

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (PPP) MODELİ: İNGİLTERE VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP (PPP) MODEL IN HEALTH SECTOR: COMPARISON OF ENGLAND AND TURKEY

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya / TÜRKİYE,
ORCID: 0000-0003-1794-0296

Arş. Gör. Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya / TÜRKİYE
ORCID: 0000-0003-0089-860X

ÖZET

Özelleştirme politikalarının öncülüğünde İngiltere başta olmak üzere kamu özel ortaklığı/işbirliği modelinin uygulanmasına geçilmeye başlanmıştır. Bu model ile kamu ve özel kuruluşlar arasındaki keskin sınırlar ortadan kaldırılmıştır. Devletin hizmet sunma politikası ile özel sektörün kar elde etme amaçlarını uyumlaştırarak birleştirme hedeflenmektedir. İngiltere’de kamu ile özel sektör işbirliklerinde devletin görevi, işletmelerin rekabet edebilecek düzeyde, kurumsal ve yasal açıdan eksiksiz olarak devam etmesini sağlamaktır. Kamu özel ortaklığı uygulaması Türkiye’de de özel sektörün atıl sermayesini ülke içinde yönlendirmek ve sermaye etkinliğini gerçekleştirmek amacıyla “entegre sağlık kampüsleri” ve “şehir hastaneleri” şeklinde uygulamaya geçilmeye başlanmıştır. İngiltere ve Türkiye bu model konusunda benzerliklerinin yanı sıra bazı farklılıklar barındırmaktadır. Kamu özel ortaklığı uygulaması İngiltere için oldukça eski ve yaygın bir uygulama iken, Türkiye için yenidir. Ayrıca ülkemizde bu konuda birçok yasa ve yönetmelik bulunurken İngiltere hukukunda sınırlı sayıda vardır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel Ortaklığı, İngiltere ve Türkiye

ABSTRACT

Prior to the privatization policies, implementation of the public private partnership / cooperation model, especially in the England, has started to be implemented. With this model, sharp borders between public and private organizations have been abolished. It is aimed to harmonize the government's service delivery policy with the objectives of the private sector. In the public and private sector partnerships in the England, the task of the government is to ensure that businesses continue to compete fully, institutionally and legally. Implementation of public-private partnership to steer the idle capital in the country's private sector in Turkey and capital efficiency in order to realize the "integrated health campus" and "city hospitals," as put into practice. England and Turkey as well as the similarities in this model contains some differences. While quite old and common practice for public-private partnership practices in England, is new for Turkey. Moreover, while there are many laws and regulations in our country on this issue, there is a limited number in England law.

Keywords: PPP, England and Turkey

1. GİRİŞ

20. yüzyılın sonlarına doğru dünyada birçok ülkenin yaşamış olduğu finansal sıkıntılar sebebiyle neoliberal politikalar önem kazanmaya başlamıştır. Özelleştirme politikalarının öncülüğünde İngiltere başta olmak üzere kamu özel ortaklığı/işbirliği modelinin uygulanmasına geçilmiştir (Çınar vd., 2017:

215). Kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, 1980'lerde devletin rolünü azaltmaya çalışan neoliberal bir konsensüsün ortaya çıkmasıyla daha yaygın hale gelmiştir (McKee ve vd., 2006: 890). Kamu ile özel sektör aktörleri arasındaki işbirlikçi kurumsal düzenlemeler olarak esnek bir şekilde tanımlanan kamu-özel sektör ortaklıkları, dünya çapında büyük ilgi görmüştür. Sözleşme ve özelleştirme için alternatif olarak kabul edilen Public private partnership, kamu ve özel sektörün güçlü taraflarını birleştirmek için niteliksel bir ilerleme olarak görülmektedir (Hodge ve Greve, 2007: 545). Bu uygulama devletin yaptırdığı kaldırım, su şebekesi, eğitim ve sağlık gibi altyapısal hizmetlerin çoğunluğunun özel sektör tarafından yapılarak hizmete hazır duruma getirilmesini sağlayan bir zaman dilimini içermektedir (Acartürk ve Keskin, 2012: 29).

Kamu özel ortaklığı, kısmi ya da bütün olarak kamunun sorumluluğundaki bazı yatırımsal işler ve hizmetlerin proje kapsamında maliyet, risk ve getirilerinin uzun dönemli bir anlaşmayla kamu ile özel sektör arasında paylaşılması yöntemiyle gerçekleştirilmesine dayalı bir finansman modeli olarak tanımlanır (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı [TEPAV], 2016: 3). Bu model kamu hizmeti olarak görülen, kamunun tamamen devretmek istemediği ancak kamu sektörünün katılımı olmaksızın yalnızca özel sektörün sunmaktan geri durduğu hizmetlere özel sektörün dahil edilmesini sağlayarak kamunun finansman sorununu ortadan kaldırmak amacıyla geliştirilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 33).

Bu çalışmanın ilk bölümünde kamu özel ortaklığı modeli açıklanmış, ikinci bölümde bu modelin temel çıkış noktası olan İngiltere'deki uygulamalardan söz edilmiş, üçüncü bölümde Türkiye'deki gelişiminden söz edilmiş ve dördüncü bölümde ise İngiltere ve Türkiye kamu özel ortaklığı modeli bazı uygulamalar ve kanunlar yönüyle kıyaslanmıştır.

2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI: PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP (PPP) MODELİ

1970'li yıllardan sonra iktisat ile sosyal devlet anlayışının bunalımı ve neo-liberal anlayışın hakim hale gelmesiyle kamusal hizmetlere yönelik düşünceler de oldukça değişmiştir. Bu bağlamda öncelikle özelleştirme yoluna gidilmiş ve sonrasında özelleştirme uygulamasında yaşanan olumsuzlukların ortadan kaldırılması ve özelleştirmeye olan tepkisel yaklaşımların önlenmesi için kamu özel ortaklığı yöntemleri geliştirilmiştir (Şahin ve Uysal, 2012: 158). Public private partnership (PPP) uygulaması, kamusal hizmetlerin devlet eliyle alışılagelmiş şekilde sürdürülmesi ile hizmetlerin tamamen özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi arasında yer alan, hem kamu hem de özel sektörün katılımı ile yatırım ve hizmet sunma uygulamalarını kapsayan bir üst kavram olarak nitelendirilebilir (Tengilimoğlu vd., 2012: 218). Başka bir anlayışa göre kamu-özel ortaklığı, özel sektörün kamu içerisine "yedirlmesi"ni hedefleyen yeni bir model ya da süreçtir. Kamu özel ortaklıkları özel sektörün, devlet eliyle üretilen kamusal mal ya da hizmet üretimine ve karar alma sürecine işin barındırdığı riskleri göze alarak katıldığı, kamu sektörü ile özel sektör taraflarınca imzalanan sözleşmeler olarak da ifade edilmektedir (Forrer vd., 2010: 476).

Bu model ile kamu ve özel kuruluşlar arasındaki keskin sınırlar ortadan kalkarak, devletin hizmet sunma politikası ile özel sektörün kar elde etme amaçlarını uyumlaştırarak birleştirme hedeflenmektedir (Erbaş vd., 2012: 6). Öte yandan bu model ile beklenen faydalarının yanı sıra bazı özellikleri dolayısıyla tartışmalara ve eleştirilere de açık bir uygulamadır. Özel sektörün kamu kaynakları aracılığıyla kar elde etmesi ve risklerin kamuya devredilmesi en önemli eleştirilerdendir (Şenel Tekin ve Çelik, 2012: 83).

Kamu özel sektör ortaklıkları uygulamaları projelerin özellikleri, kamu ve özel sektörün projeye katılım düzeyleri ve taraflar için farklı risk paylaşımına dayalı olarak birçok şekilde geliştirilebilir. İmtiyaz, yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala-devret, tasarla-yap-finanse et-işlet ve işletme hakkının devri gibi uygulamalarla public private partnership modeli çeşitlenmektedir (Çınar vd., 2017: 219, Güzelarsı, 2012: 43).

2.1. İngiltere'de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları

Hemen hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin sunulması, bir tür kamu-özel ortaklığı içermektedir. Ancak İngiltere'nin bu konuda en temel ve kapsamlı ülke olduğu söylenebilir (McKee vd., 2006: 890). Kamu-özel sektör ortaklığı modellerinin yolu ilk olarak İngiltere hükümetince, özel sermayenin kamusal alana girişini engelleyen bütün düzenlemeleri kaldırmasından sonra, 1992'de özel sektör ortaklığı ile

oluşturduğu ve bu modelin genel hatlarını belirleyen “özel sektör finansman girişimi” ile açılmıştır (Eker, 2007: 64).

İngiltere için ideolojik değişimler yalnızca ekonomik felsefeye değil, aynı zamanda egemen sosyo-politik ortodoksluğa dayandırılmaktadır. İngiltere’de, özel sektör temsilcileri de dahil olmak üzere çeşitli paydaşların kamu politikası oluşturmada meşru bir söz sahibi olduğuna inanılan bir biçim söz konusudur. (Giddens, 1998: 73). Bu ideoloji bağlamında, İngiltere’nin endüstri ortaklığının faydalarını görebileceği öne sürülmüştür. Bu durum da ülkenin küresel politika yapımında daha merkezi bir konuma kavuşmasını sağlamıştır (Buse ve Walt, 2000: 551).

İngiltere’de 1997 yılında başlayan politik görüş ile birlikte kamu hizmetlerinin sunumunda müşteri odaklılık benimsenmiştir. Bu görüşe göre piyasanın görevini ve esnekliğini benimseyen devlet, kamu ile özel sektör arasındaki işbirliklerini artırma yolunu tercih etmiştir (Bevir ve O'Brien, 2001: 544). Özelleştirme uygulamaları çerçevesinde ele alınabilecek yeniliklerden biri de sağlık alanındaki uygulamalardır. Bu alanda sektördeki bürokrasi ile ilgili işlemlerin ortadan kaldırılarak giderlerin azaltıldığı, sağlık sektöründe çağın gerekliliklerine uygun şekilde sağlık hizmeti sunan ile hizmeti üreten ayrımının yapıldığı bir süreç takip edilmiştir (Ateş ve Demirel, 2014: 5). 1997 sonrası İngiltere’deki tüm önemli hastane ve birinci basamak sağlık merkezleri özel şirketler tarafından inşa edilmeye başlanmıştır. Ayrıca bu binalar klinik olmayan hizmetlerle donatılmış olarak Ulusal Sağlık İdaresi’ne (NHS) kiralanmaya başlanmıştır (Güzelsarı, 2012: 46-47).

İngiltere’de kamu ile özel sektör işbirliklerinde devletin görevi, işletmelerin rekabet edebilecek düzeyde, kurumsal ve yasal açıdan eksiksiz olarak devam etmesini sağlamaktır (Thompson, 1996: 45). Bu yönüyle piyasa ekonomisi içinde tekel oluşturmadan çok aktörlü bir şekilde kamu hizmetlerinin geliştirilmesi ve buna yönelik stratejik öneriler sunulması şeklinde ediniştir (Ateş ve Demirel, 2014: 10).

2.2. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları

Türkiye sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamaları ilk olarak 1980’li yıllarda temizlik hizmet alımı ile başlamış daha sonra yemek, güvenlik, teknik ve teknolojik altyapı ya da bakım onarım gibi bazı tıbbi hizmetler dışında kalan destek hizmetlerinin özel sektörden sağlanması ile devam etmiştir (Şenel Tekin ve Çelik, 2012: 84). Daha resmi temele dayalı kamu özel ortaklığı uygulamaları ise 1994 yılında 3996 sayılı “Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun” ile başlamıştır (Resmi Gazete 1994). Ayrıca 1999 yılında 4446 sayılı kanunla Anayasanın ilgili maddelerinde değişiklik yapılarak kamu hizmeti niteliğinin değişmesi, kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması ya da özel sektöre devredilmesine zemin hazırlamıştır (Türkiye Büyük Millet Meclisi [TBMM] 1999). Son olarak 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile bu uygulamanın hem adı hem de usul ve esasları kesinleşmiştir (Boz, 2013: 278-279). Ayrıca ülkemizde 2007’de Sağlık Bakanlığı dahilinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı eklenmiş ve faaliyete başlamıştır (Kerman vd., 2012: 14-15).

Sağlıkta kamu özel ortaklığı uygulamasının temel hedefleri şu şekilde özetlenebilir;

- Minimum maliyetle maksimum etkili sağlık hizmeti sunmak,
- Büyük ölçekli projelerdeki finansman sorununu ortadan kaldırmak,
- Özel sektörün atıl sermayesini ülke içinde yönlendirilmek ve sermaye etkinliğini gerçekleştirmek,
- Projelerin gerçekleştirme hızlarını artırmak,
- Özel sektörün sahip olduğu işletme deneyimlerinin kamu altyapı ve hizmet sunumuna aktarmak (Çekirge, 2006: 14; Acartürk ve Keskin, 2012: 35-36; TEPAV, 2016: 5).

Türk sağlık sektöründeki kamu özel ortaklığı uygulamalarının, sağlık sisteminin asıl amacı olan toplumun sağlık düzeyinin artırılması ve geliştirilmesi, ayrıca sağlıktaki risklerin en aza indirilmesi ve bu risklerden halkı koruma amacıyla geliştirildiği ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı 2010-2014). İlk olarak İngiltere’de şekillenen kamu özel ortaklığı uygulaması Türkiye’de “entegre sağlık kampüsleri”

ve “şehir hastaneleri” şeklinde uygulamaya geçilmeye başlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 45). Türkiye’de sağlık alanındaki bu yeni yapılanma ile Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem kurumsal açıdan hem de finans kaynağı açısından kamu özel ortaklığı uygulamalarına yönelmiştir. Bu model ile sağlık hizmet sunumuna ihtiyaç duyanların hastalıklarının buldukları sağlık hizmet bölgelerinde giderilmesi hedefine dayalı 22 ilde 30 sağlık kampüsü kurulması planlanmıştır (Çınar vd., 2017: 223).



Şekil 1. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları, Mevzuat ve Sektörler

Kaynak: TEPAV 2016

3. İNGİLTERE VE TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Kamu özel ortaklığı uygulamaları 1990’lardan itibaren İngiltere, İrlanda, Kanada gibi ülkelerde denenmiş ve kullanıcının yüksek kaliteyi en düşük maliyetle satın almasını sağlamıştır. 1990 - 2009 yılları arasında da İngiltere’nin, tüm dünyadaki kamu özel ortaklığı uygulamalarının ortalama üçte ikisini kapsadığı görülmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012: 29). Buna karşılık ülkemizde 2000’li yıllardan sonra kamu özel ortaklığı uygulamaları planlanmaya başlanmıştır (Çınar vd., 2017: 218).

İngiltere’de kamu-özel ortaklığı modeli ile kamu üzerindeki harcama yükünün %30 düştüğü belirlenmiştir. Bu açıdan devletin maliyet yükünde önemli oranda düşme söz konusudur (Acartürk ve Keskin, 2012: 26). Buna karşın 2001 yılında Greenwich’te kamu özel işbirliği modelinin ilk kurumu olarak inşa edilen Queen Elizabeth hastanesinin 2005 yılında teknik açıdan iflas ettiği bilinmektedir. Ayrıca İngiltere hükümeti, yolsuzluk, hatalı hesplama, kamu maliyesine risk oluşturması ve kamu yararına aykırılık konusunda yoğun şikâyet alması sonucu kamu özel ortaklığı uygulaması için bir Araştırma Komitesi kurulmasına karar vermiştir (Erbaş vd., 2012: 14). Türkiye’de ise sağlıkta kamu özel ortaklığı uygulamalarının yeniliği dolayısıyla henüz bir değerlendirme söz konusu olmamıştır.

Türkiye kamu özel ortaklığı uygulamaları için çeşitli kanun ve yönetmeliklerle oldukça geniş kapsamlı bir kanuni altyapıya sahiptir, buna karşın en çok kamu özel ortaklığı uygulamalarının yapıldığı İngiltere’de kamu özel ortaklığı uygulamalarına dair ayrı bir kanun bulunmamaktadır (Çekirge, 2006: 14). Yalnızca Avrupa Komisyonu’nun 2004 yılında kamu anlaşmaları ve ayrıcalıkları ile alakalı olarak “Yeşil Kitap (Green Paper on Public Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions)” ve kamu özel ortaklığı örnek durumları içeren “Kaynak Kitap (Resource Book on PPP Case Studies)” yayınladığı bilinmektedir (Button, 2006: 212).

İngiltere’de gerçekleştirilen reformlardan biri olan sağlık alanındaki değişiklikler incelendiğinde, sektördeki hukuksal uygulamaların işlemde kalkmasıyla giderlerin azaltıldığı ve sağlık hizmet sunumunu dönemin gereklilikleri çerçevesinde, hizmet üreticisi ile sunucusu ayrımı gözetildiği fark edilmiştir (Ateş ve Demirel, 2014: 5). Türkiye açısından bakıldığında ise hizmeti tedarik eden ve hizmeti üreten ayrımının tam olarak gerçekleşmediği görülmektedir.

Öte yandan İngiltere’de sağlık ihtiyacını karşılamak amacıyla halka yönelik sosyal hizmet anlamında standartlaştırılmış bir sağlık hizmeti sunumu sağlamak ve sağlık sektöründe eşgüdümü sağlamak için sağlık eylem bölgeleri oluşturulmuştur. Bu sağlık eylem bölgeleri sağlık sektöründe yerel seviyedeki

işbirliğini artırmaya yöneliktir (Ateş ve Demirel, 2014: 5). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı (2010-2014) Stratejik Planına göre hizmetin daha kapsayıcı ve planlı biçimde sunulacağı bir yapıyla beraber sağlık kampüsleri veya sağlık kentleri oluşturulmaktadır. Buna göre Toplum ve Bölge Temelli Sağlık Hizmetleri Organizasyonunu (TTSHO) başlatılmış ve sağlık bölgeleri kendi içinde yeterli sağlık alanları haline getirilmeye çalışılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2010-2014).

İngiltere'de kamu özel ortaklığı modelinin ana amaçlarından biri, merkezi ve yerel hükümet arasında sıkı bir kamu özel sektör ilişkisi yürütmektir. Temel prensipleri ise; özel sektörden sağlanabilecek yararlar sayesinde yüksek finans maliyeti temeline dayalı olarak paranın kar dengesinin sağlanması ve risklerin olumsuz etkilerini minimize edebilecek olan tarafa aktarılabilmesinin sağlanmasıdır (Boz, 2013: 281). Türkiye'de de kamu özel ortaklığı modelinin amaçlarından birisi kamu sektörü için maliyet yükünün düşürülmesi ve risklerin transferidir. Risk aktarımı ile uzman kişilere sorumluluk vererek riskin azaltılması hedeflenir (Ayhan ve Önder, 2018: 516).

Kamu özel ortaklığı uygulamalarında iki ülke arasında sözleşme süresi farkı söz konusudur. Türkiye'de kamu özel ortaklığı hukuki dayanaklarına göre sözleşme süresi en fazla 49 yıl olabilmektedir. İngiltere'de ise 67 yıla kadar olan örnekleri mevcuttur (Karasu, 2011: 245). İngiltere'deki bazı kamu özel ortaklığı projelerinde sözleşme imzalandığında süre 30 yıldır. Ancak birkaç yıl sonra finansman sorunları nedeniyle sözleşme sürelerinin farklı hastanelerde 45, 60 ve 67 yıla çıkarıldığı bilinmektedir (Edwards vd., 2004: 136).

PPP projelerinde "ticari sır" kavramı oldukça fazla kullanılmaktadır. Bu durum da bilgi akışını engelleyerek şeffaflığı zayıflatmaktadır. 2000 yılında İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri'ne destek veren 10 kuruluşun sözleşmesinin sonlandırıldığı ve hükümetinde bu durumu ticari sır olarak nitelendirerek açıklama yapmadığı bilinmektedir (Hood, 2006: 44). Türkiye'de de şeffaflığın azalması nedeniyle kamu özel ortaklıklarında hesap verilebilirlik azalabilir. Denetleme maliyetlerinin yüksekliği ve kamunun özel sektör ortağını kontrol edebilecek yeterli kaynağa sahip olmamasının durumu zorlaştırabileceği düşünülmektedir (Sarıca, 2015: 4).

4. SONUÇ

Ülkeler, artan sağlık harcamaları ve artan bütçe kısıtlamaları ile sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya çalışıyor. Bunun için de sağlık fonlarını genişletmeye ve daha iyi sonuçlar üretmeye çalışırken, birçoğu giderek özel sektörle birlikte PPP'lere yöneliyor (The World Bank, 2013: 1). Öncelikle İngiltere'de başlatılan bu uygulama zaman içerisinde Avrupa ülkelerinde yaygınlaşmış olmakla birlikte son yıllarda sağlık alanında ülkemizde uygulanmaya başlanmıştır. McKee'ye (2006: 892) göre sağlıkta kamu özel ortaklığı uygulamalarının iyi ya da kötü henüz bir sonucu olmamasına rağmen var olan aksaklıklar projelerin sözleşmelerinden kaynaklanmaktadır (McKee vd., 2006 :894).

Sağlıkta kamu özel ortaklığı uygulamalarının İngiltere ve Türkiye arasındaki benzerlik ve farklılıklar yönünden incelendiği bu çalışmada; PPP'lerin iki ülke arasında sözleşme süreleri ve içeriği, yasal dayanakları, yaygınlık oranı, uygulamaların başlangıç tarihleri gibi birçok açıdan farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Modelin örnek alınması yönüyle ülkemizin İngiltere'nin tecrübelerinden faydalandığı söylemek yanlış olmayacaktır. Başarılı bir kamu özel ortaklığı uygulaması için sözleşme süresi boyunca ekonomik, çevresel ve sosyal sürdürülebilirlik temel hususları olmalıdır. Bunların PPP'nin oluşturulmasında yeterince ele alınmadığı durumlarda veya operasyonel dönem boyunca koşulların değiştiği durumlarda, kamu ortakları değişiklik talep etmelidir (Semple ve Turley, 2013: 12).

KAYNAKÇA

ACARTÜRK, E. ve KESKİN, S. (2012), Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.

ATEŞ, H. ve DEMİREL, D. (2014), Üçüncü yol ve İngiltere'de Blair dönemi kamu reformları, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(3), 1-18.

BEVİR, M. and O'BRIEN D. (2001), New Labour and the Public Sector in Britain, *Public Administration Review*, September-October, 61 (5), 535-547.

- BOZ S.S. (2013), Kamu özel işbirliği (PPP) modeli, *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 277-332.
- BUSE, K. ve WALT, G. (2000), Global Public–Private Partnerships: Part I – A New Development İn Health?, *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 549-561.
- BUTTON, M. (2006), A Practical Guide to PPP in Europe, Surrey, İngiltere: City & Financial Publishing.
- ÇEKİRGE, H. L. (2006), Dünyada ve Türkiye’de kamu özel ortaklığı uygulamaları ve örnek bir projede modelin finansal ve genel avantajlarının incelenmesi, *İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÇINAR, N.F., TÜRKÖĞLU, Ç. ve TÜTÜNSATAR, A. (2017), Kamu-özel ortaklığı/işbirliği modeli ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetinin ölçülmesi: entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) için bir araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29 (1), 215-232.
- EDWARDS, P., SHAOUL, J., STAFFORD, A. ve ARBLASTER, L. (2004), Evaluating The Operation of PFI in Roads and Hospitals, London: Certified Accountants Educational Trust.
- EKER, A. Y. (2007), Kamu özel sektör ortaklıkları, *Bütçe Dünyası*, 2 (25), 59-67.
- ERBAŞ, Ö., YAVUZ, C. I. ve İLHAN, B. (2012), *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- FORRER, J., KEE, J.E., NEWCOMER, K. E. ve BOYER, E. (2010), Public– Private Partnerships and the Public Accountability Question, *Public Administration Review*, 70(3), 475-484.
- GİDDENS, A. (1998). *The Third Way: The Renewal Of Social Democracy*, Cambridge: Polity Press.
- GÜZELSARI, S. (2012), Sağlık sisteminde yeniden yapılanma ve kamu-özel ortaklıkları, *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 30-57.
- HODGE, A.G and GREVE, C. (2007), Public – Private Partnerships: An International Performance Review, *Public Administration Review*, 67 (3), 545-558.
- HOOD, J., FRASER, I. and MCGARVEY, N. (2006), Transparency of Risk and Reward in U.K. Public– Private Partnerships, *Public Budgeting & Finance / Winter*, 26 (4), 40-56.
- KERMAN, U., ALTAN, Y., AKTEL, M. ve EKE, E. (2012), Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulaması, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1-23.
- MCKEE, M., EDWARDS, N. and ATUNC, R. (2006), Public–Private Partnerships for Hospitals, *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (11), 890-896.
- RESMİ GAZETE, (1994), *Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun*, Sayı: 21959, 20.05.2018 tarihinde, Mevzuat sitesi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3996.pdf> adresinden alındı.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2010-2014), *Stratejik Plan*, 20.05.2018 tarihinde, T.C. Sağlık Bakanlığı sitesi: <http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/HowCm+SaglikBakanligiSP1014.pdf> adresinden alındı.
- SARICA S. (2015), *Kamu-Özel Ortaklıkları: Yolsuzluğun Faunası*, 29.05.2018 tarihinde Heinrich Böll Stiftung Derneği Bölge Temsilciliği sitesi: <https://tr.boell.org/tr/2015/05/28/kamu-ozel-ortakliklari-yolsuzlugun-faunasi> adresinden alındı.
- SEMPLER, A. and TURLEY, L. (2013) *Public-Private Partnership Health Check: Managing Partnerships During Their Lifetime*, 09.06.2018 tarihinde, The International Institute for Sustainable Development sitesi: https://www.iisd.org/sites/default/files/publications/ppp_health_check.pdf adresinden alındı.

- ŞAHİN, M. ve UYSAL, Ö. (2012) Kamu maliyesinde etkileri açısından kamu özel sektör ortaklıkları üzerine bir değerlendirme, *Maliye Dergisi*, 162 (1), 155-174.
- ŞENEL TEKİN P. ve ÇELİK Y. (2012) Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 81-98.
- TBMM (1999), *13.08.1999 Tarih ve 4446 No.Lu Kanunla Kabul Edilen Anayasa Değişikliği Görüşmeleri*, 20.05.2018 tarihinde TBMM sitesi: https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa_gorusmeleri.kanun_detay?pkanun=4446 adresinden alındı.
- TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK O. ve AKBOLAT M. (2012), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayınları.
- TEPAV (2016), *Kamu Özel İşbirliği Modeli*, 20.05.2018 tarihinde, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı sitesi:<http://www.tepav.org.tr/upload/files/haber/14586493255> adresinden alındı.
- THE WORLD BANK (2013), *Public Private Partnerships for Health: PPPs are Here and Growing*, 09.06.2018 tarihinde, Africa Health Forum: Finance and Capacity Results sitesi: <http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/AHF-public-private-partnerships-for-health-ppps-are-here-and-growing.pdf> adresinden alındı.
- THOMPSON, N. (1996), Supply-Side Socialism: The Political Economy of New Labour, *New Left Review I*, 216, 37-54.