

## Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hastanelerinde Verimlilik ve Performansın Karşılaştırılması: Bir Sistemik Derleme

Timurtaş M.

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye \*Sorumlu yazar: [meraltimurtas1@gmail.com](mailto:meraltimurtas1@gmail.com)

### Özet

**Amaç:** Kamu özel ortaklıkları modeli ile kamu kurumları uzun vadeli altyapı, bakım ve hizmet sunumunu özel sektörün deneyiminden sağlayarak, karşılıklı stratejik iş birliği oluşturmaktadır. Bu araştırmanın amacı, kamu özel ortaklığı modeliyle sunulan sağlık hizmetinin verimlilik ve performansını, geleneksel anlamda sadece kamu aracılığıyla yönetilen hastanelerle karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmadaki değişken ve kapsamda yapılan, ayrıca akademik veri tabanlarında yer alan araştırmalardan sistemik derleme yapılmıştır. Yapılan sistemik tarama ve dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinin uygulanmasından sonra 5 araştırma kriterlere uygun bulunarak, değişkenler açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırma sonucunda, incelenen çalışmalarda genel olarak kamu özel ortaklığı modeliyle yönetilen hastanelerin verimlilik ve performans skorları kamu hastanelerinden daha yüksek bulunmuştur. Ancak modele ilişkin objektif görüşler kamu özel ortaklığının çok boyutlu incelenmesi ile mümkün görünmektedir.

**Sonuç:** Kıyaslama kriterlerindeki farkların nedenlerinin finansal ve yönetsel modelin farklılığıyla açıklanamayacak kadar kapsamlı ve karmaşık olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmadan daha kapsayıcı ve farklı örneklerde elde edilecek sonuçlar, genellenebilirliği arttıracaktır. Farklı çalışmalar tasarlanarak daha geniş örneklerle sonuçların değerlendirilmesi uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kamu Özel Ortaklığı, Hastaneler, Verimlilik, Performans

## Comparison of Efficiency and Performance in Public Private Partnership Model Hospitals:

### A Systematic Review

#### Abstract

**Aim:** Public private partnerships are a financial model that provides various advantages, including alternative resource creation and investment risk sharing, in the provision of state-produced public services. With this model, public institutions create mutual strategic cooperation by providing long-term infrastructure, maintenance and service provision from the experience of the private sector. The aim of this study is to compare the efficiency and performance of healthcare services provided by the public-private partnership model with hospitals that are traditionally managed solely through the public sector.

**Methods:** Systematic review has been made from studies conducted in the variable and scope of the research and also in academic databases. After the systematic screening and application of the inclusion and exclusion criteria, 5 studies were found to meet the criteria and evaluated in terms of variables.

**Results:** As a result, the efficiency and performance scores of the hospitals managed by the public-private partnership model were found to be higher than the public hospitals in the studies examined. However, objective views on the model seem possible only with a multi-dimensional examination of the public-private partnership.

**Conclusion:** It has been observed that the reasons for the differences in the benchmarking criteria are too extensive and complex to be explained by the difference in the financial and managerial model. The results obtained in more comprehensive and different samples from the study will increase the generalizability. It will be appropriate to design different studies and evaluate the results with larger samples.

**Keywords:** Public Private Partnerships, Hospitals, Efficiency, Performance

## 1. GİRİŞ

Hastaneler yüzyıllardır sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin sunumunun başat aktörü olarak rol oynamakta ve dünyadaki her ülkede sağlık bütçesinin büyük kısmının kullanıcısı olarak görülmektedir. Bu sebeple hükümetler sağlık finansmanını artan maliyetlerine cevap vermede zaman zaman zorluklar yaşamaktadır. Sonuç olarak kısıtlı, yetersiz kamu kaynaklarının varlığı nedeniyle, sağlık hizmeti talebini karşılamak için alternatif finansal modeller geliştirmek ve uygulamak zorunda kalınmaktadır. Hükümetlerde özel sektörün hizmet sunum sürecine dahil olduğu, maliyetlerin daha saptanabilir, yatırımı kolaylaştıran, ortaklık modelleriyle sorunu çözmeye çalışmaktadır (Barrows ve ark., 2012). Kamu ve özel sektörün hibrit bir modelle birbirlerinin yeteneklerinden yararlanmalarına dayanan Kamu

Özel Ortaklığı (KÖO), 1990'dan bu yana uygulandıkları ülkelerde sağlık sektöründe yapıcı reformlar yapmak için kullanılmaktadır (Taylor ve Blair, 2002).

Günümüzde bazı hükümetler sağlık hizmeti sunumunun çeşitli kısımlarında stratejik bir kilit yöntem olarak bu modeli farklı şekilleriyle kullanmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı, risk, maliyet, fayda, kaynak ve sorumlulukların paylaşıldığı veya yeniden tahsis edildiği; altyapı tesislerinin tasarımı, inşası veya işletilmesinde kamu ve özel sektör arasında yapılandırılmış bir iş birliği biçimi olarak tanımlanmıştır. Başka bir deyişle, arzulanan sonuçlara ulaşmak için kamu ve özel sektör arasındaki risk paylaşım ilişkisidir. Kamu işlerinin azaltılması ve hükümetin planlama, standardizasyon, finansman, mevzuat oluşturma, yatırım finansmanı sorumluluğunu azaltma, verimliliği ve etkinliği arttırmak için rekabet unsurunu kullanma, kendini geliştirme, karar verme ve yöneticilere ademi merkezîyetçilik getirilmesi, sağlık sektörü ve hastane sektöründe KÖO'ndan faydalanmanın nedenlerinden bazılarıdır (Alfen ve ark., 2009). Literatürde farklı boyutları ve biçimleriyle tartışılmaya devam eden ve pratikteki popülaritesini koruyan KÖO modeli, kaynakların verimliliği açısından üzerinde durulması gereken ve araştırmaya değer bir alandır.

Temel kamu hizmetlerinin özel sektör aracılığıyla veya iştirakleriyle sağlanması büyük alt yapı projeleri başta olmak üzere birçok yüksek sermaye gerektiren kamu yatırımlarında kullanılması 19. Yüzyıla kadar gitmektedir (McKee ve ark., 2006). Bu modelle hastaneler, okullar, hapisaneler, yollar, köprüler, su arıtma tesisleri ve metrolar gibi yüksek bütçeli projeler, kamusal hizmette yeni bir finansal metotla belirmeye başlamıştır. Son yıllarda hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde kamu hizmetinin öncül sunucu olduğu sağlık sektöründe kamu özel ortaklıkları modelleri ön plana çıkmaktadır. Bir kamu otoritesinin özel bir şirketle hastane inşa etmek ve etmek için sözleşme yaptığı KÖO modelinin farklı türleri geliştirilmiştir (McKee ve ark., 2006).

Tasarım, inşa, finans ve işletme modeli (TİFİ) İngiltere'deki büyük sermaye yatırımlarını finanse etmenin başlıca aracı olmuştur. İngiliz modelinde yüklenici üç tip taşeronluğu yapmaktadır. İlki, projeyi finanse etmek için bankalarla, ikincisi hastaneyi inşa etmek için bir inşaat şirketiyle ve üçüncüsü sözleşme süresince genelde 30 yıl boyunca tesis yönetim şirketiyle yapılan anlaşmalardır. Sözleşme dönemi boyunca sağlık hizmeti sağlayıcısı gelirlerinden belirli bir miktar ödemeyi taahhüt eder ve yüklenici firma hastanenin tüm yapısal unsurlarını iyi durumda tutmayı ve (anlaşmaya bağlı olarak) tesisleri yönetmeyi taahhüt eder. Kanada, Portekiz ve İspanya'da çok daha küçük ölçekte de olsa benzer modeller benimsenmiştir (Lethbridge, 2004).

Franchising, özel bir şirketin mevcut bir devlet hastanesinin yönetimini devraldığı alternatif bir modeldir. Bu yaklaşım İsveç'te (devlet hastanesinin özel bir şirkete satışı dahil) ve İtalya'da denenmiştir. İspanya, Valencia'daki Alzira Hastanesi'nde, yıllık kişi başına ödeme karşılığında belirli bir nüfusun sağlık bakım sorumluluğunu kabul eden özel bir konsorsiyum tarafından yönetilen benzersiz bir model geliştirilmiştir (Sveman ve Essinger, 2001).

Kamu Özel Ortaklığı modelinin ülkelerin farklı dinamiklerine göre farklı yorumlamaları olsa da genel olarak modelin yaratması muhtemel tehditler benzerdir ve modelin rasyonelliğine karşı temkinli yaklaşanların argümanlarını oluşturmaktadır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

- Beklenen yüksek sermaye maliyeti;
- Bir kamu bütçesinin kullanılamaması veya aşırı kullanılması;
- Ortak şirketlerden birinin, diğer ortakların maliyetlerini ödemek zorunda kalacağı riski
- Sözleşmedeki eksiklikler;
- Tarafların çıkarlarını korumak için gerekli olan yeterli düzenlemelerin yapılmaması veya yapılamaması,
- Uzun vadeli süreçleri öngörmedeki zorluklar;
- Yüksek işlem maliyetleri (Cruz ve Marques, 2013).

Bu olası risklere karşı eleştiri sesleri yüksek olsa da birçok hükümet KÖO modelini hem kamu hem de özel sektöre fayda sağlayan bir kazan-kazan stratejisi olarak kabul etmektedir. KÖO'nun güçlü yönü olarak kamu sektörünün finansal sürdürülebilirliği üzerindeki baskıyı azalması ve bütçenin daha verimli ve tasarruflu kullanılmasına izin vermesi görülmektedir. Özel sektörün riskle mücadele ve yönetimi konusunda daha başarılı olma eğilimi göstermesi, kamu sektörü için önemli bir avantaj olarak görülmektedir (Hodge ve ark., 2018; McKee ve ark., 2006). Ülkemizde ise KÖO'ların sağlık hizmeti projelerinde uygulanmasının yasal zemini 1987 yılında 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa dayanmaktadır.2013 yılında ise çıkarılan ve sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında ciddi değişikliklere sebep olan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun hükmünde kararname ve Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde Kamu özel iş birliği daire başkanlığı kurulmuştur. Ve sonrasında ilk entegre sağlık kampüsü 2013 'te Yozgat ilinde KÖO modeliyle inşa edilmeye başlamıştır (Gürkan, 2014). Ülkemizde esas alınan yap - kirala - devret modeli inşa edilen hastanelerin özel teşebbüs tarafından inşa edilmesinden sonra belirli bir dönem boyunca kamunun o hastaneleri kiralaması ve anlaşma süresi dolunca da kamuya taşınmazı devretmek şeklinde planlanmıştır. Anlaşma süresi boyunca sağlık bakanlığı projelerin gelir akışını oluşturan kira ve hizmet ödemelerini ödemeyi garanti etmektedir. Kullanım şartları, ihale tarihinden başlayarak her ödeme dönemi için enflasyon ve kur risklerini dikkate alacak şekilde güncellenmesi taahhüt edilmiştir. Sağlık tesisi işletme döneminde özel sektör, kamu sektöründen 25 yıl boyunca sabit kira geliri elde etmektedir; hizmet maliyetleri her 5 yılda bir piyasa testine tabidir (Top ve Sungur, 2019). 2020 İtibariyle Sağlık Yatırımları genel müdürlüğünün verilerine göre 10 KÖO ile yapılan şehir hastanesi bitirilip faaliyete geçmiş kalan 10 diğer şehir hastanesi projeleri ise 2020 ve 2021 tahmini proje bitiş tarihlerinin sonrasında faaliyete geçecekleri belirtilmektedir (<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>); Erişim Tarihi:01.01.2010)

KÖO'na akademik dünyanın ilgisi de giderek ivme kazanmaktadır. Fakat bugüne kadar var olan literatür konuyu bir bütün olarak değil ekseriyetle özyönetimde maliyet yönüne odaklanarak açıklamaya çalışmıştır (Koopmans, 1951). Özellikle sağlık sektöründe, sadece maliyet analizi değil, hastanelerdeki performans ve verimlilik bütüncül bir analizi de gereklidir.

Verimlilik kavramı, elde edilen sonuçlara göre kullanılan araçların doğru dağılımını garanti etmektedir. Bir başka deyişle kaynakların en doğru ve rasyonel şekilde kullanılmasıdır (Çakmak ve ark., 2009). Performans ise örgütsel amaçlara ulaşmak için yürütülen faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesidir (Yükçü ve Atağan, 2009). Sağlık hizmeti sunucuları ve planlayıcıları ideal etkin ve

verimli yönetim uygulamalarını saptarken en yüksek performans hedefine uygun yaklaşım ve modelleri popülist yaklaşımdan etkilenmeden en akılcı seçenekleri değerlendirmelidirler.

Araştırmamız, kamu özel ortaklığı modelinin hastanelerde uygulanmasının finansal ve klinik performansa etkilerini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla kurgulanmış sistematik bir derlemedir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 2019 Aralık 2020 Ocak ayları içerisinde yapılmıştır. Marmara Üniversitesi erişim ağı üzerinden PubMed ve Google Scholar veri tabanlarında derleme ve sistematik derleme ve tanımlayıcı çalışmalar hariç tutularak 2013 ve 2020 yılları arasında yayımlanmış makaleler taranmıştır. 1990 ve 2011 yılları arasında tüm dünyada yükseliş trendi gösteren sonrasında popülaritesini yitirmeye başladığı görülmüştür (Kalkınma Bakanlığı; Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu, 2016)

Literatürde KMO modelinin salt kamu finansörlüğü veya farklı finansal modellerle kıyaslandığı çalışmaların 2013 itibariyle arttığı görülmüştür. Bu nedenle KÖO modelinin farklı finansal modellerle kıyaslanmış çalışmaların fazla olduğu 2013 ve 2020 yılları seçilmiştir.

Hastanelerdeki verimlilik ve performans göstergelerini finansal modeller bazında d kamu özel ortaklığı modelinin dahil edilme kriterleri olarak 2013 ve 2020 yılları arasında yayınlanmış olması, orijinal olması, dilinin Türkçe veya İngilizce olması, Marmara Üniversitesi erişim ağı üzerinden tam metnine ulaşılabilir olması belirlenmiştir. Hariç tutulma kriterleri olarak derleme, sistematik derleme ve tanımlayıcı makale türü olmaması dikkate alınmıştır. Tarama 7’si Türkçe 7’si İngilizce olmak üzere 14 anahtar kelime aranarak yapılmıştır. Bunlar; kamu özel ortaklığı, hastaneler, şehir hastaneleri, finansal performans, performans, klinik performans, verimlilik, public private partnership, hospitals, city hospital financial performance, performance, efficiency, clinical performance. Bu tarama sonucunda 364 makale saptanmıştır. Hariç tutulma kriterleri değerlendirildikten sonra ise 62 makale belirlenmiştir. Özet okumaları sonrasında yapılan elemeler neticesindeyse makale sayısı 21’e düşmüştür. Tam metin okuması sonucunda 5 çalışma araştırma kapsamında değerlendirilmiştir.

## 3. BULGULAR

Bu sistematik derlemede araştırma kriterlerine göre saptanan 5 çalışma incelenmiştir. Makalelerden elde edilen bulgular; amaç, analiz araçları ve sonucu içerecek şekilde Tablo’da özetlenmiştir.

Cabeller-Tarazona ve ark.’nın (2016) yaptığı çalışmada ilk konsültasyon, ilk konsültasyon için bekleme süresi, ayaktan hasta tedavi oranı, mr ekipmanı, yönetim sözleşmeleri ve iki günden fazla gecikme ile kalça kırığı operasyonları maddelerinde KÖO hastanelerinin Kamu hastanelerinden daha iyi oranlara sahip olduğu belirlenmiştir.

Yalnız acil medikal malzeme maliyetleri kategorisinde Kamu hastaneleri daha iyi skorlara sahiptir. Veri zarflama analizi sonrasında küçük hastaneler kümesinde 2 KÖO hastanesi verimli bulunmuştur. Büyük hastaneler kümesinde biri devlet diğeri KÖO ortaklığı 2 hastane verimli bulunmuştur.

**Tablo 1: Çalışmaya Dahil Edilen Makaleler**

Makale	Amacı	Analiz Araçları	Sonuç
(Bastani ve ark., 2019)	İran Hasheminejad hastanesinin KÖO modeli uygulanmadan önce ve sonra ana performans göstergelerini karşılaştırmaktır.	Kesitsel tipteki bu çalışmada Tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney testi, Shapiro-wilks testi, eşleştirilmiş t-Testi kullanılmıştır.	9 performans göstergesinin hepsinde KÖO modeli uygulandıktan sonra iyileşme görülmüştür.
(Caballer-Tarazona ve ark., 2016)	Kamu ve KÖO hastanelerinin performansı, maliyet ve kalite göstergeleri karşılaştırılarak, etkin sonuçlarda yönetsel modelin rolünü değerlendirilmiştir.	5 KÖO hastanesi ve 19 kamu hastanesi verileri karşılaştırılmıştır. T-Testi, Kolmogorov - Smirnov testi, Regresyon analizi ve Veri Zarflama Analizi kullanılmıştır.	KÖO hastaneleri devlete kıyasla daha iyi performans göstermektedir. Bekleme süresi ve gecikmeler kamu hastanelerinde daha uzundur. KÖO hastanelerinin maliyet etkinliği daha yüksektir.
(Comendeiro-Maaløe ve ark., 2019)	2003 başlayan ve 2015te durdurulan Alzira KÖO modelinin performansı, harcama ve teknik verimliliğinin incelenmesidir.	51 idari sağlık mercisinin ve 67 hastanesinin (İspanya sağlık sistemi hastaneleri) Alzira hastanelerinin tıbbi bakım göstergeleri, mortalite, performans ve teknik verimlilik ile ilgili verileri bu alanlardaki farkları analiz edecek 26 göstergeyle karşılaştırılmıştır.	Alzira modeli uygulandığı dönem boyunca diğer hastanelerden daha iyi performans göstermiştir. Fakat belirli hastalık grupları, mortalite ve teknik verimlilikte diğer kamu hastanelerinden daha düşük bulunmuştur.
(Franco Miguel ve ark., 2019)	KÖO'ne dayanan yönetimle ve klasik kamu yönetiminin hastanelerdeki teknik verimliliğe yansımaları karşılaştırmalı analizinin yapılmasıdır.	7 Özel finansal girişim hastanesi, 3 KÖO hastanesi, 11 kamu hastanesi ve 4 diğer yönetim biçimleriyle yönetilen 25 hastanesinin teknik verimlilik dataları karşılaştırılmıştır. Veri Zarflama Analizi ve Kruskal-Wallis testi yapılmıştır.	Kamu özel işbirliğine dayanan modellerdeki teknik verimlilik kamu hastanelerinden daha yüksektir.
(McIntosh ve ark., 2015)	Lesoto'da kamu tarafından yönetilen bir hastanesinin KÖO uygulandıktan sonraki kapasite, kullanım, klinik kalite, hasta çıktıları ve performans farklarını karşılaştırmaktır.	KÖO ortaklığı uygulanmadan önce ve sonraki veriler için ki-Kare testi, eşleştirilmiş t-Testi kullanılmıştır. Ayrıca bir kalitatif çalışma için transkriptler kodlanmış ve Microsoft Excel ile izlenmiştir.	Kapasite, kullanım, klinik kalite, hasta çıktıları ve hastane performansında anlamlı düzeyde farklılıklar görülmüştür.

Franco Miquel ve ark.'nın çalışmasında (2019) doktor sayısı, yatak sayısı, satın alma ve hizmet harcamaları, boşaltma sayısı, poliklinik konsültasyonu, ayaktan hasta acil durumlar, büyük ayaktan hasta ameliyatlarını verimlilik parametreleri olarak belirlemiştir. Geleneksel olarak yönetilen hastanelerin ortalama verimliliği, dört modelde ve analiz edilen tüm dönemde diğer hastanelerden (Özel finans girişimleri, kamu özel ortaklıkları ve diğer yönetim şekilleri) daha düşük bulunmuştur. Özel finans girişimleri, kamu özel ortaklıkları ve diğer yönetim hastaneleri sadece karşılaştırıldığında, kamu özel

hastanelerinin tüm modellerden daha yüksek verimliliğe sahip olduğu görülmektedir. KÖO hastaneleri, tüm analiz modellerinde üretkenliklerini çok az da olsa artıran tek kurumlardır.

Comendeiro-Maaløe ve ark. (2019) nın çalışmasında İspanya kamu özel ortaklığı modeli olan Alzira'nın 2015 performansı (ve 2003'ten bu yana var olan) ile İspanya ulusal sağlık sistemine (SNHS) bağlı hastaneler karşılaştırılmıştır. Kapsamlı bir performans göstergeleri seti kullanılmıştır. Bu göstergelerin ana başlıkları potansiyel önlenebilir yatışlar, düşük değerli cerrahi işlemler, hastane kalitesi, ortopedik cerrahi ve verimlilik. Bu başlıkların altında dallanan 26 gösterge ile kıyaslama yapılmıştır. Ayrıca Alzira'nın 2003 ve 2015 verileri kendi içinde karşılaştırılmıştır. Genel olarak Alzira kamu akranlarından birçok göstergede daha iyi performans göstermemiştir. Potansiyel önlenebilir yatışların çoğunda istatistiksel olarak daha kötüydü. Riske göre ayarlanmış mortalite ilgili göstergelerde (miyokard enfarktüsü, koroner arter bypass ve iskemik İnme), düşük değerli cerrahi işlemlerin birçoğunda ve uluslararası yayınların aksine teknik verimlilikte de kamu hizmet sunucularından daha düşük bulunmuştur. Kamu hastanelerinin %25 ila %50'si Alzira'dan daha kötü performans göstermiştir. (Comendeiro-Maaløe ve ark., 2019). Alzira modelinin kendi içinde 2015 performans göstergeleri de 2003 yılına göre daha düşük saptanmıştır.

Bastani ve ark.'nın (2019) çalışmasının sonuçlarına göre, hastane performans göstergeleri ve hizmet kalitesindeki iyileşmeler, İran'da hastane hizmetlerinin sağlanmasında PPP uygulamasının en önemli başarıları ve sonuçları arasındadır. PPP'nin uygulanmasından sonra hastane performans göstergeleri üzerinde olumlu etkiler gözlenecektir.

Shadpour ve ark. (2013) tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçları, PPP modelinin uygulanmasıyla Hasheminejad hastanesinde hastane hizmetlerinin sunumunda önemli bir artış gözlemlendiğini göstermiştir.

McIntosh ve ark. (2015) da sonradan kamu özel ortaklığı modeline dönüştürülen bir hastanenin kapasite kullanım, klinik kalite ve hasta sonuçları önceki ve sonraki şekilde karşılaştırılmış ve 16 klinik belirteç etrafında değerlendirmeler yapılmıştır. Ayrıca bulguların yorumlanmasına yardımcı olmak ve kamu-özel ortaklığının uygulanmasından önce ve sonra hastane sistemlerindeki ve yönetimindeki farklılıklar hakkında bilgi almak için kilit kaynak 36 profesyonel ile yarı yapılandırılmış görüşme verileri kullanılmıştır (Vian ve ark., 2014). KÖO modelinde personel kapasitesi özellikle klinik personel grubundaki hemşirelerin sayısı daha yüksek bulunmuştur. Hastaların tesisi kullanma oranları kamu özel ortaklığı modelinde daha yüksek bulunmuştur.

Klinik kalite parametrelerinde hemen hemen tüm başlıklarda iyileşmeler görülmüştür. Hasta sonuçlarına bakıldığında kamu özel ortaklığı modelinde Mortalite ve pediatrik ölüm oranlarında ciddi bir azalma, sezaryen oranlarında artış görülmüştür. Ayrıca ölü doğumlarda %60'a yakın bir azalma görülmüştür. Bu verilerin bazılarını kamuyla mukayese etmek doğru olmayabilir. Çünkü devletle yönetilen hastane ağında yeni doğan yoğun bakım bulunmamaktaydı. Dolayısıyla net yargılarda bulunmak güçleşmektedir.

#### 4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kamunun sağlık hizmeti sunumunda esas aktör olduğu neredeyse tüm sistemlerde sağlık hizmetinin finansmanın karşılanamayan finansal yükü hükümetleri sağlık hizmetini özel teşebbüsü müdahil ettiği modellere itmiştir. Kamu özel ortaklıkları bu bağlamda rağbet gören finansal modelleri bünyesinde barındıran farklı bir yaklaşımdır. Esasında kamu özel ortaklıkları politikacılar açısından kampanyalarına katkı sağlayacak büyük projeler için en ucuz finans kaynağıdır. (Hart, 2003).

Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklıklarının farklı ülkelerin sağlık sistemlerindeki uygulamaları modelin sürdürülebilirliği açısından ipuçları vermektedir. Bu sistematik derleme neticesinde kamu özel ortaklığı hastanelerinin büyük bir oranında verimliliğin ve etkin performansın kamu hastanelerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat kamu özel ortaklığının avantajlı görünen birçok argümanı olmasına rağmen çok net ve tatminkâr farklar yarattığına dair tatmin edici kanıtlar saptanmamıştır. Ayrıca belirtilen istatistiksel oranların salt makro yönetim modelinin değişmesiyle açıklanması yanılığlara sebebiyet verebilir. Mikro düzeydeki yönetsel farkların yaratabileceği değişimlere odaklanarak tasarlanacak çalışmaların daha isabetli tespitler sunacağı düşünülmektedir (Comendeiro-Maaløe ve ark., 2019). Dolayısıyla modele ilişkin objektif görüşler ancak kamu özel ortaklığının çok boyutlu incelemeler vesilesiyle mümkün görünmektedir.

KÖO'larda finansal yönetiminin başarılı ve başarısız örnekleri mevcuttur. KMO modelinde kamu otoritesinin hem sağlık hizmetini sunması hem de satın alması mali yönetimi karmaşıklaştırdığı kabul edilmektedir. Bu nedenle yüklenici firmanın bütçe istikrarı sağlamasında zorluklar yaşanmaktadır. (Sekhri ve ark., 2011). Nitekim, Comendeiro vd. yaptığı çalışmanın sonuçları bu finansal yönetimin verimliliği sağlayamadığını göstermiştir.

KÖO sözleşmeleri performans belirteçlerini daha kontrolcü takip etmeyi sağlayabilir. Özel sektöre ait dinamiklerin performans yönetimini daha etkin kıldığı söylenebilir (La Forgia ve ark., 2009). Sistematik derlemede incelenen çalışmalara bakıldığında en az tartışmalı konu, KÖO modelinde performansın daha iyi olmasıdır. Performans standartlarının özel sektör dinamiklerine bırakılmasından ziyade hükümetler veya bağımsız kuruluşlar aracılığıyla düzenlenmesi ve takip edilmesi daha etik sonuçlar sağlayabilir (Sekhri ve ark., 2011). Dünyada da birçok ülke kamu özel ortaklıklarının performanslarını izlemek amacıyla bağımsız ajanslar kurmuştur (Roumboutsos ve ark., 2013; Sekhri ve ark., 2011).

Sonuç olarak KÖO hem iktisadi hem de politik anlamda daima önemini koruyacaktır. Sağlık Hizmetleri gibi kamusal yönü ağır basan bir kamu hizmetinde ise özel sektörün yetenek ve imkanlarından faydalanmak akılcı bir yoldur. Ülkelerin artan nüfusuna bağlı olarak kamu hizmetleri de geçmişe kıyasla sunumu zorlaşmaktadır. Devletlerin hizmet sunumunda uygulayıcıdan çok "denetleyici" rolü üstlenmeleri giderek önem kazanmaktadır. KÖO'ları bu perspektifle ele alınmalıdır. Nihai olarak en verimli, en kaliteli sağlık çıktıları esas olarak hedeflenmelidir. KÖO'ya ilişkin yasal düzenlemeler bireyin ve toplumun sağlığının merkezde olduğu daha verimli sağlık sistemlerinin yaratımını sağlayacak şekilde yapılmalıdır.

Sistematik derlemeye dahil edilen tüm çalışmalarda verimlilik ve performansın aynı anahtar göstergelerle incelenmemiş olması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Yapılan çalışmadan daha



kapsayıcı ve farklı örneklerde elde edilecek sonuçlar, genellenebilirliği arttıracaktır. Bizim çalışmamız kapsamında 5 çalışma yer almıştır. Farklı çalışmalar tasarlanarak daha geniş örneklerle sonuçların değerlendirilmesi uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Alfen, H. W., Kalidindi, S. N., Ogunlana, S., Wang, S., Abednego, M. P., Frank-Jungbecker, A. Singh, L. Public-private partnership in infrastructure development: case studies from Asia and Europe:Weimar:Verlag der Bauhaus-Universität. 2009) Available from: (<http://www.econstor.eu/handle/10419/56429>) Accessed June 2020.
- Barrows, D., MacDonald, H. I., Supapol, A. B., Dalton-Jez, O.,Harvey-Rioux, S. Public-private partnerships in Canadian health care. OECD Journal on Budgeting 2012, 12(1): 1-14.
- Bastani, P., Barati, O., Sadeghi, A., Ramandi, S., & Javan-Noughabi, J. Can public-private partnership (PPP) improve hospitals' performance indicators? Medical journal of the Islamic Republic of Iran 2019, 33: 4.
- Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. Health economics review 2016, 6(1): 17.
- Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. A comparative performance analysis of a renowned Public Private Partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. Health Policy 2019, 123(4): 412-418.
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2013). Infrastructure Public-Private Partnerships, Decision, Management and Development: Springer.
- Çakmak, M., Öktem, M. K., & Ömürgönülşen, U. (2009). Türk kamu hastanelerinde teknik verimlilik sorunu: Veri zarflama analizi tekniği ile sağlık bakanlığı'na bağlı kadın doğum hastanelerinin teknik verimliliklerinin ölçülmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12(1), 1-36.
- Franco Miguel, J. L., Fullana Belda, C., & Rúa Vieites, A. Analysis of the technical efficiency of the forms of hospital management based on public-private collaboration of the Madrid Health Service, as compared with traditional management. The International journal of health planning and management, 2019, 34(1): 414-442.
- Gürkan, M. F. (2014). Kamu özel ortaklığı. Adalet Yayınevi, Ankara.
- Hart, O. Incomplete contracts and public ownership: Remarks, and an application to public-private partnerships. The economic journal 2003, 113(486): 69-76.
- Hodge, G., Greve, C.,Biygautane, M. Do PPP's work? What and how have we been learning so far? Taylor & Francis, 2018 20 (8): 1105-1121.
- Koopmans, T. C. Efficient allocation of resources. Econometrica: Journal of the Econometric Society 1951, 455-465.

Lethbridge, J. European works councils and the healthcare sector [online]. London Public Services International Research Unit, University of Greenwich. , 2004 . [cited 2020 June 27]. Available from: <http://www.psir.org> .

McIntosh, N., Grabowski, A., Jack, B., Nkabane-Nkholongo, E. L., Vian, T.. A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho. *Health Affairs* 2015, 34(6): 954-962.

McKee, M., Edwards, N., Atun, R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization* 2006, 84: 890-896.

Shadpour, P., Barzegar, M., & Afzal, E. Study on the impact of implementing public-private partnership (PPP) at Hasheminejad Kidney Center 2013, 2(4): 195-200.

Sveman, E., & Essinger, K.. Procurement of health care services in Sweden in general, and the example of procurement of acute care in the Stockholm Region. *European integration and health care systems: a challenge for social policy*. Stockholm: Swedish Federation of County Councils. Proceedings of the Belgian Presidency of the European Union Conference Dec 7-8. Belgian; 2001

Taylor, R., & Blair, S. *Public hospitals: Options for reform through public-private partnerships*. Washington, USA: World Bank; 2002. (Report no. 241)

Top, M., & Sungur, C.. Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership (PPP) model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey. *The International journal of health planning and management* 2019, 34(1): 241-263.

Vian, T., McIntosh, N., Grabowski, A., Brooks, B., Jack, B., & Limakatso, E. Endline study for Queen Mamohato Hospital Public Private Partnership (PPP)'Final Report. September, Centre for Global Health and Development, Boston University, Department of Family Medicine, Boston University and Lesotho Boston Health Alliance, Maseru 2014 Available from: <https://devpolicy.org/pdf/Endline-Study-PPP-Lesotho-Final-Report-2013.pdf> Accessed June 2020.

Yükçü, S., & Atağan, G. Etkinlik, Etkililik Ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2009, 23(4):1-13.

T.C. Kalkınma Bakanlığı Bakanlığı. *Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı. Erişim tarihi: 23 Ağustos, 2020.

<https://kamuozel.kalkinma.gov.tr>.

Sekhri, N., Feachem, R., Ni, A.. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health affairs* 2011, 30(8):1498-1507.

La Forgia, G. M., & Harding, A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs* 2009, 28(4): 1114-1126.

Roumboutsos, A. , Farrell, S. , Liyanage, C. L. , and Macário, R. , eds. *COST Action TU1001 Public–Private Partnerships in Transport: Trends and Theory (P3T3)*. COST Action TU1001: 2013 Discussion Papers: Part II Case Studies, European Cooperation in Science and Technology, Brussels, Belgium, 2013.

JOHESAM 2020, 1: 35-44