa göre alınan damga vergisi ile 2.7.1964 tarihli ve 492 sayılı Harçlar Kanunu uyarınca alınan harçlardan müstesnadır.

Bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tâbi değildir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin esas ve usûller ile ihale yöntemi; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerinde aranılacak nitelikler, sözleşmelerin kapsamı ve konuya ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarlıklarınca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulur.

## KAYNAKLAR


AHADZI, Marcus, Graeme BOWLES, Public-private Partnerships and Contract Negotiations: An Empirical Study, Construction Management and Economics, Vol. 22 November, 2004, pp. 967-978.

AKINTOYE, Akintola, Ezekiel CHINYIO, "Private Finance Initiative in the Healthcare Sector: Trends and Risk Assessment", *Engineering, Construction and Architectural Management*, Vol. 12, No. 6, 2005, pp. 601-616.

ALLARD, Gayle, Amanda TRABANT, "Public-Private Partnerships In Spain: Lessons And Opportunities", *International Business & Economics Research Journal*, Volume 7, Number 2, February 2008, pp. 1-24.

ARTHUR ANDERSEN and ENTERPRISE LSE (London School of Economics), Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative, Report Commissioned by the Treasury Taskforce, 17 January, 2000.

BERNSTEIN, Alan, "Toward Effective Canadian Public–Private Partnerships in Health Research", *CMAJ*, February, 2003, pp. 288-289.

BLOOMFIELD, Pamela, The Challenging Business of Long-term Public-private Partnerships: Reflections on Local Experience, *Public Administration Review*, May/June, 2006, pp. 400-411.

BREALEY, Richard, Steward MYERS, *Principles of Corporate Finance*, 7th edn, Irwin McGraw-Hill, Boston, 2003.

BROADBENT, Jane, Richard LAUGHLIN, "Public-Private Partnerships: an Introduction", *Accounting, Auditing&Accountability Journal*, Vol.16 No. 3, 2003, pp. 332-341.

BROADBENT, Jane, Jas GILL, Richard LAUGHLIN, "Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK", *Accounting, Auditing&Accountability Journal*, Vol.16 No. 3, 2003, pp. 422-445.

BULT-SPIERING, Mirjam, Geert DEWULF, *Strategic Issues in Public–Private Partnerships An International Perspective*, Blackwell Publishing, Oxford, 2006.

BUSE, Kent, Andrew M. HARMER, "Seven Habits of Highly Effective Global Public–Private Health Partnerships: Practice and Potential", *Social Science & Medicine*, Vol. 64, 2007, pp. 259–271.

CHONG, Eshien, Freddy HUET, Stephane SAUSSIER, "Auctıons, Ex PostCompetıtıon and Prıces: The Effıcıency of Publıc-Prıvate Partnershıps", *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 77:4, 2006, pp. 521-554.

CORNER, David, The United Kingdom Private Finance Initiative: The Challenge of Allocating Risk, *OECD Journal on Budgeting*, Volume 5, Number 3, 2006, pp. 37-55.

CROFT, Simon L., "Public-Private Partnership: from There to Here", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 99S, 2005,pp. S9—S14

EC (European Commission), *Guidelines for Successful Public-Private Partnerships*, Directorate-General Regional Policy, European Commission, Brussels, 2003.

EIB (European Investment Bank), *The EIB's Role in Public-Private Partnerships (PPPs)*, European Investment Bank, Luxembourg, 2004, *www.eib.org/Attachments/thematic/eib_ppp_en.pdf.*

ENGEL, Eduardo, Ronald FISCHER and Alexander GALETOVIC, .The Basic Public Finance of Public-Private Partnerships., *NBER Working Paper No. 13284*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts, United States, 2007.

ESTACHE, Antonio, PPI Partnerships vs. PPI Divorces in LDCs, Review of Industrial Organization, 29, 2006, pp. 3-26.

FITZGERALD, Peter, Review of Partnerships Victoria Provided Infrastructure: Final Report to the Treasurer, Growth Solutions Group, Melbourne, Australia, 2004.

FLINDERS, Matthew, The Politics of Public-private Partnerships, British Journal of Politics and International Relations, Vol.7, 2005, 215-239.

FOURIE, FCvN and Philip BURGER, An Economic Analysis and Assessment of Public-Private Partnerships (PPPs), *South African Journal of Economics*, Vol.68, No.4, 2000, 693-725.

FOURİE, FCvN and Philip BURGER, Fiscal Implications of Public-private Partnerships (PPPs), *South African Journal of Economics*, Vol.69, No.1, 2001, pp. 147-167.

Generalitat Valencia Conselleria De Sanitat, Modelo Alzira 1999-2005, Valencia, 2006.

GIDMAN, Philip, Blore, Ian, Lorentzen, Jens and Schuttenbelt, Paul, Public Private Partnerships in Urban Infrastructure Services, UMP Working Paper Series No. 4, UNDP/Habitat/World Bank, Nairobi, 1995, pp. 1-11.

GLOBAL INFRASTRUCTURE, Italian PPP at a Glance, Project Finance International, Issue 217, 2001, pp. 73-77.

GÖZLER, Kemal, İdare Hukuku Dersleri, Ekin Yayınları, Bursa, 2006.

GÜNDAY, Metin, İdare Hukuku Yenilenmiş 5. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, 2002.

GRIMSEY, Darrin, Mervyn K. LEWIS, "Evaluating the Risks of Public Private Partnerships for Infrastructure Projects", *International Journal of Project Management*, Vol. 20, 2002, pp. 107-118.

GRIMSEY, Darrin, Mervyn K. LEWIS, *Public Private Partnerships: The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*, Edward Elgar, Cheltenham, 2004.

GRIMSEY, Darrin, Mervyn K. LEWIS, "Are Public Private Partnerships Value for Money? Evaluating Alternative Approaches and Comparing Academic and Practitioner Views", *Accounting Forum*, Vol. 29, 2005, pp. 345–378.

GROUT, Paul, "Is the Private Finance Initiative a Good Deal?", *Market and Public Organisation*, Issue 6, December 2001, pp. 1-4.

HDR (Henningson, Durham and Richardson, Inc.), *Creating Effective Public-Private Partnerships for Buildings and Infrastructure in Today.s Economic Environment*, HDR, Omaha, Nebraska, United States, 2005, pp. 21-32.

HEALD, David, "Value for Money Tests and Accounting Treatment in PFI Schemes", *Accounting, Auditing&Accountability Journal,* Vol.16 No. 3, 2003, pp. 342-371.

HEALTHCARE FINANCING REVIEW, Public Private Partnership Creates Healthcare Center, Vol. 20, Number 1, pp. 139.

HM Treasury, *Public–Private Partnerships—The Government's Approach,* The Stationery Office, London, April, 2000.

HM Treasury, *PFI: Meeting the Investment Challenge*, The Stationery Office, London, 2003a.

HM Treasury, *The Green Book – Appraisal and Evaluation in Central Government*, London: TSO, London, 2003b.

HM Treasury, *PFI: Strengthening Long-term Partnerships,* The Stationery Office, London, 2006.

HM Treasury, *Value for Money Assessment Guidance*, The Stationery Office, London, 2006.

HM Treasury, *Public Private Partnerships The Government's Approach*, (çevrimiçi) http://www.hm-treasury.gov.uk/mediastore/otherfiles/PPP2000.pdf, 12 Aralık 2007.

HODGE, Graeme A.,The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning From International Experience, 2005,

HODGE, Graeme A., Carsten GREVE, "Public Private Partnerships: An International Performance Review", *Public Administration Review,* May-June 2007, pp. 545-558.

HOLMES, John, Graham CAPPER, Gordon HUDSON, "Public Private Partnerships in the Provision of Healthcare Premises in the UK", *International Journal Of Project Management*, 24, 2006, pp. 566–572.

HOLMES, John, Graham CAPPER, Gordon HUDSON, "LIFT: 21st Century Health Care Centres in the United Kingdom", *Journal of Facilities Management*, Vol. 4, No. 2, 2006 pp. 99-109.

HURST, Claire, Eoin REEVES, "An Economic Analysis of Ireland's First Public Private Partnership", *The International Journal of Public Sector Management,* Vol. 17 No. 5, 2004, pp. 379-388.

IMF, *Public-Private Partnerships*, Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund, Washington DC, 2004, (çevrimiçi) *www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.pdf*, 4 Kasım 2009.

IMF, *Public Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk*, Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund, Washington DC, 2006.

INFRASTRUCTURE AUSTRALIA, National Public Private Partnership Guidelines – Overview, 2008a.

INFRASTRUCTURE AUSTRALIA, National Public Private Partnership Guidelines – Public Sector Comparator Guidance, 2008b.

JAMALI, Dima, "Success and Failure Mechanisms of Public Private Partnerships (PPPs) in Developing Countries", *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 17, No. 5, 2004, pp. 414-430.

JAMALI, Dima, "A Study of Customer Satisfaction in The Context of a Public Private Partnership", *International Journal of Quality&Reliability Management*, Vol. 24, No. 4, 2007, pp. 370-385.

JOYNER, Kate, "Dynamic Evolution in Public-Private Partnerships", *Managerial Law*, Vol. 49, No. 5/6, 2007, pp. 206-217.

KÖKSAL Tunay, Belediye Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yöntemleri ve Uygulamaları, Planlama Uzmanlığı Tezi, Ankara, Ağustos 1993.

LEAHY, Patricia, Lessons from the Private Finance Initiative in the United Kingdom., *EIB Papers*, 10(2), 2005, pp. 58-71.

LEIRINGER, Roine, Technological Innovation in PPPs: Incentives, Opportunities and Actions, *Construction Management and Economics*, Vol.24, No.3, 2006, 301-308.

LI, Bing, A. Akintoye, P.J. Edwards, C. Hardcastle, "Perceptions of Positive and Negative factors Influencing the Attractiveness of PPP/PFI Procurement for Construction Projects in the UK", *Engineering, Construction and Architectural Management*, Vol. 12, No. 2, 2005, pp. 125-148.

MALONE, Nonie, .The Evolution of Private Financing of Government Infrastructure in Australia: 2005 and Beyond., Policy Forum: Financing Public Infrastructure, *The Australian Economic Review*, 38(4), 2005, pp. 420-430.

MASKIN, Eric, Jean TIROLE, "Public–Private Partnerships and Government Spending Limits", *International Journal of Industrial Organization*, 2007, pp. 1-9.

McKEE, Martin, Nigel EDWARDS, Rifat ATUN, "Public-Private Partnerships for Hospitals", *Bulletin of The World Health Organization*, November 2006, pp. 890-896.

MERNA, Tony, Nigel SMITH, Projects Procured by Privately Financed Concession Contracts, Vols. 1, 2, *Asia Law and Practice*, Hong Kong, China, 1996, 167-195.

MITCHELL-WEAVER, C. and MANNING, B., "Public Private Partnerships in Third World Development: A Conceptual Overview", Studies in Comparative International Development, Vol. 26 No. 4, 1991, pp. 45-67.

MONTEIRO, Rui, Public-Private Partnerships: Some Lessons from Portugal, EIB Papers, 10(2), 2005, pp. 72-81.

NHS EXECUTIVE; Public Private Partnerships in the National Health Service: The Private Finance Initiative – Overview,2007a, (çevrimiçi) http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4021127.pdf, 4 Nisan 2010.

NHS EXECUTIVE; Public Private Partnerships in the National Health Service: The Private Finance Initiative – The Selection and Preparation of Schemes, 2007b, (çevrimiçi)http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4108142.pdf, 4 Nisan 2010.

NHS EXECUTIVE; Public Private Partnerships in the National Health Service: The Private Finance Initiative – The PFI Procurement Process, London, 2007c, (çevrimiçi)http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4108143.pdf, 4 Nisan 2010.

NIJKAMP, Peter, Van der Burch, M., Vidigni, G., "A Comparative Institutional Evaluation of Public Private Partnerships in Dutch Urban Land-Use and Revitalization Projects", *Urban Studies*, Vol. 39 No.10, 2002, pp.1865-1880.

NISAR, Tahir M., "Value for Money Drivers in Public Private Partnership Schemes", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20 No. 2, 2007, pp. 147-156.

OECD, OECD Best Practices for Budget Transparency, *OECD Journal on Budgeting*, 1(3), 2002, pp. 7-14.

OECD, *Fighting Corruption and Promoting Integrity in Public Procurement*, OECD Publishing, Paris, 2005.

OECD, Concessions, Global Forum on Competition, Directorate for Financial and Enterprise Affairs, OECD, 2006.

OECD, Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money, 2008, pp. 11-85.

PARTNERSHIPS VICTORIA, *Public Sector Comparator Technical Note*, Melbourne, 2001.

PARTNERSHIPS VICTORIA, *Use of Discount Rates in the Partnerships Victoria Process – Technical Note*, Melbourne, 2003.

POLLOCK, Allyson M., Jean SHAOUL, Neil VICKERS, "Private Finance and 'Value for Money' in NHS Hospitals: a Policy in Search of a Rationale", *British Medical Journal*, Vol. 324, pp. 1205-1209.

POLLOCK, Allyson M., "Public–Private Partnerships and the Private Finance Initiative", *Bulletin of the World Health Organization*, November 2007, pp. A.

PRİCEWATERHOUSECOOPERS, Delivering the PPP Promise: A Review of PPP Issues and Activity, PricewaterhouseCoopers, London, 2005.

RATZAN, Scott C., "Public-Private Partnerships for Health", *Journal of Health Communication*, December 2007, pp.315-316.

ROGER, Neil, Recent Trends in Private Participation in Infrastructure, Public Policy for the Private Sector, Note No. 196, World Bank, Washington, DC, 1999, pp.1.

RODNEY, William, Paul GALLIMORE, "Risk Assessment in PFI Schemes for Primary Healthcare", *Facilities*, Volume 20, Number 1/2, 2002, pp. 52-60.

SARCAN, Caner, *Kamu Özel İşbirliği Modellerinin Hukuki Yapısı*, Planlama Uzmanlığı Tezi, Ankara, Ağustos, 2008.

SPACKMAN, Michael, "Public-Private Partnerships: Lessons from the British Approach", *Economic Systems*, Vol. 26, Issue 3, 2002, pp. 283-301.

STANDARD AND POOR'S, *Public Private Partnerships: Global Credit Survey 2005*, Standard and Poor.s, New York, United States, 2005.

SUSSEX, Jon, *The Economics of the Private Finance Initiative in the NHS*, Office of Health Economics, London, 2001, pp. 59-76.

SUSSEX, Jon, "Public-Private Partnerships in Hospital Development: Lessons from the UK's 'Private Finance Initiative'", *Research in Healthcare Financial Management*, Vol. 8, No.1, 2003, pp. 59-76.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, *2006 Yılı Programı*, Ankara, 2005.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, *2007 Yılı Programı*, Ankara, 2006.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, *2008 Yılı Programı*, Ankara, 2007.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, *2009 Yılı Programı*, Ankara, 2008.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, *2010 Yılı Programı*, Ankara, 2009.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, *2011 Yılı Programı*, Ankara, 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*, Ankara, 2011.

THE GLOBAL HEALTH GROUP, Public-Private Investment Partnerships: An Innovative Approach for Improving Access, Quality and Equity in Healthcare in Developing Countries, San Francisco, 2009, (çevrimiçi) globalhealthsciences.ucsf.edu/GHG/docs/PPIP_Overview.pdf, 3 Nisan 2010.

UK TRADE AND INVESTMENT; Hospital & Healthcare Equipment Market in Spain, London, 2009, (çevrimiçi)https://www.uktradeinvest.gov.uk/ukti/file Download/Spain_Healthcare.pdf?cid=436162, 6 Nisan 2010.

WETTENHALL, Roger, Privatization: A Shifting Frontier Between Private and Public Sectors, *Current Affairs Bulletin*, Sydney, Vol.60, No.6, pp. 58-73.

WIDDUS, Roy, "Public-Private Partnerships: an Overview", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 99, 2005, pp. S1-S8.

WIDDUS, Roy, "Public–Private Partnerships for Health: Their Main Targets, Their Diversity, and Their Future Directions", *Bulletin of The World Health Organization*, 79, 2001, pp. 713-720.

YESCOMBE, E.R., Public-Private Partnerships Principles of Policy and Finance, 2007.

YILMAZ, Osman, Yap-İşlet-Devret Modeli ve Türkiye Uygulaması, Planlama Uzmanlığı Tezi, Ankara, Nisan, 1999.

ZITRON, Jeff, Public-Private Partnership Projects: Towards a Model of Contractor Bidding Decisionmaking, *Journal of Purchasing and Supply Management*, 12, 2006, pp. 53-62.

**DİZİN**

Avrupa Birliği (AB), 19, 32, 55, 79, 80, 81, 92, 104
DPT, 89, 96, 103, 145, 146, 149
Harcama Getirisi, 2, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 55, 57, 65, 68, 74, 79, 102, 105, 106, 107, 108, 109, 113, 121, 125, 126, 127, 144, 145, 146
İmtiyaz, 7, 8, 11, 13, 28, 34, 57, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 106
Kamu Sektörü Karşılaştırıcısı (KSK), ii, viii, 3, 35, 47, 55, 66, 69, 73, 75, 80, 81, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 139, 140, 141, 142, 143, 147, 148
Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ), ii, viii, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 92, 95, 96, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 117, 121, 122, 123, 126, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 138, 144, 145, 146, 147, 148, 149
Karşılanabilirlik, 2, 13, 14, 15, 17, 40, 41, 45, 46, 57, 67, 69, 108, 144, 145, 146
Özelleştirme, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 30, 49, 59, 61, 72, 77
Ruhsat Modeli, 90
Yap-İşlet, 86, 89
Yap-İşlet-Devret (YİD), viii, 86, 87, 88, 90