

KANADA KAMU EMEKÇİLERİ SENDİKASI ARAŞTIRMA RAPORU

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI HASTANELERİ YANLIŞ YÖN



Kanada Kamu Emekçileri Sendikası
Araştırma Raporu

**KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI
HASTANELERİ
YANLIŞ YÖN**



Kanada Kamu Emekçileri Sendikası
Araştırma Raporu
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI
HASTANELERİ: YANLIŞ YÖN

ISBN 978-605-5867-60-7

Çeviri: Metin Çulhaoğlu

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalığ Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
SUNUŞ	5
YÖNETİCİ ÖZETİ	7
GİRİŞ	13
KAMU HASTANESİ TEMEL TAŞI BİR: KAMU HASTANESİ FİNANSMANI DAHA ETKİNDİR	18
• Giriş ve özet.....	18
• KÖO hastaneleri sağlık hizmetleri için ayrılan değerli kaynaklarda israfa yol açtığından Kanada'nın kamu sistemi içindeki hastaneleri yenilemesi gerekmektedir	18
<i>KÖO hastaneleri kamu hastanelerinin 2-3 katına mal olur</i>	18
<i>Kanada sağlık hizmetlerinin finansmanında nasıl 2,9 milyar dolar zarara uğrayacak?</i>	21
<i>Hükümet "garantisi" kamu fonlarının israfı demektir</i>	21
• Maddi Olanaklar dahilinde, kâr amacı gütmeyen bir kamu hastaneleri sistemi geliştirilmesi.....	23
<i>KÖO hastanelerinde kâr amacı güden özel şirketler vardır</i>	23
<i>KÖO hastanelerinde özel borçlanma ve yeniden borçlanma maliyetleri çok yüksek</i>	24
<i>Risk transferi ve özel KÖO karları</i>	26
<i>KÖO hastane ücretleri ve vergi indirimleri de kar getiriyor</i>	26
• KÖO hastane sözleşmelerinin pazarlığını yapma ve bu sözleşmeleri izleme gibi ek işler yüzünden hastane harcamaları artmaktadır	27
• Kanada'daki yönetimler yeni kamu hastaneleri inşa etmek veya mevcut kamu hastanelerini yenilemek için federal kaynaklara ve kamu tahvillerine başvurmalı, mevcut KÖO hastane sözleşmelerini yırtıp atma konusunu düşünmelidir.....	28
<i>Kanada yönetimleri mevcut KÖO hastane sözleşmelerini yırtıp atma konusunu düşünmelidir</i>	28
<i>Kanada'nın yenilenmiş bir federal sermaye yatırımı programına ihtiyacı var</i>	29
<i>Kamu hastanelerinin ve tahvillerinin yenilenmesi</i>	29
KAMU HASTANESİ TEMEL TAŞI İKİ: KAMU HASTANELERİ DAHA DEMOKRATİKTİR VE KANADA'NIN GELİŞMESİNE YARDIM EDER	31
• Giriş ve özet.....	31
• KÖO hastane sözleşmelerinin gizliliği	31

• KÖO hastaneler için sözleşme süreci genellikle yanlıştır ve demokratik değildir	32
<i>Kamu hastanelerindeki maliyetlerin ve indirimlerin şişirilerek yanıtılması</i>	32
<i>KÖO hastane sözleşmeleri çok uzun</i>	34
<i>KÖO hastane sözleşmeleri tam olarak değerlendirilmiyor</i>	34
<i>“Rekabetçi ihale” olması gereken KÖO sisteminde rekabet olmayışı</i> ..	35
<i>Resmi yetkililer KÖO hastane konsorsiyumlarına çok yakın görünebiliyor</i>	35
• KÖO hastaneler Kanada ekonomisine zarar vermektedir	36
<i>Kanada’da hastane yenileme sektörü KÖO’ler yüzünden zarar görmektedir</i>	36
<i>Hastane çalışanları işlerinden çıkarılıyor</i>	38
<i>Hastanelerdeki çalışma koşulları ve ücretler zarar görüyor</i>	39
• Kanada’da KÖO hastaneler Genel Denetçi tarafından denetlenmelidir ..	40
KAMU HASTANESİ TEMEL TAŞI ÜÇ: KAMU HASTANE SİSTEMİNDE HASTALAR İÇİN YÜKSEK KALİTE VE DAHA RAHAT ERİŞİM	42
• Giriş ve özet.....	42
• Kâr amaçlı hizmet, KÖO hastaneler ve düşen hizmet kalitesi	42
• Kâr amacı güden hastane sağlığınızd açısından çok zararlı olabilir.....	42
<i>KÖO hastane şirketleri kâr amaçlı tedavi ve bakımı artırmak istiyor</i> ...	43
<i>Ticaret anlaşmaları ve KÖO hastaneler</i>	44
<i>Kaliteli hastaneler için elverişli çalışma koşulları gerekir</i>	45
<i>Tasarım ve inşaat yetersizlikleri nedeniyle KÖO hastaneler gerek hastalar gerekse hastane çalışanları açısından sağlıksız olabilir</i>	46
• KÖO sisteminde hastaların hastane hizmetlerine erişimi güçleşiyor	49
<i>Daha az yatak ve KÖO hastaneler</i>	49
<i>Çok uzaklarda, erişilemez ve merkezileşmiş KÖO hastaneler</i>	50
• Yavaş işleyen KÖO hastane işlemleri	51
SONUÇ	53
EK A- KÖO HASTANE STATÜSÜ	56
EK B- KANADA’DA SEÇİLMİŞ KÖO HASTANELERDE YATAK KAPASİTESİ	70
DİPNOTLAR	72
KAYNAKLAR	87

SUNUŞ

Hayatın her alanının piyasa metaforu ile açıklandığı bir dönemden geçiyoruz. Sağlık alanı da en acımasız biçimiyle bu süreçten payını alıyor.

Aslında hastanelerimiz doksanlı yıllardan bu yana zaten piyasa egemenliğine terk edilmişti. Döner sermaye gelirlerine mahkum edilmiş, tüm hizmetler parçalanmış ve alt taşeronlara verilmiş, emek süreçleri piyasalaştırılmış, hasta ile sağlık çalışanlarının ilişkisi insani temellerini yitirmiş, katkı, katılım payları ile hastalar yoksullaşmıştı. Ama yetmedi.

Şimdi kamusal özelliklerinden tümüyle arındırılmış kamu hastanelerinin rant değeri yüksek kentsel arazilerine göz dikildi. Bugün ödediklerimiz yetmiyor, çocuklarımızın, torunlarımızın borçlandırılacağı anlaşmalar imzalanıyor. Adı kamu özel ortaklığı olan bu uygulamanın pek çok ülkede Olumsuz sonuçlarına ilişkin kanıtlar ortaya konmuş olmasına karşın inatla ülkemizde uygulamaya başlandı.

Kanada Kamu Emekçileri Sendikası'nın kitabı oynanan oyunu en yalın haliyle ortaya koyuyor. Anlayanlara...

Nitelikli, erişilebilir, eşit ve ücretsiz sağlık hizmetleri mücadelemizde daha çok yolumuz var. Bu kitabın mücadelemizde yararlı olacağı umuduyla.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

YÖNETİCİ ÖZETİ

Kanadalılar kamusal sağlık hizmetleri istemektedir. Bilmektedirler ki, sağlık hizmeti bir kişinin ne kadar varlıklı olduğuna değil, hastane hizmeti dahil bu hizmete ne kadar ihtiyaç duyduğuna göre verilmektedir. Geçenlerde ülke ölçeğinde yapılan bir kamuoyu yoklamasına göre Kanadalıların yüzde 89,9'u genel sağlık hizmetlerini şu veya bu gerekçeyle desteklemektedir (1).

Kanadalıların, iyi hizmet veren kamu hastanelerine erişim ihtiyacı vardır. Ülkenin kimi yörelerinde yeni kamu hastanelerinin inşa edilmesi gerekmektedir ve ayrıca çok sayıda kamu hastanesinin de yenilenmeye ihtiyacı vardır (2). Kanada nüfusu yaşlanmakta, aynı zamanda istikrarlı biçimde büyümektedir. 1 Ekim 2010 tarihi itibarıyla ülkenin nüfusu 34,2 milyonu aşmıştır (3).

Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde çalışan hastaneler, Kanada'nın genel sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler vermektedir (4). Burada hizmetin odak noktasını insanın sağlığı değil, elde edilecek kâr oluşturmaktadır. Birleşik Krallıktaki ilk 12 KÖO hastane projesi ortama olarak yüzde 58 kâr sağlamıştır (5). Bu dev KÖO kârları, özel (kâr amaçlı) borçlanmanın aşırı yüksek maliyetiyle ilgilidir (6). İktisatçı Hugh Mackenzie'nin Haziran 2009'da hazırladığı "Önce Kötüydü, Şimdi Daha da Kötü" başlıklı rapora göre, KÖO'ler için yapılan özel borçlanma kamu kesimi borçlanmasına göre yüzde 83 daha pahalıya gelmektedir (7).

Kanada'daki ve diğer ülkelerdeki sağlık çalışanları, hastalar, aileler ve eylemciler kâr amacı gütmeyen, kamusal hastane hizmetleri için lobi faaliyetleri sürdürmektedir (8). Kanada toplumunun farklı kesimlerini temsil eden diğer sendikalar ve kuruluşlarla birlikte CUPE de KÖO'lerin değil kamu hastanelerinin sürdürülmesinden yanadır. Québec'te KÖO hastane karşıtı koalisyonlara işçilerle birlikte, öğrenciler, feministler, çevreciler ve inşaat sanayi uzmanları dahil yurttaşlar katılmaktadır (9). Ontario Sağlık Koalisyonu, kamu hastanelerini destekleyen binlerce imza toplamıştır (10). British Columbia'da eylemciler KÖO hastane planlarına son verilmesini sağlamak için yoğun çaba harcamışlardır (11). Birleşik Krallıkta Britanya Tabipler

Birliği KÖO hastanelerden vazgeçmeleri için Kanada'daki yönetimleri uyarmıştır. KÖO hastaneler bu ülkede sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetlerin kalitesini olumsuz etkilemiştir (12)

Bu rapor, kamu hastanelerinin KÖO hastanelerden nasıl ve neden çok üstün oldukları konusunu ele almaktadır. Bir yandan yurttaşların ödedikleri vergiler KÖO hastanelerle israf edilirken diğer yandan bu sistemde saydamlığın ve demokrasinin olmadığı açıkça görülmektedir. Oysa kamu sektörü eliyle hastanelerin yenilenmesi Kanada ekonomisine katkıda bulunmaktadır. Çalışma ayrıca genel olarak, kamu hastanelerinin kâr amaçlı KÖO hastanelere göre neden daha kaliteli olabileceğini incelemektedir.

Kanada'daki yönetimlerin kamu hastane sistemini geliştirmeye devam etmeleri mümkündür. Hükümetler, yeni kamu hastanelerinin inşasını ve mevcut olanların yenilenmesini finanse etmek üzere tahvil çıkarabilirler. Kanada'daki Genel Denetçiler (GD), hükümet kaynaklarının israfı dahil mevcut sorunları tümüyle ortaya koymak üzere tüm KÖO hastanelerinde sıkı bir inceleme yapmalıdır.

Kanada Kamu Çalışanları Sendikası (CUPE) hem hastane çalışanları, hem hasta, hem de aile üyeleri olarak kamu hastanelerinin arkasındadır. CUPE, 100 bin hastane çalışanı dahil olmak üzere Kanada'daki yaklaşık 200 bin sağlık çalışanını temsil etmektedir. Üyelerimiz arasında yiyecek, temizlik ve çamaşırhane hizmetleri gibi destek hizmetlerinden, hemşirelik ve rehabilitasyon gibi doğrudan sağlık hizmetlerinde kadar çalışan çok sayıda kişi vardır. Sağlık çalışanları dışında CUPE eğitim, sosyal hizmetler, yerel yönetimler ve havacılık sektörlerinde de örgütlüdür. Tüm sektörlerle birlikte 600 bin üyesi olan CUPE Kanada'nın en büyük sendikal kuruluşudur.

KÖO hastaneleri nedir ve bunlar nerededir?

Kamu-özel ortaklıkları özelleştirmenin bir biçimidir. Ortada hiç de 'ortaklık' yoktur. Bu yol, maliyetleri artırmakta, kaliteyi düşürmekte, kamu denetimini gevşetmekte ve hastane hizmetlerini kısıtlamaktadır. Eğer Kanada Ontario, British Columbia, Québec ve New Brunswick'te planlandığı gibi KÖO olarak 29 hastane daha açma işini sürdürürse, bu raporda da gösterileceği gibi, hükümetin elin-

deki değerli hastane hizmeti fonlarından 2,9 milyar dolar kâr olarak çok uluslu büyük konsorsiyumlara aktarılmış olacaktır. Az önce verilen rakama, halen Ontario, British Columbia, Québec ve New Brunswick olmak üzere Kanada’da faal 18 KÖO hastane yüzünden sürüp giden kayıplar dahil değildir. Kanada’daki KÖO hastanelerin statüsü için bakınız, Ek A.

İl	Hizmet vermekte olan KÖO hastaneleri	Planlanan/İnşaat halindeki KÖO hastaneleri
New Brunswick	1	1
Québec	0	2
Ontario	14	21
British Columbia	3	5
Kanada toplamı	18	29

Neden kamu hastaneleri tercih edilmeli?

Çalışma, kamu hastanelerinin neden kâr amaçlı KÖO hastanelerden daha yararlı olduğunu açıklayan üç bölüme ayrılmıştır. Kamu hastaneciliği yönteminin nasıl ve neden tercih edildiğini göstermek için her bölüme “kamu hastanesi temel taşı” adı verilmiştir. Bunlardan ilki, kamu hastanelerinin etkin finansmanı konusunu ele almaktadır. İkinci “blok”, KÖO hastanelerde demokrasi ve saydamlık olmadığını, bu hastanelerin ülkeye katkıda bulunmadığını anlatmaktadır. Son olarak üçüncü “blok” da KÖO hastanelerde kalite ve erişilebilirliğin neden yetersiz kalabileceğini açıklamaktadır.

Kamu Hastanesi Temel Taşı Bir: Kamu hastanesi finansmanı daha etkindir

KÖO hastaneler, çokuluslu şirketler için kâr anlamı taşır ve bu hastaneler vergi fonundan yararlanarak ek idare masraflarını karşılar.

Kamu hastaneleri ise kâr kar amacı olmaksızın hizmet verirler ve finanse edilirler.

Kanada'daki yönetimler, kamu hastanelerinin yenilenmesi için özel KÖO hastane konsorsiyumlarına göre çok daha düşük faizlerden borçlanabilirler. Kanada federal hükümeti kamu hastanelerinin yenilenmesi işine girmelidir; kamu hastane tahvilleri bu işte yardımcı olabilir.

Kamu Hastanesi Temel Taşı İki: Kamu hastaneleri daha demokratiktir ve Kanada'nın gelişmesine yardım eder

Kamu hastaneleri sonuçta seçilmiş siyasetçilere karşı hesap verebilir tesislerdir. Eğer kamu hastaneciliği sistemi başarısız oluyorsa, Kanadalılar da seçimlerde başlarındaki yöneticileri değiştirebilirler. Özel KÖO hastaneler ise demokratik olmayan yollardan, çoğu kez gizlilik içinde çalışır; 30 yıl, hatta daha uzun süreli sözleşmeler çerçevesinde tam bir kamu denetimi altında faaliyet göstermez. Oysa Genel Denetçilerin Kanada'daki tüm KÖO hastaneleri denetlemesi gerekir.

Kamu hastaneleri yerel inşaat işçilerini ve hastane personelini gerektirir. Vergi mükelleflerinin sağlık fonları, kamu hastanelerinde yüksek kalitede hizmet için elverişli kamusal işler yaratılmasında kullanılabilir. KÖO hastaneler ise çoğu kez yerel inşaat sanayini baltalayan çokuluslu büyük şirketler aracılığıyla işlerini yaptırır. Eldeki fonlar, KÖO hastaneler tarafından hastane hizmetleri yerine daha fazla kâr ve ek idari masrafların karşılanması için kullanılmaktadır. KÖO hastaneler kamu sağlık hizmetleri fonlarından daha fazla yararlandıkça yerel ölçekte hastanelerde bulunabilecek işler de azalmaktadır.

Kamu Hastanesi Temel Taşı Üç: Kamu hastane sisteminde hastalar için yüksek kalite ve daha rahat erişim

KÖO hastaneler iller düzeyindeki sağlık bütçelerinin büyük bölümünü aldıklarından, genel hastane yatağı sayısı azalabilir ve bu da hastaneye erişimi azaltabilir. Bölgesel ölçekli yeni KÖO hastaneler yapıldıkça, daha kırsal yörelere hizmet veren daha küçük kamu

hastaneleri kapanabilmektedir. KÖO hastane modeli yüzünden kırsal kesimdeki aileler ve hastalar hastane hizmetleri için daha uzun yolculuk yapmak zorunda kalmaktadır. Kimi yörelerde, KÖO hastaneler yapıldığında yatak/nüfus oranları düşmektedir. Üstelik KÖO hastaneler çok geç, yapımı tamamlandıktan uzun bir süre sonra hizmet vermeye başlamaktadır. Kanada'daki seçilmiş KÖO hastane yatak sayıları ve kapanan küçük hastaneler için –ki aynı zamanda insanların işlerini kaybetmeleri demektir—Ek B'ye bakınız.

KÖO hastane modeli hastane kalitesini düşürebilir. Kâr amaçlı özel hastanelerin giderek yaygınlaştığı ABD'de bu hastanelerin hizmetlerinin yetersiz kaldığı tespit edilmiştir. ABD'de 20 yıllık bir zaman dilimini kapsayan veriler ışığında kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan sağlık hizmetleri üzerine yapılmış 149 araştırmadan 88'i kâr amacı gütmeyen sağlık hizmetlerinin daha yeterli olduğu sonucuna varmıştır (13). KÖO hastaneler, kâr amaçlı hastanelerin bir türüdür. Bu hastanelerin inşaatçıları ve tasarımcıları buralarda hizmet verecek kişilerin fikirlerini almadıklarından hizmet koşulları yetersiz kalmaktadır ve yenileştirmeler de güçleşmektedir. Kâr amaçlı hastanelerde çalışma koşulları da genellikle elverişsizdir ve özellikle personel değişikliğinin hızlığı hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. KÖO hastanelerde temizlik için yeterli kişi kullanılmaması nedeniyle temizlik yeterince sağlanamamaktadır. Oysa enfeksiyon kontrolü açısından bu tür yerlerde temizliğin eksiksiz yapılması gerekir.

Tavsiyeler

KÖO hastaneler, çok uzun tutulmuş gizli sözleşmeleri temel alır. KÖO hastaneler sağlık alanına ayrılmış çok değerli kaynakları Kanadalı hastalara ve topluma zarar verecek şekilde israf etmektedir. Merkezdeki ve iller düzeyindeki yönetimler, genel sağlık hizmetleri anlayışına yeniden sahip çıkmalı ve kamu hastaneciliği sistemine yönelmelidir. Özellikle belirtmek gerekirse:

- Kanada'daki yönetimler mevcut KÖO hastane sözleşmelerini yırtıp atma konusunu düşünmelidirler; çünkü böyle bir yolun getireceği maliyet yola bu sözleşmelerle devam et-

menin maliyetinden daha düşük olacaktır. Yönetimler, federal kaynaklar ve tahvillerden elde edilecek kaynaklarla yeni kamu hastaneleri oluşturmalı veya mevcut kamu hastanelerini yenilemelidir.

- Genel Denetçiler (GD), kamu denetimi adına tüm KÖO hastaneleri dikkatli ve titiz biçimde incelemelidir. Daha önce yapılan GD araştırmalarında KÖO hastane sistemiyle ilgili birçok sorun tespit edilmiştir.

GİRİŞ

CUPE üyeleri kamusal sağlık hizmetlerinden yanadır. Doğrudan bakım hizmetlerinden hemşirelik ve rehabilitasyon hizmetlerine, buradan örneğin yiyecek, temizlik ve çamaşır gibi destek hizmetlerine kadar her işte görev yapan hastane çalışanları olarak CUPE üyeleri KÖO hastanelere ve kâr amaçlı hastane hizmetlerine karşıdır. KÖO hastaneler, hem çalışan hem de hasta olarak CUPE üyelerini olumsuz etkilemektedir.

CUPE Kanada’da 100 bini aşkın hastane çalışanı dahil olmak üzere yaklaşık 200 bin sağlık çalışanını temsil etmektedir. Eğitim, sosyal hizmetler, yerel yönetimler ve hava ulaşımı gibi sektörlerde çalışanlarla birlikte CUPE’nin Kanada’da 600 bini aşkın üyesi vardır.

Bu çalışma, yönetimlerin Kanada’nın tümünde neden KÖO hastaneleri değil de kamu hastanelerini tercih etmesi gerektiğini açıklamaktadır. Hastanelerin neden kamusal olmaları gerektiğinin en geçerli gerekçeleri olarak üç “temel taştan” söz edilebilir:

- Kamu hastanelerinin finansman açısından daha etkin olması;
- Kamu hastanelerinin Kanada’ya katkıda bulunan demokratik özellikler taşımaları;
- Kaliteli ve kâr amacı gütmeyen hastanelere erişim sağlama-sı.

Çalışma ilk olarak KÖO hastanelerin neden kamu hastanelerinden daha maliyetli olduğunu araştırmaktadır. Bize göre, yönetimler kısmen federal kaynaklar ve kamu tahvilleri aracılığıyla hastane altyapısını yenilemelidir. İkincisi, çalışma, KÖO hastanelerin neden demokratik olmadıklarını, Kanadalılara nasıl zarar verdiğini göstermektedir. Genel Denetçiler (GD) ülkedeki tüm KÖO hastaneleri sıkı bir denetimden geçirmelidir; çünkü daha önce yapılan incelemeler israfcı harcamalar dahil bu sistemde ciddi sorunlar tespit etmiştir. Son olarak, hastane kalitesi ve erişimi açısından kamu hastaneciliği sisteminin çok daha üstün hale getirilebileceğini savunuyoruz.

KÖO hastaneler, kamu hizmetlerinin veya altyapının on yıllar boyunca özel ellerde yönetilmesine imkân tanıyan sözleşmelere dayanmaktadır. Bu formatta genellikle söz konusu olan, bir tür özel sektör konsorsiyumu mülkiyettir. Özel şirketler çoğu durumda bu kapsamdaki yapıları tasarlamakta, inşa etmekte, finansmanını sağlamakta, çalıştırmakta ve bakımını üstlenmektedir. KÖO hastaneler tüm bileşenleri taşıyabildikleri gibi bu öğelerden bazılarının yokluğunda da KÖO olabilmektedir. (Örnekler için Ek A'ya bakınız.) KÖO'ler, yüksek maliyet, düşük kalite ve kamu denetiminin kaybolmasını getirmektedir. KÖO'lerin uzun dönemli (30 yıl veya daha uzun) finansal yükümlülükleri, kamuoyunun gözlerinden uzak tutulabilecek bir borçlanma biçimidir. Ontario'da olduğu gibi KÖO'lere aynı zamanda "AFP" de denilebilmektedir (Alternatif Finansman Sağlama) (14). Birleşik Krallıkta aynı düzenleme "PFI" veya "Özel Finansman Girişimi" olarak adlandırılmaktadır (15).

KÖO hastane şirketleri, hastanenin bakımı, verilen destek hizmetleri ve borçlanma giderleri dahil olmak üzere sermaye maliyetinin karşılanması için hükümet veya bir hükümet kuruluşu tarafından ödenmek üzere (çoğu kez, ama her zaman değil) yıllık veya aylık bir ücret belirlemektedir. Kimi durumlarda yapılan özel düzenlemelerle herhangi bir KÖO hastanenin örneğin destek veya bakım hizmetleri gibi kimi hizmetleri taşeronla vermemesi öngörülmektedir. Bununla birlikte, birçok KÖO sözleşmesinde destek ve diğer hizmetlerin de kâr amaçlı sağlanmasına yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. Sözleşmelerin süresi 30 yıl veya daha uzun olabilmektedir (16).

KÖO'ler veya PFI'ler 1992 yılında Birleşik Krallıkta (BK) başlatılmıştır (17). Benzer düzenlemeler Avustralya gibi başka ülkelerde de görülmektedir. KÖO hastane modeli Kanada'da ilk kez 1998 yılında New Brunswick'te devreye girmiştir (18). Kanada'da açılan ilk KÖO hastane, 1998 yılı baharında New Brunswick'in bir banliyösü olan St. John'da, South Bay'deki Centrecare Psikiyatrik Bakım Tesisi'dir. Bunu, 27 Ekim 2006 tarihinde Ontario Ottawa'da açılan KÖO Royal Ottawa Ruh Sağlık Merkezi izlemiştir (19).

Halen Kanada’da faal 18 ve yapım halinde 29 KÖO hastane bulunmaktadır.

İl	Hizmet vermekte olan KÖO hastaneler	Planlanan/İnşaat halindeki KÖO hastaneler
New Brunswick	1	1
Québec	0	2
Ontario	14	21
British Columbia	3	5
Kanada toplamı	18	29

Tam liste için çalışmanın sonunda yer alan A ve B eklerine bakınız.

Ancak, kamu hastanelerini savunanlar Kanada’da KÖO hastanelerin yaygınlaşmasına karşı mücadelelerine sürdürmektedir:

- Kanada Kamu-Özel Ortaklıkları Konseyi (CCPPP) Québec Kent Hastanesi – Centre hospitalier universitaire de Québec – ile olası bir KÖO hastane olarak Sainte-Justine ve Jewish General’i KÖO listesinden çıkarmıştır (20). 2010 yılı Ağustos ayında Québec yönetimi “ülkedeki en büyük doğum merkezi” konumundaki Québec Sainte-Justine çocuk hastanesinin geleneksel yöntemlerle genişletilip yenileceğini ilan etmiştir (21). 2010 yılı Temmuz ayında, o zaman Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanı olan Yves Bolduc, Montréal’deki Jewish General hastanesi Acil Servis bölümünün enfeksiyona karşı yeni bölümlerle birlikte geleneksel yollardan açılacağını açıklamıştır (22). Gene Haziran 2010’da, CHUQ veya Québec City Hôtel-Dieu (CHUQ) hastanesi KÖO sistemi yerine geleneksel yaklaşımı benimseme kararı almıştır; ancak gene de projenin yeniden KÖO’ye dönüştürülme olasılığı vardır (23).

- Ontario'daki MacMaster KÖO hastane, Ontario yönetiminin "Infrastructure Ontario" adını taşıyan web sitesinden çıkartılmıştır. (24)
- 2007 yılı başlarında, CUPE Ontario örgütünün, Ontario Hastane Birlikleri Konseyi'nin (OCHU), Ontario Sağlık Koalisyonu'nun ve başkalarının yoğun lobi faaliyetleri ve protestoları sonucunda Ontario yönetimi tüm hastanelere yeni bir KÖO politika belgesi göndermiştir. Bu belge, hastane destek hizmetlerinin çoğunun KÖO hastane projeleri kapsamına alınması zorunluluğunu kaldırmıştır (25). Özel finansman, daha ağır bakım işlerinin (örneğin- ısıtma, havalandırma ve klima- hizmetlerinin) ve kimi başka hizmetlerin taşeronla verilmesi zorunluluğu nedeniyle durum hala sorunlu olsa bile, Ontario'daki yeni KÖO hastaneler artık ilk modeldeki KÖO hastanelere göre hizmetlerinin görece daha küçük bir bölümünü özelleştirebilmektedir. Bakım, taşıma, hasta yemekleri, temizlik ve diğer işler bugün genellikle içeriden yaptırılmaktadır (26). Ayrıca, OCHU'nun kendi sözleşme diliyle söylersek, gelecekteki özelleştirmeciler CUPE üyelerini merkezi CUPE hastane sözleşmesinde öngörülen aynı koşullarda istihdam etmek zorundadırlar ki bu da yeni özelleştirmeler açısından caydırıcı olmaktadır.
- Gene lobi faaliyetleri ve kamuoyu baskısı sonucunda, Brampton'daki Osler KÖO hastane işleriyle ilgili KÖO şirketlere, yeni KÖO sözleşmesine göre, refinansmandan elde ettikleri finansal kazançların yüzde 50'sini kamu hastaneleri kurulu ile paylaşma zorunluluğu getirilmiştir (27).
- Hastane Çalışanları Sendikası'nın (HEU)/CUPE verdiği mücadeleler sonucunda bugün BC'deki (British Columbia) Vernon ve Kelowna KÖO hastanelerinde temizlik işleri taşeronla değil içeriden yaptırılacaktır (28).
- Vancouver'deki St. Paul KÖO hastane, BC yönetiminin ortaklıklar web sayfasından çıkartılmıştır (29).

- Comox Vadisi ve Campbell River (Vancouver adası) yöresi için düşünülen büyük bir KÖO hastanesinden, büyük ölçüde HEU'nun (Hastane Çalışanları Sendikası) ve Kaliteli Sağlık Hizmetleri için Yurttaşlar girişiminin karşı faaliyetleri nedeniyle vazgeçilmiştir (30).

Aslında KÖO modeli tüm dünyada giderek geçersizleşmektedir:

- Örneğin, Avrupa Hizmetler Stratejisi Birimi'nden Profesör Dexter Whitfield tarafından 2008 yılı Ekim ayında yapılan bir açıklamaya göre Birleşik Krallık 8 PFI (veya KÖO) hastaneden vazgeçmiştir. Sheffield'deki PFI kadın hastanesi kamu finansmanı kapsamına dönmüştür (31). Southend Hastanesi NHS Vakfı 2007 yılı sonunda PFI veya KÖO sistemini terk ederek gene kamu finansmanına dönmüştür (32). Beş yıllık planlama döneminden sonra giderek yükselen maliyetler nedeniyle Londra'daki KÖO Royal Brompton Hastanesinden vazgeçilmiştir (33).
- Bombardier başkanı ve CEO'su Pierre Beaudoin 2010 yılı Mayıs ayında KÖO finansmanının çok daha pahalı olduğunu ve iyi bir çözüm oluşturmadığını açıklamıştır (34).

KAMU HASTANESİ TEMEL TAŞI BİR: KAMU HASTANESİ FİNANSMANI DAHA ETKİNDİR

GİRİŞ VE ÖZET

Kamu finansmanı, hastanelerin finansmanı açısından çok daha etkin bir yoldur. Kamu hastanelerinden 2 veya 3 kat daha pahalıya mal oldukları için KÖO hastaneler para israfından başka bir şey değildir. KÖO hastanelerin bu kadar maliyetli olmasının nedeni, işin içinde kâr amacı güden özel şirketlerin olmasıdır. Maliyetleri yükselten bir diğer neden de KÖO sözleşmelerinde söz konusu olan pazarlıklar ve sözleşmelerin izlenmesidir. Kanada'daki yönetimler KÖO hastane sözleşmelerini bir kenara bırakarak federal finansman ve kamu tahvilleri aracılığıyla yeni kamu hastaneleri inşa etme veya mevcutları yenileme konusunu düşünmelidir.

KÖO HASTANELERİ SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN AYRILAN DEĞERLİ KAYNAKLARDA İSRAFA YOL AÇTIĞINDAN KANADA'NIN KAMU SİSTEMİ İÇİNDEKİ HASTANELERİ YENİLEMESİ GEREKMEKTEDİR

KÖO HASTANELERİ KAMU HASTANELERİNİN 2-3 KATINA MAL OLUR

Maliyeti kamu hastanelerini çok aştığından, aşırı masraflı KÖO hastaneler Kanada'nın kaldırabileceği bir yük değildir (35). Edinburgh Üniversitesi'nin önde gelen sağlık politikaları araştırmacısı Allyson Pollock'a göre hükümetler bir KÖO hastane için iki hastane karşılığı harcama yapmak zorundadır (36). Tanınmış İskoç iktisatçılar Jim ve Margaret Cuthbert de üç kamu hastanesi için gereken kaynakla ancak bir PFI (veya KÖO) yapılabileceğini belirtmektedir (37).

Haziran 2010'da Québec Genel Denetçisi (GD) Renaud Lachance Montréal Üniversite Sağlık Merkezleriyle ilgili olarak yaptığı açıklamada şu görüşü ileri sürdü: "sermaye giderleriyle ilgili tahminler, bugün, 2004 yılı Mart ayında açıklanan 5,2 milyar dolarlık tutarı en

az 108,4 milyon dolar aşmıştır ve bu da gelecekteki maliyet artışları dışarıda tutularak yapılan bir hesaptır ... (ve) geleneksel yöntem şimdikinden (CRCHUM KÖO hastane için) veya 'Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal'den en az 10,4 milyon dolar daha az masraflıdır." (38).

2008 yılında Ontario'da Genel Denetçi, Brampton'daki William Osler KÖO hastanesinin inşaatının herhangi bir kamu hastanesine göre 194 milyon dolar (2003 dolar değeri üzerinden) daha pahalıya geldiğini tespit etti (39). Aradaki bu açığın kapatılması için Brampton yerelinden sağlanması gereken kaynakların baştaki 100 milyon dolardan 230 milyon dolara çıkartılması gerekmiştir (40).

2009 yılında BC'de adli tıp muhasipleri Ron Parks ve Rosanne Terhart, Vancouver Genel Hastanesi KÖO Diamond Merkezi'nin toplam nominal maliyetinin (bakım dahil tüm kullanım ömrünün maliyeti) kamusal olarak gerçekleştirilseydi 89 milyon dolar olabileceğini tespit etmiştir; oysa BC il yönetimi bu tesis için KÖO sistemi çerçevesinde 114 milyon dolar daha fazla, 203 milyon dolar harcamıştır (41). Başka bir deyişle, Vancouver'deki KÖO hastane normalden hemen hemen yüzde 130 daha pahalıya gelmiştir.

Québec'te, KÖO McGill Üniversitesi Sağlık Merkezi'nin (CUSM) maliyeti 2006 yılı Nisan ayında 1,482 milyar dolar olarak tahmin edilirken, Genel Denetçiye göre bu miktar yüzde 50 artarak 2008-2009'da 2,225 milyar dolara çıkmıştır. KÖO kapsamındaki Montréal Üniversitesi Hastane Merkezi (CHUM) bütçesi Nisan 2006'da 1,386 milyar olarak onaylanmış, ancak KÖO statüsünde kalması durumunda bu bütçenin 2008/2009 yılları için yüzde 81 artışla 2,515 milyar dolara çıkacağı öngörülmüştür (42). Axordalkia KÖO konsorsiyumu Montréal'deki CRCHUM için teklif vermesi üzerine 5 milyon dolar almış, ardından 2010 Mart ayında teklifini geri çekmiştir (43).

Ontario ili de çok sayıda yeni hastane inşası veya mevcut hastanelerin yenilenmesi için planlar yapmaktadır. Ontario Sağlık Koalisyonu'nun 2008 yılında yaptığı bir hesaplamaya göre yatak başına yeni bir KÖO hastane maliyeti kamu hastanesine göre çok daha

yüksektir. Örneğin North Bay KÖO hastanede (Ontario) yatak başına maliyet 1,5 milyon doların biraz altındadır (\$1.430.412,17). Oysa Peterborough'da (Ontario) yapılan yeni bir kamu hastanesinde bu maliyet yalnızca 400 bin dolar civarındadır (\$398.785,43) (44).

Ontario yönetimi North Bay KÖO hastanesinin kamu tarafından yapılması durumunda ortaya çıkacak maliyete göre 160 milyon dolar daha pahalıya mal olduğunu kabul etmiştir. Ancak yönetim, 230 milyon dolar olarak hesapladığı “risk aktarımı” nedeniyle bunun yerinde bir karar olduğunu ileri sürmüştür (45). Ne var ki “risk aktarımı” hayli tartışmalı bir konudur ve çoğu durumda gerçeklere karşılık düşmemektedir. “Risk aktarımı” konusunu ileride yeniden ele alacağız.

KÖO Royal Ottawa hastanesi, baştaki bütçede 96 milyon dolar öngörülmüşken bundan 29 milyon dolar daha fazlasına, 125 milyon dolara mal olarak açıldı (46). Ontario yönetimi 22 yıl 8 ay süreyle ödeme yapacaktır. Maliyet, yüzde 6,33 faiz üzerinden aylık 1.090.259 dolardır (47). Ontario Sağlık Koalisyonu, 2005 yılında iktisatçı Hugh Mackenzie tarafından yapılan bir araştırmayla Royal Ottawa KÖO hastanesinin, geleneksel veya yerleşik kamusal yaklaşımla 174 milyon dolar daha ucuza mal olabileceğini göstermiştir (48).

Belgenin sonunda yer alan Ek A bir Kanada KÖO hastanesi tablosu vermektedir. Burada tahmini ve fiili maliyetler, KÖO tipi, özel konsorsiyum adı, vade ve inşaat durumu yer almaktadır.

BK'de KÖO veya PFI hastaneler için israf edilen kaynaklar da önemli boyutlardadır. Kamu finansmanı alanında seçkin akademisyenler olarak Allyson Pollock ve David Price 2010 yılı Kasım ayında, BK'deki Ulusal Denetim Dairesi'nin (NAO) PFI'yi hastane bütçeleri üzerindeki başlıca baskı unsuru olarak gördüğünü belirtmiştir (49). NAO'nun bulgularına göre PFI hastanelerin bakımı daha masraflı, “catering” hizmetleri ise yalnızca “biraz” daha ucuzdur (50). İskoçya'daki PFI Royal Infirmary Edinburgh ve Hairyres hastanesi sözleşmelerinin, bu tesislerin kamu idaresi altında olması

durumuna göre üç kat daha pahalıya geldiği belirlenmiştir (51). Ulusal Halk Sağlığı Politikaları Merkezi'ne göre, Birleşik Krallıktaki PFI Worcestershire Akut Hastanesi salt PFI statüsü nedeniyle 2005/2006'da 7 milyon pound fazladan ödeme yapmıştır (52). 2010 yılı Haziran ayı itibarıyla BK'de sermaye değeri 6 milyar pounddan fazla olmak üzere, toplam miktarı yılda 900 milyon pounda ulaşan 76 PFI hastane sözleşmesi bulunuyordu (53).

İngiliz şirketi “Carillion” – Ontario Brampton William Osler KÖO hastane ile Ottawa'daki Royal Ottawa KÖO hastanesinin parçası – BK'deki Swindon KÖO veya PFI hastanesini finanse ve inşa etmiştir. Baştaki tahmini maliyet 330 milyon pound olarak öngörülmüşken gelen eklerle birlikte maliyet 720 milyon pound olarak gerçekleşmiştir (54).

KANADA SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA NASIL 2,9 MİLYAR DOLAR ZARARA UĞRAYACAK?

Mevcut KÖO hastanelerle ilgili olarak yapılan bağımsız değerlendirmeler, bu hastanelerin, kamu eliyle yapılmış olması durumuna göre ortama 114 milyon (55- BC için) ve 194 milyon dolar (56- Ontario için) daha pahalıya geldiklerini göstermiştir. Daha muhafazakâr bir yaklaşımla bu hastanelerin maliyetinin 100 milyon daha yüksek olduğunu kabul edersek, bunun anlamı, bugün New Brunswick, Québec, Ontario ve British Columbia'nda yapılmakta olan hastaneler için, bu hastanelerin kamu eliyle yapılması durumuna göre 2,9 milyar dolar daha fazla ödeyeceğimize dir. Hastaneler KÖO sisteminin aşırı giderlerini karşılamak için başka yerlerden kısıntı yaptıklarından, bu da ya kamu açısından daha yüksek maliyet ya da sağlık hizmeti bütçelerinde kesinti demektir.

HÜKÜMET “GARANTİSİ” KAMU FONLARININ İSRAFI DEMEKTİR

Yönetimler KÖO sistemindeki özel konsorsiyumlara “garanti” verdiklerinde kamu fonları heba olmakta, yönetimler de güç duruma düşmektedir. Kamu Hizmetleri Uluslararası Araştırma Birimi (PSIRU) araştırmacısı David Hall, KÖO projeleriyle ilgili bu garantörlüğün yönetimleri çok güç duruma düşürmesinden kaygı duy-

maktadır (57). “Şok Doktrini” yazarı Naomi Klein “Kimi hükümet borçları iyi olabilir, ancak çok fazla borçlanma kötüdür” demektedir. Klein İzlanda’yı örnek göstermekte, bu ülkede hükümetin şirketleri kurtarma operasyonunun ekonomiyi nasıl “silip süpürdüğünden” söz etmektedir (58). Québec Genel Denetçisi de KÖO’lerin planlandığı gibi devam etmesi halinde ili bekleyen riskler konusunda kaygılıdır (59).

Profesör Pierre J. Hamel 2010 yılı Mart ayında yayınlanan “Un hôpital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué” adlı çalışmasında, KÖO şirketleri iflas edebileceğinden KÖO’lerin hastane inşaatı açısından çok riskli olduğunu ileri sürmektedir. Örnek olarak da “dünyanın en büyük KÖO’NI”, Londra yer altı metro ağını vermekte, 2007’de gelen iflas üzerine hükümetin nasıl “iş temizlemek” zorunda kaldığını anlatmaktadır (60).

Şirketlerin ilk kez ve salt KÖO hastane tasarımı, inşası, finansmanı ve bakımı için kurulmaları halinde iflas ihtimali de artmaktadır. Acces Recherche Montreal LP, Fiera-Axiom Recherche LP ve Meridiam Infrastructure tarafından 2010 yılı Mayıs ayında yalnızca Montreal Üniversitesi Merkez Hastanesi araştırma merkezinin finansmanı için kurulmuştu. O sırada piyasaya 394 milyon dolarlık garantili ve öncelikli tahvil arzı yapılmıştı (61).

Başarısız KÖO projeleriyle hükümet kaynaklarının israf edildiğini gösteren çeşitli örnekler vardır. *Partnerships BC* şirketi CEO’su Larry Blain ortaklıkları, ildeki Port Mann Köprü projesinin KÖO sistemine başvurmak yerine kamu finansmanı ile gerçekleştirilmesi halinde 200 milyon dolar tasarruf edilmiş olacağını kabul etmiştir. Ne var ki, Macquarie Grubu projenin finansmanı ve geçiş ücretleri ile ilgili konularda danışmanlık hizmetleri öngören KÖO sözleşmelerinden yararlanmaya devam edecektir (62).

Yönetimler, KÖO hastaneler, bunların yanı sıra “garanti verme” ve kâr amaçlı özel sektör “odaklarıyla” yaşanan belirsizlikler nedeniyle değerli kaynakları heba etmişlerdir. Alman hükümeti, BC Victoria’daki KÖO Royal Jubilee Hastanesi içinde Depfa Bank ve ana şirketi Hypo Real Estate için garanti vermiştir (63). Depfa Bank

gene BC'deki KÖO Surrey hastanesi işine de girmiştir (64). Bilfinger Berger şirketi özel hisseli ortağı olarak Babcock'a garanti verirken, aynı işin içinde olan yatırım bankası Investec yasa dışı yollardan hisse satma iddiasıyla milyonlarca dolarlık bir hukuk davasının içine düşmüştür (65). Vancouver'deki Abbotsford ve Leslie ve Gordon Diamond KÖO hastanelerin sahipliği üç yıl içinde üç kez el değiştirmiştir. John Laing PLC, KÖO'leri 2007 yılında Avustralya merkezli yatırım bankası Macquarie'den satın almıştır; Macquarie de bu hastaneleri 2005 yılında Hollanda bankası ABN Amro'dan satın almıştı (66).

MADDİ OLANAKLAR DAHİLİNDE, KÂR AMACI GÜTMİYEN BİR KAMU HASTANELERİ SİSTEMİ GELİŞTİRİLMESİ

KÖO HASTANELERİNDE KÂR AMACI GÜDEN ÖZEL ŞİRKETLER VARDIR

KÖO'ler ve KÖO hastaneler özel kârları için vergi mükelleflerinin parasını israf etmektedir. Kâr denilen şey, aslında doğrudan kamu hastanesi hizmetlerine gitmesi gerekirken sağlık hizmetleri fonundan alınan miktarlardır.

BK'nın KÖO veya PFI hastanelerle ilgili deneyimi dev kârlar anlamına gelmiştir. Birleşik Krallıkta ilk 12 PFI hastane projesi hissedarlarına ortalama yüzde 58 getiri (veya kâr) sağlamıştır (67). İngiltere'deki bir tıp dergisinde 1999 yılında yayınlanan dikkate değer bir makale, bu ülkedeki KÖO hastanelerin yılda yüzde 15-25 oranında kâr ettiklerini belirliyordu (68). İskoç hükümet yetkililerine göre bir KÖO konsorsiyumu 70 milyon pounda mal olan bir hastaneden 90 milyon pound kâr etmektedir (69).

Kanada'daki KÖO hastanelerin kârları da büyüktür. Ontario Sağlık Koalisyonu'nun elde ettiği mahkeme belgeleri, KÖO Brampton hastanesinin sözleşme süresi boyunca hissedarlarına verdiği temettüün (kâr) kabaca 299 milyon doları bulduğunu göstermektedir (70).

KÖO HASTANELERİNDE ÖZEL BORÇLANMA VE YENİDEN BORÇLANMA MALİYETLERİ ÇOK YÜKSEK

Bu devasa özel sektör kârları, KÖO hastaneler için gerçekleştirilen özel borçlanmaların yüksek maliyetinden de kaynaklanmaktadır (71). Ontario’lu iktisatçı Hugh Mackenzie’nin Haziran 2009 tarihli ve “Daha Önce Kötüydü, Şimdi Daha Kötü” başlıklı raporuna göre KÖO’ler için yapılan özel borçlanma, küresel finansal “erime” nedeniyle kamu sektörü tarafından borçlanmaya göre yüzde 80 daha pahalıdır (72). Edinburgh Üniversitesi’nden araştırmacı Mark Hellowell, BK’deki PFI’lerle ilgili Ağustos 2009 tarihli çalışmasında, “kredi marjninlerinin- bankaların kendi sermaye bulma maliyetleri karşılığında ödettirdiği primler” 2008 yılı yaz aylarına göre üç kat arttığını belirtmektedir. Şimdi borçlar çok sayıda KÖO aktörüne yayılmaktadır. İşin içindeki şirket sayısı ne kadar artarsa işlem maliyetleri de artmakta, bu da vergi mükelleflerine ek yük getirmektedir. Ayrıca, bugün bu tür işlemlerde yer alan banka sayısı da eskisine göre azdır ve bu da “tekel fiyatına” yol açmaktadır. Örneğin, 2006/2007 döneminde BK’da ve Avrupa’da KÖO veya PFI işlerine giren banka sayısı 50’nin üzerinde iken Ağustos 2009’da bu sayı 15’e inmiştir (73).

Refinansman ayrıca KÖO kârlarının daha da artmasını sağlamaktadır. 2006 yılı Mart ayında İngiltere Avam Kamarası Kamu Hesapları Komitesi Innisfree adlı bir şirketin yer aldığı KÖO (PFI) Norfolk ve Norwich hastanelerini incelemiştir. Innisfree, Abbotsford, Vancouver ve Victoria KÖO hastaneleri içinde yer alan uluslararası bir şirket olarak John Laing PLC tarafından satın alınmıştır. Komite Başkanı Edward Leigh, vergi mükellefleri zararına olmak üzere en başta refinansman yoluyla elde edilen büyük kârlar nedeniyle KÖO veya PFI hastaneler projesini “kapitalizmin kabul edilemeyecek yüzü” şeklinde nitelemiştir (74). Refinansman, kârların yüzde 19’dan yüzde 75’e, yüzde 60 artmasını sağlamıştır (75). Ontario’daki Brampton ve Royal Ottawa KÖO hastanelerini inşa ve finanse eden şirket Carillion, BK’deki Dartford PFI hastanesinin refinansmanından 45 milyon pound kâr elde etmişti (76). 2009 yılında yayınlanan “Kamu Varlıklarının Küresel Müzayedesı: Altyapı piyasası ve

Kamu-Özel Ortaklıklarına kamu sektörü alternatifleri” çalışmasında Profesör Dexter Whitfield, yalnızca BK’deki 65 PPP projelerinin 1998 ile 2008 yılları arasında 257 milyon pound kârla satıldığını, aslında “gizlilik” kuralları olmasa kârların muhtemelen bundan da fazla olduğunun ortaya çıkacağını belirtmektedir! (77)

Daha büyük KÖO hastane, kamu borçlanmasına göre genellikle daha yüksek faiz oranlarından daha büyük özel finansman anlamına gelir. Temmuz 2010’da, *National Post* tarafından Kanada’daki en büyük KÖO hastane projesi olarak nitelenen projede KÖO şirketi SNC-Lavalin Innisfree McGill Finance Inc. (Montréal’deki McGill KÖO hastanesi için (MUHC)) –süresi 34 yıllık 764 milyon dolar tutarında tahvil çıkarmıştır. Bu, Kanada’da KÖO’ler için gerçekleştirilen en büyük tutarda tahvil ihraçlarından biriydi. Finans analizcilerine göre “bu işteki başarı” piyasanın KÖO girişimlerini emebildiğini göstermektedir ve bu da daha sonraki yıllarda Kanada’da büyük çaplı KÖO sözleşmelerine gidilebileceği anlamına gelmektedir (78). Montreal Üniversitesi Hastanesi KÖO Araştırma Merkezini finanse etmek üzere oluşturulan Acces Recherche Montreal LP 2010 yılı Mayıs ayında iki “dilimlik” tahviller çıkararak kaynak toplamıştır: üç yıl vadeli ve yüzde 4,401 faizli 59,3 milyon dolar ve 32 yıl vadeli ve yüzde 7,067 faizli 334,1 milyon dolar (79). *La Presse*’den André Noël’in Mayıs 2010’da yaptığı tahminlere göre CRCHUM 320 milyon dolar daha fazlasına mal olacaktır; çünkü özel ortak, hastane geleneksel kamu borçlanması yoluyla yapılmış olsaydı geçerli olacak yüzde 4,7’lik faiz yerine yüzde 7 üzerinden işlem yapmış olacaktır (80)

Ne yazık ki KÖO hastane işlerine çalışanların kendi emeklilik fonları da alet edilmektedir. Örneğin, CUPE’nin de üyesi olduğu, ancak tam denetimine sahip olmadığı Ontario Belediye Çalışanları Emeklilik Sistemi’nde (OMERS) durum böyledir. *National Post* gazetesinde 2010 yılı Aralık ayında yer alan haberlere göre emeklilik fonları “inşaatçı” olarak KÖO hastanelere hayli ilgi duymaktadır ve şimdi de “tamamlanmış projeleri nakde çevirerek sermayelerini yeni KÖO projelerine yatırma peşindedir”. Artık emeklilik fonları için kapı ardına kadar açılmıştır: Fonlar şimdi KÖO hastane borçla-

rını devralıp uzun vadeli hizmet sözleşmelerine girmek için “istikrarlı nakit akışlarına” yatırım yapma peşindedir (81).

RİSK TRANSFERİ VE ÖZEL KÖO KARLARI

Özel KÖO hastane şirketleri çoğu kez şu tezi ileri sürmektedir: Yönetimler, kendilerine aktarılan herhangi bir projenin “riskinin” karşılığı neyse bunu ödemelidir ve bu ödemeler kâr olarak görülmemelidir. Ne var ki, buradaki “risk” hayli tartışmalıdır.

Örneğin Kanada Yüksek Mahkemesi kararına göre kamu sektörü güvenlik risklerini kâr amacı güden şirketlere aktaramazlar. 1997 yılında BC Ulaştırma Bakanlığı'nın yollardaki güvenlikten sorumlu olduğu belirlenmiştir; oysa Bakanlık belirli bir yolun –onarımı için kâr amacı güden özel bir şirketle sözleşme yapmıştı. Başka bir deyişle, bu sözleşmeye karşın sorumluluk gene Bakanlıktadır (82).

Federal Genel Denetçilik denetim işlemleri eski direktörü Lewis Auerbach da KÖO hastaneler söz konusu olduğunda riskin hiçbir zaman tamamıyla özel sektöre aktarılmadığı görüşündedir (83). Hastane Çalışanları Sendikası (HEU) tarafından hazırlanan kayda değer bir rapora göre bu durum hastanelerdeki enfeksiyon oranları için de geçerlidir. Herhangi bir KÖO hastanede enfeksiyon oranları artarsa, bunun sorumlusu özel şirket değil gene yönetimdir (84).

Risk aktarımı ve bununla ilgili terim “indirim oranları” “Temel Taş İki”de daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

2009 yılında yayınlanan “Kamu Varlıklarının Küresel Müzayedesini: Altyapı piyasası ve Kamu-Özel Ortaklıklarına kamu sektörü alternatifleri” adlı kitabında Profesör Dexter Whitfield şöyle demektedir: “risk aktarımı abartılmaktadır ve kamu kesimindeki sözleşme yönetiminin dönüştürülemeyeceği gibi yanlış bir varsayıma dayandırılmaktadır” (85). Profesör Whitfield'e göre kamu kesimindeki inşaat ve sözleşme yönetimi istendiğinde pekâlâ dönüştürülebilir (86).

KÖO HASTANE ÜCRETLERİ VE VERGİ İNDİRİMLERİ DE KAR GETİRİYOR

KÖO hastane hizmetlerinden yararlananların ödedikleri ücretler de kârlara katkıda bulunmaktadır. Hastanelerde kâr bir kez devreye

girdiğinde, fonların kısıldığı alanlar personel ve hizmet sunumu olmaktadır.

KÖO Royal Ottawa Zihin Sağlığı Merkezi'nde MindCare Centres adını taşıyan kâr amaçlı özel bir klinik, kamu hizmetleriyle yan yana faaliyet göstermektedir. Çeşitli soruları davet eder biçimde, bu klinik elektrik kullanılarak uygulanan Ruh tedavi işlemleri için hastalarının dan 7.000 dolar istemektedir (87).

Gene tartışılabilir nitelikteki kurumlar vergisi düzenlemeleri de KÖO hastane şirketlerinin kârlarına katkıda bulunabilmektedir. Sack, Goldblatt ve Mitchell hukuk bürosu avukatı Steven Shrybman, çok sayıda özel katılımcıyla (inşaatçılar, emeklilik fonları, finansçılar ve hizmet sunucular dahil) ilgili KÖO Brampton sözleşmesini, “karmaşık ve dev bir sözleşmeli yatırım yapısı” olarak değerlendirmektedir; burada geniş kapsamlı ve ayrıntılı vergi planlaması sistemleri işlemektedir (88). Profesör Dexter Whitfield'e göre BK'deki kimi PPP projeleri “kimseye dokunulmayan offshore vergi korunaklarından” yönetilmektedir (89).

KÖO HASTANE SÖZLEŞMELERİNİN PAZARLIĞINI YAPMA VE BU SÖZLEŞMELERİ İZLEME GİBİ EK İŞLER YÜZÜNDEN HASTANE HARCAMALARI ARTMAKTADIR

Uzun süren sözleşme pazarlıklarından ve sözleşme izleme işlerinden kaynaklanan fazladan idari giderler KÖO hastane sisteminin maliyetini daha da ağırlaştırmaktadır. Haziran 2009'da, BC'deki işçi hareketiyle bağlantılı bir araştırma kuruluşu olan Columbia Enstitüsü, yönetimlerin, KÖO sözleşmelerinin yönetilmesi için dışarıdan fazladan hukuk ve finans danışmanları tuttuğunu, bunun da giderleri artırdığını ortaya koyan bir rapor yayınlamıştır (90). Avustralya'da, KÖO Marjorie Jackson-Nelson Hastanesiyle ilgili ek danışmanlık giderleri 17 milyon doların üzerindedir (91). Ontario Genel Denetçisine göre salt KÖO kapsamında olduğu için bu ildeki Brampton hastanesi 2000 ile 2007 yılları arasında hukuk, teknik, finansal ve diğer danışmanlık hizmetleri için 34 milyon dolar ödeme yapmıştır (92). *National Post*'ta Aralık 2010'da yer alan bir habere göre Kanada'daki belli başlı hukuk firmalarının “geleceği parlaktır”,

çünkü proje finansmanı ve KÖO hastaneler “bu meslek için her zaman çok karlı bir alan olagelmıştır.” (93). Québec Genel Denetçisi de Haziran 2003’te fazladan 108,4 milyon dolar ödendiğini saptamıştır (94).

KANADA’DAKİ YÖNETİMLER YENİ KAMU HASTANELERİ İNŞA ETMEK VEYA MEVCUT KAMU HASTANELERİNİ YENİLEMEK İÇİN FEDERAL KAYNAKLARA VE KAMU TAHVİLLERİNE BAŞVURMALI, MEVCUT KÖO HASTANE SÖZLEŞMELERİNİ YIRTIP ATMA KONUSUNU DÜŞÜNMELİDİR

KANADA YÖNETİMLERİ MEVCUT KÖO HASTANE SÖZLEŞMELERİNİ YIRTIP ATMA KONUSUNU DÜŞÜNMELİDİR

Kanada’da federal hükümet ve il yönetimleri mevcut KÖO hastane sözleşmelerini iptal konusunu düşünmelidirler. KÖO hastanelerin maliyeti çok yüksektir ve bu hastaneler çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. KÖO sözleşmeleri feshetmenin hukuksal maliyeti, bu sözleşmelerin sürmesinin getireceği maliyetin altındadır. Başka ülkeler de şimdi bu konuyu düşünmektedir.

British Columbia’daki araştırmacılar, bu ülkedeki yönetimlerin KÖO hastane sözleşmelerini yeniden ele almaları veya KÖO ve PFI anlaşmalarını feshetmeleri gerektiği görüşündedir. İki sağlık bakanının sekreterliğini ve ayrıca zamanın Başbakanı Tony Blair’in danışmanlığını yapmış olan Profesör Paul Corrigan PFI anlaşmalarının yırtılıp atılması gerektiği görüşündedir. 2010 Temmuz ayında Tabipler Odası dergisinde yayınlanan bir yazıda Profesör Corrigan’a atıfla benzer anlaşmaların her gün yırtılıp atıldığı söylenmektedir. Corrigan’a göre, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) ve ile British Columbia Hazinesi’nin birlikte çalışması halinde oluşturulacak bir mekanizmayla “PFI anlaşmaları başka bir zemine çekilebilir” (95). British Columbia Ulusal Denetim Dairesi (NAO) de bu görüşe katılmaktadır. NAO Haziran 2010’da yayınladığı bir raporda BK hükümetinin PFI sözleşmelerini yeniden ele alarak parasının gerçek karşılığını almasını ve Sağlık Bakanlığı’nın da piyasada düzenleyici bir rol oynamasını önermektedir (96).

CUPE'nin British Columbia'daki kardeş sendikası UNISON'a göre hükümetler KÖO altyapısını özel sektörden geriye satın almalıdır. Bu, tedrici ilerleyen bir programla sağlanmalıdır. Az sayıda sözleşmeyle işe başlanarak "sırasıyla her sözleşmeye bakılmalı ve başka nasıl bir pazarlık olabileceği düşünülmelidir." (97).

KANADA'NIN YENİLENMİŞ BİR FEDERAL SERMAYE YATIRIMI PROGRAMINA İHTİYACI VAR

Yenilenmiş bir federal sermaye altyapısı yatırım programı kamu hastanelerinin inşasına ve yenilenmesine yardımcı olabilir (98). Kanada Politika Alternatifleri Merkezi (CCPA), toplam giderlerin yüzde 25'ine kadar ulaşmak üzere, kamu hastanelerinin finansmanını kısmen sağlamak üzere bir Kamu Varlıkları Fonu oluşturulması çağrısında bulunmuştur (99). Bu çağrı, sağlık hizmetleri alanında ulusal sermaye altyapısı oluşturacak bir yatırım programı öneren Kanada Sağlık Hizmetleri Derneği ve Kanada Akademik Sağlık Kuruluşları Örgütü'nün çağrılarıyla örtüşmektedir (100).

Adına ne dersiniz deyin, federal hükümetin Kanada'da kamu hastanelerinin yenilenmesi işinin finansmanına yardımcı olması gerekmektedir. Sağlık altyapısı için federal kaynakların büyük ölçüde seferber edildiği en son örneğe 1966 yılında rastlıyoruz. Bu yıl Sağlık Kaynakları Fonu Yasası ve 1948'e ait Hastane İnşaatları Hibe Programı aracılığıyla sağlığa büyük kaynaklar aktarılmıştı (101). 1948 yılında Sağlık Bakanı Paul Martin tarafından geliştirilen bu model 1971 yılına kadar devam etmiştir. O zamanlar federal hükümet elli sent sağlıyor, bunu dolara tamamlamak da illere düşüyordu (102).

KAMU HASTANELERİNİN VE TAHVİLLERİNİN YENİLENMESİ

Yönetimler, özel finansman yerine kamu hastaneleri için kamu tahvilleri çıkarabilirler. CCPA 2009 yılındaki Alternatif Federal Bütçesinde konuyu şöyle özetliyordu: Güvenilir bir varlık olarak kamu tahvili, ekonomik gerileme veya durgunluk dönemlerinde çok ihtiyaç duyulan, sağlam bir yatırımdır. Kamu tahvilleri güvenilirdir, likiditeye sahiptir ve istikrarlı getiri sağlar. Tahviller, bireysel yatırı-

rımcılar veya emeklilik fonları tarafından satın alınabilir (103). Buradaki durum, örneğin Ontario belediye ve okul idaresi fonlarının (OMERS), Deutsche Bank'ın geri çekilmesinden sonra St. Catharines'deki hastaneye garanti verdiği, KÖO projelerine yapılan fon yatırımlarından farklıdır (104).

KAMU HASTANESİ TEMEL TAŞI İKİ: KAMU HASTANELERİ DAHA DEMOKRATİKTİR VE KANADA’NIN GELİŞMESİNE YARDIM EDER

GİRİŞ VE ÖZET

Kamu hastaneleri, seçimle göreve gelenlerin ve yanlarındaki personelin hastane sistemini yönetmesine olanak tanır ve bu da tüm Kanadalıların ve Kanada ekonomisinin yararına. Özel KÖO hastane sözleşmeleri ise çoğu kez gizlidir; halkın gözlerinden uzak tutulur, gündelik işlerin kamusal denetimi dışında kalır. Sonuçta, bir KÖO konsorsiyumuyla sözleşme yapılmasına ilişkin karar sürecinin kendisinde bile yanlışlık olabilir. Bu kararlar, Kanada ekonomisine zarar verecek şekilde, merkezi dışarıda olan çok uluslu özel konsorsiyumlarla KÖO hastane sözleşmeleri yapılmasına yol açmıştır. Yanlışlıkları ve/veya kamu kaynaklarının israfını ortaya çıkarma açısından Kanada’daki tüm KÖO hastanelerin incelenip denetlenmesi gerekmektedir.

KÖO HASTANE SÖZLEŞMELERİNİN GİZLİLİĞİ

KÖO hastane sözleşmeleri genellikle gizli, kamu denetiminden uzaktır. 2008 yılı Ocak ayında “Public Private Finance UK” adlı yayın, KÖO sözleşmeleriyle ilgili olarak “gizlilik bulutlarının, vergi mükellefinin ödediklerinin karşılığını alıp almadığının araştırılmasını olanaksız kılmaktadır” sonucuna varıyordu (105). Uluslararası bir neoliberal kurum olan Uluslararası Para Fonu (IMF) bile “PPP finansmanında saydamlık gerektiğine” işaret ediyordu (106).

Ontario Sağlık Koalisyonu KÖO Brampton hastanesi sözleşmesi için mahkemeye gitmiştir. Başvuru sonucunda, 2000 sayfalık sözleşmeyi görme haklarının olduğunu kabul ettirmişlerdir. Ne var ki sözleşmenin ana bölümleri ya çıkartılmıştı ya da üzeri çizilmişti. Ontario North Bay hastanesi için de yalnızca bir finans sayısı açıklanmıştır (107).

KÖO HASTANELER İÇİN SÖZLEŞME SÜRECİ GENELLİKLE YANLIDIR VE DEMOKRATİK DEĞİLDİR

Aşırı gizlilik nedeniyle, KÖO hastane yüklenicilerinin nasıl ve hangi gerekçelerle seçildiklerini ayrıntılı olarak bilmek çok güçtür. Ancak Genel Denetçiler araştırmaları, KÖO hastanelerin yararlılıklarıyla ilgili çarpıtıcı birtakım tahminleri ortaya koyabilecektir.

KAMU HASTANELERİNDEKİ MALİYETLERİN VE İNDİRİMLERİN ŞİŞİRİLEREK YANSITILMASI

Kâr amaçlı KÖO hastane şirketleri “indirim oranlarını” kamu hastane-ciliğini aslında olduğundan daha pahalı gösterecek şekilde yapay olarak yüksek gösterebilmektedir. İndirim oranları aslında yalnızca sermayenin uygun maliyetini göstermeyi amaçlar. Loxley 2010 yılında göstermiştir ki, KÖO analizinin (veya para karşılığı elde edilen değer raporunun) baştan savma yapılması durumunda kamusal karşılaştırma göstergeleri hep daha maliyetli görünecektir, çünkü varsayılan risk aktarımı hep büyük olacaktır (108).

Haziran 2010’da Québec Genel Denetçisi (GD) Renaud Lachance, Québec KÖO ajansının Montréal Üniversitesi hastanesi araştırma merkezi için yanlı bir maliyet analiz veya “para karşılığı elde edilen değer raporu” (“katma değer analizi” de denebilir) hazırladığını ortaya koymuştur. Genel Denetçi, kamu sektörü karşılaştırma göstergesinin Montreal Üniversitesi hastanesi araştırma merkezi söz konusu olduğunda haksız biçimde şişirilmiş olduğunu belirlemiştir. GD’ye göre kullanımın ilk yılı için hesaplanan yüzde 20’lik bakım açığının bu hesaplamada yer almaması gerekir. Ayrıca, gene GD’ye göre “Infrastructure Quebec” şirketi (IQ) tarafından yüzde 66’ya varan “Tesis Koşulları Endeksi” kullanılmıştır ki, bu alanın “uzmanları” bakım masrafları hesaplarında yüzde 15-20’nin bile yüksek olduğu görüşündedir. IQ yüzde 6,5’lik bir indirim oranı kullanarak analiz yaptığını belirtmesine karşın indirim oranı analizi tamamlanmamıştır! (109).

Kasım 2009’da Québec Genel Denetçisi (GD) Renaud Lachance, diğer KÖO il projeleri için bu oran yüzde 6,5 iken Québec KÖO

ajansının KÖO McGill Üniversite Hastanesi ve Montreal Üniversitesi KÖO Hastanesi (CHUM) için yüzde 8’lik indirim oranını kabul ettiğini belirtmiştir. Québec KÖO ajansı kamu hastanesi bakım giderleri karşılaştırma ölçüsünü fazla göstererek, özel KÖO hastanelerin böyle olmadığı halde kamu hastanelerinden üç kat daha ucuz olduğu görünümü vermiştir (110).

GD, Ontario’daki Brampton KÖO hastanede kamusal tedarik yaklaşımıyla ilgili maliyet tahminlerinin projenin ömrü dikkate alındığında 634 milyon dolar şişirildiğini belirlemiştir. Böylece, aslında hiç de öyle olmadığı halde kamu hastanesi KÖO’ye göre çok daha pahalı gösterilmiştir (111). Ontario GD’si, bu değerlendirmenin yanlış olduğunu ileri sürmektedir; çünkü risk aktarımı olarak 67 milyon dolar keyfi biçimde belirlenmiştir. Ayrıca, KÖO’ün maliyetine borçlanma giderleri ile danışmanlara ödenecek ücretler de dahil edilmemiştir (112). Daha önceleri, 2007 yılında, Lewis Auerbach (Kanada Genel Denetim Dairesi eski direktörü) Ontario Hastane Sendikaları Konseyi (OCHU), diğer sendikalar ve Ontario Sağlık Koalisyonu için bir rapor hazırlamıştı. Bu rapora göre Osler KÖO için yapılan maliyet analizi yetersizdi; çünkü yapılan hesaplamalar herhangi bir maddi temele dayanmıyordu ve rastgele idi. Auerbach’un bulgusuna göre KÖO giderleri kamu sektörü karşılaştırma ölçütünde eşit veya bundan daha fazla idi (113).

Adli tıp denetçileri Ron Parks ve Rosanne Terhart BC’deki KÖO’lerle ilgili olarak 2009 yılında yaptıkları araştırmada KÖO değerlendirme süreçlerinde bu tip hastanelere yönelik bir tercih yanlılığı bulunduğunu belirlemiştir. Örneğin, varsayılan “risk aktarımı” değeri iki kere sayılmaktadır –“hem indirim oranına” dahil edilmekte hem de buna kendi başına ayrı bir değer iliştilmektedir (114). Gene BC’de, Simon Fraser üniversitesi profesörü ve danışman iktisatçısı Marvin Shaffer şunu saptamıştı: BC’nin KÖO ajansı olan Partnerships BC, kamu hastanesi mi KÖO hastane mi tercihi konusunda kamu finansmanının daha düşük maliyetli olduğunu hesaba katmamıştı. Gene Shaffer’e göre Partnership BC hesaplamalarını yaparken tüm KÖO projelerinde gelecekteki maliyetleri aşırı düşük göstermişti(115). Daha önceleri Murray (2006) da

BC'deki Abbotsford KÖO hastanesi için aynı durumu saptamıştı. KÖO hastanelerin gelecekteki giderlerinin hesaplanmasında BK'de yüzde 3,5 ölçüsü kullanılırken burada kullanılan ölçüler yüzde 5 ile yüzde 7 arasında değişmekteydi. Başka bir deyişle, KÖO hastanelerin gelecekteki giderlerinin hesaplanma oranı yapay biçimde şişirilmişti (116).

KÖO HASTANE SÖZLEŞMELERİ ÇOK UZUN

Uzun vadeli – 30 yıl veya daha uzun—sözleşmeler hem demokratik değildir hem de yanlıcıdır. Uzun vadeli sözleşmelerde çoğu kez sözleşmenin sonuna itilen ek giderler yer alır. 30 yıllık bir sözleşme demokratik değildir; çünkü bir siyasetçinin faal olabileceği sürenin ötesindedir. Öyle ki, önemli giderler gündeme geldiğinde bu işlerin altındaki siyasetçiler çoktan sahneden çekilmiş olacaktır ve zamanında yapılan yanlışların faturası da torunlarımıza çikacaktır (117).

İktisatçı Marvin Shaffer'in 2009 yılında British Columbia ile ilgili olarak ulaştığı bulguya göre Partnerships BC'nin kamu tesisi veya KÖO tercihi bağlamında kullandığı metodoloji, KÖO projelerinde yer alan uzun vadeli kiralama yükümlülüklerini yeterince dikkate almamıştı. Böylece KÖO projeleri aslında olduklarından çok daha düşük maliyetli gösteriliyordu (118).

KÖO HASTANE SÖZLEŞMELERİ TAM OLARAK DEĞERLENDİRİLMİYOR

KÖO sözleşmeler tercih edildiğinde genellikle bağımsız değerlendirme söz konusu olmamaktadır. 2009 yılında Québec'te GD Renaud Lachance McGill Üniversite hastanesi ve Montreal Üniversite hastanesi KÖO'lerinde bağımsız değerlendirme yapılmadığını saptamıştır (119)

2010 yılı Haziran ayında yayınlanan bir GD raporuna göre McGill Üniversitesi Sağlık Merkezinin (MUHC) Glen Yerleşkesindeki park alanı için maliyet analizi karşılaştırması yapılmamıştır. Ayrıca, her iki hastanede de (MUHC ve CRCHUM) teklif verme süresi 2010 Ocak ayından Mart ayına kadar uzatılmış olmasına karşın, “derogasyonlar” veya gözden geçirilmiş KÖO tekliflerinde yapılan deği-

şiklikler (değişiklik sayısı 325'e kadar çıkabilmektedir) değerlendirilmeye alınmamıştır! (120).

Ontario GD'sinin 2008 yılındaki bir tespitine göre Brampton William Osler KÖO hastanesi için kamusal karşılaştırma ölçüsü kullanılarak yapılan değerlendirme çok geç, inşaatın KÖO yöntemiyle yapılması kararı alındıktan sonra tamamlanmıştır (121). Aynı durum BC'deki Abbotsford KÖO hastanesi için de geçerlidir; burada da değerlendirmeden önce sözleşme imzalanmış ve inşaat başlanmıştır (122).

Aslında, para karşılığı değer maliyet analizi testleri KÖO şirketlerin refansman yaptıkları durumlarda anlamsızdır (Bakınız, refansmanla ilgili kamu hastaneciliği temel taşı). Profesör Whitfield 2009 yılında yayımlanan KÖO projelerle ilgili kitabında şöyle demektedir: "hisse senedi satılarak kâr elde edilen bir durumda para karşılığı değer testleri saçmalıktan ibarettir." (123)

"REKABETÇİ İHALE" OLMASI GEREKEN KÖO SİSTEMİNDE REKABET OLMAYIŞI

Araştırmacı Stuart Murray'ın 2006 yılındaki tespitine göre BC'deki Abbotsford KÖO hastane için yalnızca bir şirket teklif vermiştir. Rekabetin olmayışının bile tek başına maliyeti artırdığı söylenebilir (124). Mart 2010 Montréal'deki CRCHUM KÖO hastane için geriye tek bir teklif kalmıştı (125). Teklif sayısının çok az veya bir tekliften ibaret olduğu bir KÖO hastane sistemi tam bir değerlendirme yapılması için fazla zemin bırakmamaktadır. Profesör Hamel de KÖO sisteminde rekabete çok az yer olduğunu belirtmiştir (126).

RESMİ YETKİLİLER KÖO HASTANE KONSORSİYUMLARINA ÇOK YAKIN GÖRÜNEBİLİYOR

KÖO hastane işine giren şirketlerle resmi yetkililer, olası çıkar çatışmalarında birbirlerini kollayabilirler. Peki, resmi yetkililere, örneğin belirli bir KÖO hastane sözleşmesi yapıldığı takdirde emekliliklerinden sonra şirketlerde iş vaadinde bulunulabilir mi? Bir örnek, daha önce BC yönetiminde resmi görevi olan Mike Marasco'nun şimdi bir KÖO şirketi olan "Plenary Health"ın CEO'su olmasıdır (127).

BK'de daha önce hükümette resmi görevleri olup daha sonra KÖO hastane işine giren şirketlerde çalışan kişiler vardır. BK'de yayınlanan *Guardian* gazetesine göre Tony Blair'in eski sağlık işleri danışmanı Simon Stevens daha sonra bir ABD şirketi olan United Health'in Avrupa kolu başkanı olmuştur. Eski Sağlık Bakanı Patricia Hewitt Bupa, Alliance Boots ve Cinven'den 25 özel hastane satın alan özel bir şirkete danışmanlık yaparak 100 bin poundun üzerinde para kazanmaktadır. 2006 ile 2009 yılları arasında BK'deki 37 kamu görevlisi kamudan ayrıldıktan sonra iki yıl içinde özel sektörde iş bulmuştur (128).

Quebec GD'si Haziran 2010'da Montreal Üniversitesi Sağlık Merkezi KÖO sözleşmesiyle ilgili olarak "potansiyel çıkar çatışmalarının veya haksız avantaj durumlarının" açığa çıkartılıp belgelendirilmesi tavsiyesinde bulunmuştur (129). Aralık 2010'da CHUM'la ilgili analizleri yapan "bağımsız uzmanların" tarafsızlıkları sorgulanmıştır. Alain Boisset ve Daniel Roth Québec KÖO ajansına danışmanlık yapmışlardır (130).

KÖO HASTANELER KANADA EKONOMİSİNE ZARAR VERMEKTEDİR

Kanada ekonomisi KÖO hastanelerin devreye girmesinden zarar görmüştür. KÖO hastaneler, mühendisler ve mimarlar dahil olmak üzere yerel inşaat sektörünü baltalamıştır (131). Önemli bir bölümünü zaten kadın göçmenler dahil olmak üzere güç durumdaki kişilerin oluşturduğu sağlık çalışanları da KÖO hastanelerden zarar görmüştür (132).

KANADA'DA HASTANE YENİLEME SEKTÖRÜ KÖO'LER YÜZÜNDEN ZARAR GÖRMEKTEDİR

KÖO hastaneler Kanada'daki iyi işleri ortadan kaldırmaktadır. Çok uluslu büyük konsorsiyumlar Kanada firmalarını aradan çıkararak KÖO hastaneler tasarlamakta ve inşa etmektedir. Oysa inşaat sürecinde Kanadalı uzmanlar kullanıldığında ve iyi işler elde tutulduğunda kamu hastaneleri Kanada ekonomisine katkıda bulunabilir.

Kamu hastanelerinin yenilenmesiyle ilgili herhangi bir ulusal planda “Kanada’da yapılmıştır” politikası yer almalıdır.

Alberta İnşaat ve Merit Yükleniciler Birliği Temmuz 2009’da KÖO’lerin yerel inşaat sektörüne zarar verdiğini, çünkü KÖO projelerinin üst üste birikmesiyle hükümetin geleneksel finansman modelleri veya kamusal modellerle sağlayabileceği tasarrufun gerçekleşmediğini belirtmiştir (133). Bu mesaj *Business Examiner*’de Haziran 2008’de yer alan bir makaleyle aynı içeriği taşımaktadır: “genel olarak kamu tedarik politikalarının gerilemesiyle, özel olarak da kamu-özel ortaklıkları nedeniyle inşaat sanayinin tümü sıkıntı içindedir.”

Kanada’daki KÖO projeler piyasaya hakim olan yabancı aktörleri devreye sokmaktadır. Victoria’da (BC) Royal Jubilee Hastanesi bir İspanyol-İngiliz konsorsiyumu tarafından KÖO olarak inşa edilmektedir (134). Çok uluslu bir şirket olan İngiltere merkezli John Laing plc BC’daki Abbotsford KÖO hastaneyi işletmektedir (135). Québec’te KÖO otoyolu 30 bir İspanyol firmasına, KÖO otoyolu 25 köprüsü de Avustralya’dan bir finans şirketine gitmiştir (136). Çokuluslu bir şirket olan Carillion 10 milyar poundluk KÖO yatırım programını önümüzdeki beş yıl içinde Kanada’da yaygınlaştırmayı planlamaktadır ve geçenlerde Kanada inşaat grubu Vanbots’u satın almıştır (137).

Ontario’daki KÖO mimarları KÖO projelerinden gerek maddi gerekse mesleki açıdan büyük zarar görmüşlerdir. Haziran 2009’da yayınlanan bir habere göre mimarlar KÖO’ler kapsamında çalıştıklarında mesleki sigortalarından yararlanamamaktadırlar. Ontario Mimarlar Birliği (OAA) mesleki sigorta kuruluşu “alışılmışın dışında bir adım atarak Infrastructure Ontario – Ontario yönetiminin KÖO hastaneleri yöneten dalı- projelerinde sigorta kapsamının daraltılmasına” onay vermiştir (138).

Québec’teki mühendislerin de KÖO hastanelerle ilgili kaygıları vardır. Québec Mühendisler Örgütü Başkanı Zaki Ghavitian, il yönetiminin gelecekteki KÖO hastanelerde mühendislik-danışmanlık ücretlerine kısıntıya gitmesinden ve kendi meslek grubunun bundan zarar görmesinden endişelidir (139).

KÖO'ler aynı zamanda kıtanın veya ülkenin ilk yerli toplulukları açısından da zararlı olabilecektir. Toronto'daki McCarthy Tetrault LLP'nin KÖO'lerden yana avukatı Godyne Sibay “yerlileri”nin Kanada'da KÖO'ler için bir sonraki büyük “potansiyeli” oluşturduğunu ileri sürmektedir (140).

HASTANE ÇALIŞANLARI İŞLERİNDEN ÇIKARILYOR

KÖO hastaneler buldukları yerlerde insanların çalışabilecekleri iyi işlerin ortadan kalkmasına yol açmaktadır. Edinburgh Üniversitesi'nin önde gelen sağlık politikası araştırmacılarından Allyson Pollock şöyle demektedir: “şirketlerin KÖO hastanelerinden kâr elde edebilmelerinin tek yolu hastane personelinden kısıntıya gitmektir.” (141). Ontario'daki Brampton (William Osler) hastanesi eski CEO'su Bob Richards da “(bir KÖO'te) ödenen 1 milyon dolarlık her borç 10 hemşirenin işinden olması anlamına gelir” demişti (142)

Birleşik Krallık'ta İngiltere Tabip Odasına göre (BMA), “sağlık hizmetlerine ayrılan büyük fonlar buradan alınmaktadır... hasta bakımını için gereken kaynaklar buradan çekilerek özel şirketlere sunulmaktadır”. BMA Kanada'ya KÖO hastane politikasından vazgeçmesi uyarısında bulunmuştur.(143)

British Columbia'da, Vernon ve Kelowna'daki KÖO hastane işi HEU bakım ve zanaat işçilerinin işlerini yitirmeleri anlamına gelmiştir (144). 2006 yılında Birleşik Krallık'taki Norfolk ve Norwich KÖO hastanelerin refansmanı nedeniyle personelden 450 kişilik kısıntı yapılmış, kalp hastalarına yönelik hizmetler azaltılmıştır.(145) PFI veya KÖO Worcestershire Akut Hastaneleri, bütçe sınırları içinde kalmak amacıyla 675 kişiyi işten çıkarmak istemiştir.(146)

2010 yılında yayınlanan “Kamu Hizmeti Özel Kâr” adlı kitabında Profesör John Loxley, KÖO hastane anlaşmalarıyla birlikte istihdam ve ücretler üzerinde bir baskı oluştuğu uyarısında bulunmaktadır (147). Profesör Whitfield'in uyarısı da KÖO'lerin istihdamı daralttığı yönündedir (148).

HASTANELERDEKİ ÇALIŞMA KOŞULLARI VE ÜCRETLER ZARAR GÖRÜYOR

Adil ücretler ve diğer haklar, gerek hastanelerin içinde, gerekse hastane alanlarında çalışanlar için önemlidir. KÖO hastaneler genellikle ücretlerin ve diğer hakların sınırlı olmasıyla bilinir. 2008 yılında Birleşik Krallık'ta Profesör Dexter Whitfield üzerinde çalıştığı PFI veya KÖO'lerde üst düzey yönetim dışında tüm çalışanlara saatlik ücret kesintisi uygulandığını saptamıştır. (149) Gene Birleşik Krallık'ta, KÖO veya PFI hastanelerde çalışan göçmen işçiler evlerine haftada 10 pound daha az götürmektedir. (150)

KÖO hastaneler genellikle destek işlerinin çoğunun özelleştirilmesi veya taşeronlaştırılması anlamına gelir. Brampton, Ontario KÖO hastane, hastaların kayıtlarının tutulmasından yemek tedarikine kadar pek çok destek işini taşeronla vermektedir (151). Yiyecek ve hasta kayıtlarının yanı sıra güvenlik ve çamaşırhane işleri de bu kapsamdadır (152).

Olumlu bir gelişme de vardır: sendikaların ve sağlık koalisyonlarının mücadeleleri sonucunda yönetimler Ontario'da taşeronla verilen sağlık hizmetlerinde kısıtlamaya gitmek zorunda kalmıştır. 2007 yılı başlarında Ontario yönetimi tüm hastanelere destek hizmetlerinin büyük bölümünü taşeronlaştırma kapsamı dışında tutan yeni bir KÖO politikası ilemiştir. (153) British Columbia'da, HEU ve CUPE'nin çabaları sayesinde KÖO Okanagan hastanesinde temizlik hizmetleri özelleştirilmeyecektir ve bu da 250 kadar ailenin geçimini sağlayan işlerin kaybedilmemesi anlamına gelmektedir. (154)

British Columbia'daki kâr amaçlı hastanelerde işlerini yitirmeyenlerin saat başı ücretleri yarı yarıya azaltılarak 9,50-11,50 dolara indirilmiştir. Ücret eşitliği rafa kaldırılmış, haklar da tamamen kaldırılmış veya kısılmıştır. Herhangi bir sosyal yardım yoktur (155). British Columbia'da kâr amaçlı hastanelerde çalışanların çalışma koşulları 2004-2005 döneminde iyice kötüleşmiştir. (156) İş güvencesizliği ve çalışma saatlerine ilişkin gelişigüzel yaygındır. İş yükü daha da ağırlaşmış, eğitimler azaltılmıştır ve işçiler kendilerine “ellerini çabuk tutmaları” gerektiğinin, “hizmet için zaman ol-

madığının” söylendiğini belirtmektedirler. Çalışanlarsa çoğu kez kendilerini suçluymuş gibi hissetmekte, tamamlanmayan işler için ücretsiz fazla mesai yapmaktadır. Hastalıklar, sağlık ve güvenlikle ilgili ihlaller, yaralanma ve şiddet gibi olaylar yaygınlaşmaktadır. Pat ve Hugh Armstrong’un 2008 yılında yayınlanan “Kanada hakkında: Sağlık hizmetleri” kitabında anlattıkları gibi kâr amaçlı hastane hizmetleri ciddi bir sorundur. Sağlık ve güvenlik alanındaki ihlallerin KÖO Royal Ottawa hastanesinde de görüldüğü bildirilmektedir.(157)

Hastaneler KÖO sistemine göre yapıldıklarında toplumumuzun en güç durumdaki kimi kesimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm sanayi kollarında çalışanların yüzde 47’sini kadınlar oluştururken sağlık hizmetleri ve sosyal yardım sektöründe çalışanların yüzde 82’si kadındır. (158) Sağlık hizmetlerinde hasta yatağı yanı başında ve destek hizmetlerinde çalışanların çoğu göçmen ve ırksal azınlıklara mensup kişilerdir.(159) BK’de de KÖO veya PFI çalışanları geçici göçmen işçilerdir.(160) Geçici göçmen işçiler, buldukları ülkedeki diğer çalışanlarla aynı haklara sahip olmadıkları için çoğu kez toplumda en marjinal konumda olan, en yoğun sömürülen kesimlerdir.(161)

Çalışma koşulları elverişsiz olduğunda her topluluk bundan zarar görmektedir. BC’de kâr amaçlı hastanelerde çalışanlar arasında, olumsuzlaşan çalışma koşulları nedeniyle “aile stresi” şikâyetleri yaygındır.(162) Hastane çalışma koşullarının elverişsizliği, kadınların diğer sektörlerde bulabilecekleri işler dahil ekonominin tümünü etkilemektedir.(163) Oysa geniş toplu pazarlık birimleriyle sendikalaşmış bir işgücü ücretlerin, diğer hakların ve çalışma koşullarının iyiye götürülmesine yardımcı olabilir.

KANADA’DA KÖO HASTANELER GENEL DENETÇİ TARAFINDAN DENETLENMELİDİR

Kanada’da halen mevcut ve önerilen KÖO hastanelerle ilgili kapsamlı bir inceleme yapılması gerekmektedir. Federal Parlamento, federal sağlık komitesi ve federal Genel Denetçi aracılığıyla tüm

KÖO hastaneleri mercek altına alınmalıdır. Bu bağlamda pek çok GD şaşırtıcı sonuçlara ulaşmıştır.

2008 yılında Ontario Genel Denetçisi KÖO Brampton hastanesinin en son inşaat maliyetinin 614 milyon dolar olduğunu belirlemiştir. GD'ye göre bu KÖO hastane kamu eliyle yapılıysa 194 milyon dolar daha aza mal olurdu (164).

KÖO hastanelerle ilgili olarak yönetimlerin yaptıkları araştırmalar çok yönlü ve eksiksiz olmalıdır. Geçmişte, British Columbia'da Genel Denetçiye yalnızca BC Ortaklıklar tarafından hazırlanan, KÖO projelerine ilişkin para karşılığı değer raporlarını "inceleme" izni verilirdi. Bu "incelemeler" de "makul olanın aşılması" gibi harcılem uyarılardan ibaret kalırdı; örneğin Olimpiyat oyunlarında bütçenin aşılmasının "makul" sayılması gibi. Bu incelemeler için ödemeler de KÖO'leri yaygınlaştırmakla görevli İngiliz hükümet kuruluşu BC Ortaklıklar tarafından yapılırdı. BC Genel Denetçisi bile bu süreç ve usulü sorgulamıştı. Bizse, KÖO sistemlerini "inceleyen" değil tam olarak denetleyen Genel Denetçiler istiyoruz. Nitekim Ontario ve Quebec'te denetimler eksiksiz olarak yapıldığında çıkan sonuçlar ele alınan KÖO'lere büyük eleştiriler getirmektedir. (165)

KAMU HASTANESİ TEMEL TAŞI ÜÇ: KAMU HASTANE SİSTEMİNDE HASTALAR İÇİN YÜKSEK KALİTE VE DAHA RAHAT ERİŞİM

GİRİŞ VE ÖZET

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği kamu hastanelerinde daha üstün olabilir. KÖO hastaneler kâr amaçlı hastaneciliğin bir türüdür. ABD'deki tamamen kâr amaçlı hastanelerde görüldüğü gibi, KÖO hastanelerde de hizmetler kalitesini yitirebilir. Nitekim Kanada'da da KÖO hastaneler yüzünden toplam yatak sayısı azalmış, erişilebilirlik kısıtlanmıştır. Erişilebilirliği azaltan etmenler arasında KÖO hastanelerin genellikle pek çok hasta açısından çok uzak yerlerde bulunması da yer almaktadır. Ayrıca KÖO hastanelerin inşası da kamu hastanelerinden daha uzun sürmektedir.

KÂR AMAÇLI HİZMET, KÖO HASTANELER VE DÜŞEN HİZMET KALİTESİ

KÖO hastanelerde, ABD'de olduğu gibi, hizmet kalitesinin azaldığından söz edilmişti. Kanada'daki KÖO hastanelerin kamu hastanesine dönüştürülmesi ticari anlaşmalar yüzünden güçtür. Kâr amaçlı hastane türü olarak KÖO hastanelerdeki çalışma koşulları da hizmet kalitesini olumsuz etkileyecek ölçüde elverişsiz olabilmektedir.

KÂR AMACI GÜDEN HASTANE SAĞLIĞINIZ AÇISINDAN ÇOK ZARARLI OLABİLİR

Hastane bakım ve hizmetlerinde kâr amaçlı şirketler yer aldığından KÖO hastaneler kâr amacı güden bir hastanecilik türüdür. Kâr amaçlı hizmet ve bakım kimi olumsuzlukları beraberinde getirebilmektedir. ABD'de kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan sağlık hizmetleri üzerinde 20 yıllık verilere dayanılarak yapılan 149 araştırmadan çoğu (88 araştırma) kâr amacı gütmeyen sağlık hizmetlerinin daha üstün olduğu sonucuna varmıştır. Bu araştırmalar hastaneler, ba-

kim evleri, HMO'lar (sağlık bakım kuruluşları), yaşlı ve kimsesiz yurtları, diyaliz merkezleri ve psikiyatri hastanelerine odaklanmıştır. ABD'de 500 bin diyaliz hastasını kapsayan bir başka değerlendirmeye göre ise kâr amaçlı merkezlerde tedavi gören hastaların ölme olasılıkları kâr amaçlı olmayan merkezlerdeki hastalara göre daha yüksektir.(166)

KÖO hastaneler ayrıca “ekip” olmadığı için de olumsuzluk taşıyabilir. KÖO hastanelerde yer alan kâr amaçlı hastane yüklenicileri hastanenin işletilmesiyle ilgili işlere karışabilmektedir. Genel olarak görülen, KÖO hastanelerdeki “klinik” hizmetler üzerindeki kamu denetimi görece daha fazla iken destek hizmetleri özelleştirilmektedir. Bunca farklı idare biriminden kaynaklanan işletim güçlükleri de çeşitli sorunlar yaratmaktadır.(167)

Ontario Sağlık Koalisyonu, kâr amaçlı sözleşmeler ve KÖO şirketler olmadan, hastaneler için kamu ekibi yaklaşımı gerektiğini savunmaktadır. (168) Tanınmış hukukçulardan Steven Shrybman'ın 2007 yılında ileri sürdüğü gibi, hastane destek hizmetleri ile klinik hizmetler kaliteli sağlık hizmetleri bütünlüğünden ayrı ele alınamaz. Kamu hastane kurulları kâr amaçlı politikalar üzerinde kontrolü yitirdiğinde, taşıma, yiyecek, çamaşır ve bakım gibi KÖO destek hizmetlerinde de sorunlar baş göstermektedir.(169)

KÖO HASTANE ŞİRKETLERİ KÂR AMAÇLI TEDAVİ VE BAKIMI ARTIRMAK İSTİYOR

KÖO hastaneler çoğu kez kâr amaçlı destek hizmetleriyle birlikte vardır. Ancak ortadaki veriler, KÖO hastane işlerinde yer alan şirketlerin destek ve diğer hizmetlerin ötesinde hastanede verilen bakım ve tedavi hizmetlerinde de kâr amacı gütmeye peşindedir. Şimdi bir KÖO şirketi olan Plenary Health için çalışan Mike Marasco KÖO hastanelerde hizmetlerin daha ileri düzeyde özelleştirilmesi için çalışmaktadır. Marasco'ya göre özelleştirilmiş hizmet sunumu KÖO'leri işin içindeki şirketler açısından daha kârlı hale getirecektir. Marasco “şirket dili” kullanarak bunu “sağlık hizmetlerinde daha fazla tasarruf” sözleriyle ifade etmektedir. Aslında bu ifadenin gerçek karşılığı KÖO şirketlerinin daha fazla tasarruf yapması, buna

karşılık hükümetin ve vergi mükelleflerinin daha çok ödemesidir. Marasco'ya göre bir sonraki adım KÖO hastane sözleşmelerine enformasyon teknolojisinin ve tıbbi donanımın da dahil edilmesidir.(170)

Edinburgh Üniversitesi'nden, kamu-özel ortaklıkları konusunda dünyaca tanınmış bir kişi olarak Allyson Pollock Kanada'nın akıllıca davranıp KÖO hastanelerden uzak kalacağını düşünmektedir. Pollock KÖO hastanelerin "sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesindeki ilk tehdit, Kanada'daki sağlık hizmetleri sistemini çözmeye yönelik politikaların bir parçası olduğunu" söylemekte ve şöyle devam etmektedir: "Kanadalılar olarak hep sizlerin daha fazla idrak sahibi olduğunuzu düşündük; çünkü tam anlamıyla özel hastaneleri devreye sokmanın yolunun altyapıdan geçtiğini biliyordunuz." (171)

Hukukçu Steven Shrybman'a göre yönetimler KÖO hastane şirketleriyle yapılan 25 veya 30 yıllık pahalı sözleşmelere "mahkûm olduklarından" KÖO hastane şirketlerinin kâr etmelerini sağlayacak gelirler için başka kaynaklara bakabilirler. Finansman eksikliklerini gidermek amacıyla hastanelerin üzerinde ücret alacakları "fazladan" hizmet sunma baskısı bulunmaktadır. Kâr amaçlı sağlık hizmetleri işte bu koşullarda daha fazla gündeme gelmektedir.(172)

TİCARET ANLAŞMALARINI VE KÖO HASTANELER

Daha fazla sayıda KÖO hastane ve kar amaçlı hizmetler Kanada'daki kamu hastaneciliği ve sağlık hizmetleri sistemini tehlikeye düşürebilir (özellikle içerideki ve uluslararası ticaret anlaşmaları veya aslında "uluslar arası şirket anlaşmaları" yoluyla). NAFTA veya GATTs gibi uluslararası anlaşmalar (173) ve Ticari Yatırım İşgücü Hareketlilik Anlaşması (TILMA) gibi daha yeni iç anlaşmalar, KÖO işindeki şirketler buna yanaşmazlarsa KÖO sözleşmelerine son verilmesini güçleştirebilir. KÖO işindeki şirketler, hükümetin herhangi bir girişimi nedeniyle para kaybettikleri düşüncesine kapılırlarsa bu anlaşmalar uyarınca yönetimleri dava edebileceklerdir. (174) Bu durum, henüz bunu yapabilecek durumdayken KÖO hastane sözleşmelerini rafa kaldırmak için yeterli gerekçe sağlamaktadır.

KALİTELİ HASTANELER İÇİN ELVERİŞLİ ÇALIŞMA KOŞULLARI GEREKİR

Olumlu çalışma koşulları, uygun ve güvenli bir yerde, fazla mesaiyi asgari düzeyde tutmayı sağlayacak yeterli sayıda personelle çalışma anlamına gelir. Bu anlamda olumlu çalışma koşullarına sahip hastanelerde eğitim yeterlidir ve çalışılan yerler de güvenlidir.

Hastanelerdeki olumsuz çalışma koşulları hastane hizmetlerini de olumsuz etkiler. Çalışma koşulları elverişsizse personel değişimi de hız kazanır. Kaliteli hastane hizmetleri, personelin, hastaların ihtiyaçlarını iyi bilmelerine yetecek süre belirli bir hastanede çalışıyor olmaları demektir. Bu, “hizmetin sürekliliği” olarak da bilinir. (175)

Kâr amaçlı ve KÖO hastanelerde bakım hizmetlerinin daha zayıf olduğu görülmektedir. BC hastanelerinde, kâr amaçlı hastane şirketinin dayattığı olumsuz çalışma koşulları nedeniyle temizliğe dikkat edilmediği, odalarda antibiyotiklere dirençli enfeksiyonların ortaya çıktığı görülmektedir (176).

BK'deki Sağlık Komisyonu Şubat 2008'de Kent Orpington'daki 5 yıllık Princess Royal KÖO Üniversite Hastanesinin “dolaplarında çamur, yatakların kenarlarında kan lekeleri ve koğuşlarda kalın toz tabakası bulunduğunu” belirledi. The KÖO hastane temizlik işlerini 33 yıllık bir sözleşme ile KÖO konsorsiyumuna dahil ISS Mediclean şirketine vermişti. Önceden haber verilmeden yapılan bir denetim üzerine hastaneye “hükümetin hijyen kurallarının en ciddi ihlali” durumlarına özgü bir uyarı notu iletildi. (177) *Guardian*'da 2009 yılı Temmuz ayında yayınlanan bir makalede Bury St. Edmunds'daki iki kâr amaçlı hastanede temizlik işlerinde çalışan iki kişinin sözlerine yer verilmekteydi. Temizlikçilere göre işveren kendilerine şöyle demişti: “koğuştta dört temizlikçi yerine bu sayıyı ikiye indireceğiz, ancak elektrik süpürgesi kullanmak zorunda değilsiniz...” Başka bir deyişle bu kişilere temizliğe daha az önem verebilecekleri söylenmişti. (178) Royal Ottawa ve Ontario Brampton KÖO hastaneleri finanse ve inşa eden KÖO şirketi Carillion Birleşik Krallık'ta çok sayıda PFI hastane inşa etmişti ve bu hastanelerin

sağlık ve güvenlik açısından sicilleri zayıftı. Carillion aynı zamanda BK'deki çalışanlara düşük ücret ödemesiyle de bilinmektedir. (179)

KÖO Royal Ottawa Ruh Sağlığı Merkezi personeli, yeni tesiste sayısı artan odaların temizlenmesi ve genel olarak binayı temiz tutmak için yeterli temizlikçi bulunmadığını belgelemiştir (180).

TASARIM VE İNŞAAT YETERSİZLİKLERİ NEDENİYLE KÖO HASTANELER GEREK HASTALAR GEREKSE HASTANE ÇALIŞANLARI AÇISINDAN SAĞLIKSIZ OLABİLİR

Tasarımcılar ve inşaat uzmanları, KÖO sürecinde hastaneyi kullanacak ve burada çalışacak olanlarla birlikte ekipler halinde çalışmamaktadır. “Yeşil” ve “güvenli” hastane için gerekli “yenileştirme” KÖO sisteminde çok güçtür.

KÖO hastanelerde tasarım kusurları çok belirgindir. KÖO Royal Ottawa hastanesi tasarım ve inşaat açısından ciddi hataların görülebileceği bir kuruluştur. KÖO tesisinde uygun bir alarm sistemi olmadığı gibi kapı kilitleri de kırıktır. Banyolara ve çalışma alanlarına elektrikle çalışan tekerlekli sandalye girememektedir ve çift kanatlı kapılar araya sıkışanları yaralayacak kadar ağırdır. KÖO Royal Ottawa hastanesinde de duş başlıklarının kullanılamaması, hastaların yürümeleri için tutulacak yerlerin kullanışsız olması ve diğer tasarım sorunları belirgin biçimde ortadadır. (181) Mimarlar ve aralarında parlamento üyelerinin de bulunduğu diğer gözlemciler “Birleşik Krallık'taki ilk PFI projelerinin çoğunun tasarım kalitesi açısından standart altı olduğunu” saptamıştır. (182) Carillon tarafından inşa edilen (aynı zamanda Royal Ottawa hastanesini de inşa etmiştir) Birleşik Krallık'taki Swindon ve Dartford PFI hastaneler tasarım açısından yetersizdir.(183)

2006 yılında yayınlanan bir Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bülteninde KÖO hastanelerin ancak kaliteden ödün vererek bütçe sınırları içinde ve zamanında tamamlanabildiğini belirtmektedir. İnşaat işleminde gelişigüzellik egemendir (184).

Hastane inşaatında yeterlilik ekip çalışmasını gerektirir. KÖO modeli ise bu tür bir ekip çalışmasına engeldir. KÖO hastanelerde hasta-

ne hizmet sunum uzmanları tasarımcılarla görüş alışverişinde bulunmamaktadır. Her evre (tasarım, inşaat, finansman, bakım veya işletme -DBFMO) diğerlerinden ayrıdır. Québec'te Genel Denetçi Haziran 2010'da karmaşık "yönetişim yapısının, kimi durumlarda Üniversite Sağlık Merkezlerinin, genel direktörün ve IQ'nun (Infrastructure Quebec) hesap verebilirliğine izin vermediğini" belirlemiştir. Başka bir deyişle aşırı karmaşık yönetim yapısı risklidir ve sorumlular kolay kolay sorgulanamamaktadır.(185)

Québec'te Genel Denetçi ayrıca McGill Üniversite hastanesi ile Montreal Üniversite hastanesinin ve ilgili sağlık bölümlerinin KÖO hastane sözleşmelerini resmen onaylamadıklarını da tespit etmiştir. (186) Ontario Mimarlar Birliği'nin eski Genel Direktörü mimar Brian Watkinson BK'deki PFI hastanelerin fiilen sağlık hizmeti verecek olanlardan çok bina bakım ve tesis yönetim görevlileriyle görüşüldükten sonra tasarlandığını belirtmektedir. (187) Danışmanlık firması CIMA+ mühendisi Kazimir Olechnowicz, özgür tasarımı kendi firması yapmış olmasına karşın Quebec'teki KÖO mega "Centre hospitalier de l'Université de Montréal"'in (CHUM) inşaat işine karışmak istememiştir (188) Olechnowicz "CHUM'un KÖO statüsünde gerçekleştirilemeyecek ölçüde karmaşık bir proje olduğu" görüşündedir (189) CHUQ veya "Québec Kenti Hôtel-Dieu hastanesi" kurulu da Haziran 2010'da projenin fazla karmaşık olmasından hareketle belirli bölümlerde KÖO modeline gidilmesini oylayarak reddetmiştir. (190) Bu oylama, Profesör Pierre J. Hamel'in hastane inşaat ve yenileme işlerinin KÖO süreci için fazla karmaşık olduğunu ileri süren 300 sayfalık raporundan sonra gerçekleşmiştir. (191)

Yenilikçi hastane tasarımı KÖO modelinde güçtür. Ontario Mimarlar Birliği'nin bir raporuna göre pek çok mimar "yenilikçilik yeteneklerinin KÖO'lerde ciddi biçimde sınırlandığı" görüşündedir.(192) Uluslararası üne sahip mimar Moshe Safdie, kendi memleketi olan Montreal'de KÖO McGill Üniversitesi Sağlık Merkezi'nin inşaatı işini üstlenmemiştir. Proje KÖO halini alır almaz Safdie kalite ile ilgili kaygılarını gerekçe göstererek işten çekilmiştir; çünkü Safdie'ye göre hastanelerde "insana yakışır, insancıl ortamlar" ya-

ratmak zorunludur. Ayrıca, gene Safdie'ye göre kamu hastaneciliği sürecinde “farklı tasarım vizyonları açısından daha fazla imkân bulunmaktadır.”(193)

Yenilikçi hastane tasarımı, hastanelerde tehlikeli enfeksiyonların yayılmasının önlenmesi açısından gereklidir. Hastane “süper böceklerinin” veya hastane enfeksiyonlarının ve H1N1 gribi (daha önce “domuz gribi” olarak adlandırılırdı) gibi enfeksiyon hastalıklarının damgasını vurduğu bir çağda yeni ve yenilenen hastanelerin mümkün olduğunca temiz ve güvenli yerler olması çok daha fazla önem kazanmıştır. Tye S. Farrow ve Stephen M. Black 2009'da yayınlanan sağlığa ilgili bir makalelerinde “fiziksel ortam tasarımının enfeksiyon önleme ve kontrol açısından önemli bir rol oynayabileceği” görüşünü dile getirmektedir. (194) Esasen CHUQ (Québec kenti Hôtel-Dieu hastanesi) kurulunun KÖO yapısını reddetmesinin nedenlerinden biri de gelecekte “bakım ihtiyaçlarının daha da artacağı” kaygısıdır.(195)

Profesör Pierre J. Hamel aynı kanıdadır. Yaptığı araştırma, öncü bir hastanenin KÖO yaklaşımıyla veya 20 ya da 30 yıllık sözleşmelerle sınırlanamayacağını göstermektedir. Bu tür sözleşmeler yenilikçiliği ve esnekliği köreltmektedir. Hamel'e göre KÖO sözleşmelerinin yeniden açılması da çok güç ve pahalıdır (196).

KÖO süreçleri “yeşil” hastaneleri bile bastırabilir. Kanada Akademik Sağlık Kuruluşları Derneği ile Kanada Sağlık Hizmetleri Derneği hükümetlere “daha yeşil” sağlık hizmet alanları oluşturmaları ve mevcutları bu yönde yenilemeleri izin çağrıda bulunmaktadır. (197) Bir hastanenin “yeşil” sertifikası alabilmesi için “LEED” (Enerji ve Çevre Tasarımında Önderlik) adı verilen bir testi geçmesi gerekir. Bu sertifikaya hak kazanılıp kazanılmadığı inşaat sürecini gözleyen üçüncü bir tarafça belirlenir. Aslında belirli bir düzeyde LEED sertifikasyonu hazırlamış olan KÖO hastaneler de vardır ve örneğin BC'deki KÖO Abbotsford Hastanesi böyle bir sertifikaya sahiptir. Ne var ki, sertifikayı üçüncü bir taraf verdiğinden, bir mimarın daha en başından bunu güvence altına alması güçtür. Brian Watkinson “Canadian Architect” dergisinde 2008 yılında yayınlanan “KÖO'ler Sizin, Benim için mi?” başlıklı yazısında şu noktaya değinmektedir:

Bir mimarın, KÖO hastanenin “yeşillik” düzeyi veya LEED standardıyla ilgili olarak yaptığı “hata ve ihmaller” yüzünden dava edilmesi halinde böyle durumlara karşı mimara güvence sağlanması son derece güçtür. (198)

Columbia Enstitüsü, KÖO’lerin hükümetlerin iklim değişikliğiyle ilgili konularda gerekli ayarlamaları yapabilme gücünü tehdit ettiğini, çünkü sözleşmelerin çok uzun olduğunu ve kolay açıklanamadığını belirtmektedir (199). Örnek vermek gerekirse, bir KÖO hastane akaryakıtla bağlı olanlardan diğer enerji biçimlerine geçiş gerekirse bunu ne ölçüde kolay yapılabilir?

Çevreye veya tarihe fazla özen göstermeden gerçekleştirilen tam yıkım veya inşaa işleri KÖO’lerle ilişkilendirilebilir. Québec’te Montreal Üniversitesi için önerilen KÖO hastane (CHUM) ilk başta yeşil ve tarihsel bir girişim olarak Hôpital St. Luc için yeni ve yenilenmiş altyapıyı öngörmekteydi. Gelgelelim, KÖO sözleşme görüşmeleri sonucunda özgün kamusal hastane şimdi herhangi bir tarihsel veya çevresel özen gösterilmeksizin tamamen yıkılacaktır. (200) Profesör Hamel ayrıca KÖO şirketlerinin daha “yeşil” yenilenme işlerinden pek hoşlanmadıklarını ileri sürmekte, yenileme işlerinde pek çok “bilinmeyen” bulunduğu işaret etmektedir.(201)

KÖO SİSTEMİNDE HASTALARIN HASTANE HİZMETLERİNE ERİŞİMİ GÜÇLEŞİYOR

KÖO hastaneler Kanada’nın kimi yörelerinde toplam hastane yatak sayısını azaltmış, böylece erişilebilirliği sınırlamıştır. Ayrıca, birçok KÖO hastane hastalardan çok uzak mekânlarda bulunmaktayken kamu hastaneleri hastalar için daha fazla yatak ve daha fazla hizmet sağlamaktadır. KÖO hastanelerdeki yatak sayısı ile ilgili olarak çalışmanın sonundaki Ek B’ye bakılabilir.

DAHA AZ YATAK VE KÖO HASTANELER

Daha fazla sayıda yatak sözü vermelerine karşın KÖO hastanelerde yerlerini aldıkları kamu hastanelerinden daha az sayıda yatak bulunmaktadır. Ontario’da Ottawa yöresinden örnek verilebilir. Royal Ottawa Sağlık Grubu hem KÖO Royal Ottawa RuhRuh Sağlık Merkezi hem de Brockville Ruh Sağlığı Merkezi işinin içindedir.(202)

Brockville Ruh Sağlığı Merkezi'nde (BMHC) 64 adet geçici tedavi yatağı Mart 2011'de kaldırılacaktır. Kaldırılacak yataklar arasında 24 ikili teşhis yatağı (hem psikiyatrik bozukluk hem de gelişim sorunu olan hastalar için) ve her biri için 20 yatak olmak üzere psikogeriatri ve rehabilitasyon hizmeti yatakları bulunmaktadır. Bu kaldırma işlemi yeniden inşa edilen KÖO Royal Ottawa Ruh Sağlığı Merkezi'nin açılışından birkaç yıl sonra gerçekleşmiş olacaktır. Ancak, Brockville hastaları Ottawa'ya taşınmayacak, kendi yerlerinde, Brockville'de hizmet bulmaya çalışacaktır. Brockville'deki kimi hemşireler bu yöredeki "topluluk" hizmetlerinin sınırlı olduğunu, dolayısıyla hastaların gerekli bakım imkânlarına kavuşmalarının çok güç olacağını belirtmektedir. (203)

Birleşik Krallık'taki Swindon ve Dartford hastanelerini finanse ve inşa eden KÖO şirketi Carillion (aynı zamanda Ontario'daki Brampton ve Royal Ottawa KÖO hastanelerini de inşa etmiştir) yeni hastanelerini yetersiz kapasiteyle hizmete sokmuştur (204).

British Columbia ve Ontario Sağlık Koalisyonları, genel nüfusta artış olmasına karşın, bu illerde yeni açılan KÖO hastanelerin daha önceki kamu hastanelerinden daha az yatak kapasitesine sahip olduğunu saptamıştır (205) (Bakınız, Ek B).

Ontario Genel Denetçisi 2008 yılında Brampton'daki William Osler KÖO hastanesinin yalnızca 479 yatakla hizmete girdiğini (toplamda 608 yatak) belirlemiştir. Oysa kamu hastanesinin yenilenmesi çerçevesinde öngörülen yatak sayısı 716 idi (206).

KÖO şirket kârlarını korumak amacıyla hizmetlerde ve yatak sayısında kısıntıya gidildiğinden KÖO hastanelerin etkileri tüm sağlık sisteminde hissedilmektedir. Profesör Whitfield 2009 yılında yayınlanan kitabında KÖO hastanelerin "hizmetlerin finansmanı için kaçınılmaz olarak daha az kaynak kalmasına yol açan bütçe taahhütleri anlamına geldiğini" savunmaktadır." (207)

ÇOK UZAKLARDA, ERİŞİLEMEZ VE MERKEZİLEŞMİŞ KÖO HASTANELER

Daha küçük kamu hastaneleri KÖO'ler yüzünden kapandıkça acil hastane bakım hizmetleri de giderek daha erişilmez olmaktadır.

Ontario ve British Columbia'daki KÖO hastaneler kentsel yerleşimlerde bulunmaktadır veya belirli bir bölgenin tümüne hizmet verecek büyük hastane olarak tasarlanmıştır. Daha küçük ve kırsal kesimlerdeki kamu hastaneleri ya yeni KÖO'lerin açılmasından önce veya bu sırada kapanmıştır. Küçük yerleşimlerdeki hastalar en yakın KÖO hastaneye ulaşmak için zaman zaman saatler süren yolculuklar yapmak zorunda kalmaktadır. (208)

Kanadalıların sağlıkları için erişilebilir kamu hastanelerine ihtiyacı vardır. Kamu hastaneleri hem büyük hem daha küçük topluluklarda hizmet verebilmelidir ve bu da federal yasallığın, yani Kanada Sağlık Yasası'nın temel direğidir. Ek B, kapatılan veya kapatılma yolunda olan kamu hastanelerini vermektedir.

Kamu hastanelerinin kapanışlarıyla ilgili bir örnek Ontario'nun güney kesiminden verilebilir. Ontario'nun Niagara yöresindeki Port Colborne ve Fort Erie küçük hastane birimlerinin kapatılarak bunların yerine aynı yörede KÖO St. Catharine hastanesinin devreye girmesi bir örnektir. Bu hastanelerin tamamen kapatılması durumunda yöredeki hastalar St. Catharine hastanesine ulaşabilmek için uzun yolculuk yapmak zorunda kalacaklardır. (209) St. Catherine'deki yeni KÖO hastane kentin kuzeybatısında büyük mağazaların bulunduğu, erişilmesi güç ve toplu ulaşım hizmetlerinin çok sınırlı olduğu bir yörede inşa edilmektedir.(210)

British Columbia'da, Comax Valley ve Campbell River'da (Vancouver Adası), mevcut iki küçük hastanenin yerine adanın tüm kuzey bölgesi için bir büyük KÖO hastane yapılması önerilmiştir. HEU ve "Kaliteli Sağlık için Yurttaşlar" girişimi yoğun bir çaba göstererek bu KÖO hastane girişimini önlemiştir. (211)

YAVAŞ İŞLEYEN KÖO HASTANE İŞLEMLERİ

KÖO hastanenin inşası normal kamu hastanelerine göre daha uzun sürmektedir. Columbia Enstitüsü KÖO projelerinin çoğu durumda "uzun, karmaşık ve maliyeti yüksek tedarik süreçleri" öngördüğünü ve bunun da birçok örnekte kamusal altyapı yenileme çalışmalarına zarar verdiğini tespit etmiştir (212).

Gün geçmemektedir ki bir hastane altyapı projesi gecikmesin, ay geçmemektedir ki artan enflasyon nedeniyle kesin maliyet hesabına yeni ekler yapılmasın. McGill Üniversitesi Sağlık Merkezi'nden (MUHC) Dr. Arthur Porter'e göre bir KÖO hastanenin geciktiği her gün nihai maliyet hesabına bir 100 bin dolar daha eklemek gerekmektedir. (213) Ağustos 2010'da *Globe and Mail*'de yer alan bir habere göre MUHC'de "gecikmelerin ve yanlış başlangıçların tarihi on yılı aşmıştır".(214)

Québec Kenti Hôtel-Dieu hastanesi 2010 yılı Haziran ayında kısmen süreci hızlandırmak isteğinin bir sonucu olarak, hastaneyi genişletme işini geleneksel yoldan gerçekleştirme kararı almıştır (215).

KÖO olarak inşa edilmesi planlanan başka birçok hastane ertelenmiştir. Örneğin, Ontario'daki Sault Ste. Marie KÖO hastanenin açılışı Ekim 2010'da yapılacaktı. Şimdi bu açılış Nisan 2011'e ertelenmiştir ve bu verilebilecek örneklerden yalnızca biridir. Daha fazla örnek için çalışmanın sonundaki Ek A'ya bakılabilir.

SONUÇ

Elinizdeki rapor kâr amaçlı KÖO hastanelerle ilgili üç ana sorunu incelemektedir: KÖO hastanelerin aşırı harcama yapması; demokratik olmayan KÖO hastanelerin Kanada ekonomisine zarar vermesi ve KÖO hastane sisteminin hizmet kalitesini de olumsuz etkileyebilecek biçimde erişimi kısıtlaması. Rapor, kamu hastaneciliği sisteminin kâr amaçlı KÖO hastane sisteminden daha az maliyetli olduğunu ortaya koymaktadır. Kâr arayışı, idari giderlerin aşırılığı ve borçlanma maliyetinin yüksekliği KÖO hastane sistemini vergi mükellefleri açısından çok daha pahalı hale getirmektedir. Rapor ayrıca KÖO hastanelerin, Kanadalıları çoğu durumda 30 yıl süreyle eli kolu bağlı bırakan gizli sözleşmeler ortaya çıkardığını göstermektedir. Kâr amaçlı KÖO hastaneler demokratik kamu mülkiyetinden kaçırılmaktadır. KÖO hastaneler yerel inşaat sektörüne ve bu sektörde çalışanlara balta vuracak şekilde büyük çok uluslu şirketlerce inşa edilmektedir. Kamu hastanelerindeki iyi işler, ücretlerin ve çalışma koşullarının genellikle daha olumsuz olduğu KÖO hastane işleri nedeniyle yitirilmektedir. Hastanelere erişim açısından ise rapor, KÖO hastane sisteminin daha az sayıda olmak üzere hastane yataklarının merkezi yerlerde toplandığını göstermektedir. Daha küçük ve ağırlıklı olarak kırsal kesime hizmet veren kamu hastaneleri ise, merkezi ve daha büyük KÖO hastaneler inşa edildikçe küçülmek veya kapanmak zorunda kalmaktadır. Kanada'nın küçük yerleşimlerinde yaşayan hastalar ve aileler yeni KÖO hastanelere ulaşmak için uzun yolculuklar yapmakta, böylece erişim de sorunlu hale gelmektedir. Kâr amaçlı KÖO hastaneler, hizmet kalitesinin de düşük olabildiği kar amaçlı Amerikan hastane modelinin açtığı yoldan yürümektedir.

Kanada'da kamu hastaneciliği sisteminin hemen yenilenmesi gerekmektedir. Kamu finansmanında on yıllar süren azalmadan sonra bugün hastane binaları hayli eskimiş, buna karşılık tıp teknolojisi sıçramalı bir gelişim göstermiştir. Nüfustaki değişme, nüfusun yaşlanması, artan yoksulluk, enfeksiyon kontrol ve çevre standartları-

nın daha sıkı hale gelmesi hep kamu hastaneciliğinde yenileşmeyi dayatan olgulardır.(216)

Kâr amaçlı özel hastane sektörü Kanada’da hastanelerin yenilenme ihtiyacını bilmektedir ve bundan yararlanmak istemektedir. Bunun için de kâr amaçlı KÖO hastane önermektedir. Özel şirketler, KÖO hastanelerden elde edecekleri kârlar için yurttaşların vergilerinden yararlanmak istemektedir. Kâr amaçlı özel şirketler ayrıca daha yüksek faizle borçlanma işlemlerinden de kâr elde etme peşindedir.

Kâr amaçlı KÖO şirketleri yaptıkları sözleşmelerin ayrıntılarını Kanadalılardan gizlemekte, kamu denetiminden kaçmaya çalışmaktadır. Gider kalemlerinin çoğunun şişirilmiş olduğu 30 yıllık sözleşmeler önermektedirler. KÖO hastane sözleşmelerinde çok uluslu büyük inşaat şirketleriyle çalışılması yüzünden yerel inşaat sektörü zarar görmektedir. Kamu hastanelerindeki iyi işler yok olup çalışma koşulları kötüleştikçe bundan topluluklar, özellikle küçük yerleşimlerde yaşayanlar zarar görmektedir.

KÖO hastane şirketlerinin kâr edebilmeleri için kamu kaynaklarının harcanması aynı zamanda KÖO hastaneler yüzünden hastalar için yatak sayısının azalması anlamına gelmektedir; çünkü bu hastaneler başta söz verdiklerinden daha az sayıda yatakla açılmaktadır. Kırsal kesimlerdeki kamu hastanelerinin kapanması nedeniyle acil bakım ihtiyacı olan çok sayıda hasta ve aile sağlık merkezlerine erişim güçlüğü çekmektedir. Temizlik işleri daha az insan çalıştırılması nedeniyle aksadığından ve kâr dürtüsü hizmet kalitesinin önüne geçtiğinden kâr amaçlı KÖO hastaneler sorgulanması gereken bir konumda yer almaktadır.

Bu raporun da gösterdiği gibi, Kanada’da kamu hastanelerinin yenilenmesi işi kamu finansmanı ve hizmeti şeklinde gerçekleşmelidir. Kanada Tabipler Birliği Dergisi’nin 2008 ve 2010 yıllarında yayınladığı makalelerde değinildiği gibi, “değişimle gelecek riskler yeterince değerlendirilmeden British Columbia, Ontario ve Québec PPP kervanına hemen atlamakta beis görmemiştir.”(217)

Burada dile getireceğimiz iki tavsiye, kamusal sağlık hizmetleri yoluyla Kanada’nın gelişimine katkıda bulunacaktır.

1) Bunun hukuksal maliyeti sözleşmeleri devam ettirmekten daha az olabileceği için, Kanada'daki yönetimler mevcut KÖO hastane sözleşmelerini iptal etme konusunu düşünmelidirler. Yönetimler için doğru olan, yeni kamu hastaneleri inşa etmek veya eskilerini yenilemektir. Kamu hastaneleri için tahvil çıkartılması, yönetimler üzerindeki borç baskısını hafifleterek sürecin finansmanına yardımcı olabilir. Ancak, federal finansman, kamu hastanelerinin yenilenmesinde başlıca kaynak olmak durumundadır.

2) Genel Denetçiler Kanada'da halen mevcut ve öneriler tüm KÖO hastane projelerini tam olarak incelemelidir. Kanadalılar, kâr amaçlı KÖO hastanelerin neden ve nasıl kaynak israfına yol açtığını bilmelidirler.

ABD daha kamusal ve kapsayıcı bir sağlık hizmetleri sistemine yönelmeyi tartışırken (218) Kanada daha fazla KÖO hastane inşa ederek veya mevcut hastaneleri KÖO statüsünde tutarak bu alanda kamusallığın daha fazla zemin kaybetmesine katlanamaz. Bunun maliyeti el yakıcıdır. Dikkate almamız gereken sağlık gibi bir meselemiz de var.

EK A- KÖO HASTANE STATÜSÜ

Not: “Tip” sütunundaki kısaltmalarda geçen harfler şunlara karşılık düşmektedir:

D: Tasarım, B: İnşa, F: Finansman, M: Bakım, O: İşletme

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
New Brunswick	Centracare Psychiatric Care Facility, South Bay, Saint John	Şubat 28, 1998	RFP, Şubat 25, 1997	25 Yıl	DBFM	Bilinmiyor	\$6,425,000 (219)	Cardinal Pomerleau Inc.
	Restigouche Hastane Merkezi (Campbellton) [Ruh sağlığı]	RFP tarihi: Eylül 14, 2010	Bilinmiyor	Belirlenecek	DBM	\$85 milyon (220)	İnşaat halinde	Kısa liste: Walker Brook Health SNC Lavalin Inc. Plenary Health (221)
Québec	Montreal Üniversitesi Hastane Merkezi (CHUM)	Tahmini tamamlanma tarihi: 2018 (222) Mart 2010 için öngörülen RFB şimdi Haziran 15, 2011'e ertelendi Infrastructure Quebec (IQ) KÖO'ü destekleyen yönetim raporunu inceliyor (Kasım 30, 2010)(223)	RFQ tarihi: Haziran 28, 2007	30 yıl	DBFM	1,4 milyar dolardı şimdi 2,5 milyar dolar (224)	RFP	Kısa liste: Groupe Axor, Cannon & RG Vanderveil dahil Innisfree-Axor-OHL-Dalkia ve Fiera-Axium, HSIL, Acciona, Parking & Honeywell dahil Accès Santé CHUM

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Montreal Üniversitesi Hasatanesi Araştırma Merkezi CRCHUM)	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Eylül 30, 2013	RFQ tarihi: Haziran 28, 2007	30 Yıl	DBFM	\$584.1 Milyon (225)	İnşaat halinde	Fiera-Axium, Pomerleau, Parking & Groupe Lemay dahil Accès Recherche CHUM
	Hotel-Dieu Hastanesi, Québec City [Québec Üniversitesi Hastane Merkezi (CHUQ)] (Bu hastane bugün de geleneksel kamu süreciyle inşa edilebilir ve toplama dahil edilmemiştir)	Tahmini tamamlanma tarihi 2015(226)	RFEI kapanış tarihi: Eylül 23, 2008	Belirlenecek	Belirlenecek	Belirlenecek	İhtilafı	Belirlenecek
	Sainte-Justine Çocuk Hastanesi (CHUSJ) (PPP Québec web sayfasında veya CCPPP'de yer almıyor, Ocak 2011.)	Tahmini tamamlanma tarihi 2018 (227)	NA (geçerli değil)	NA	Geleneksel (228)	353 milyon dolarken şimdi 500 milyon dolar (229)	İnşaat halinde	NA
	Jewish General ER, Montréal (CCPPP web sayfasında yer almıyor, Ocak 2011)	Haziran 2010'da duyuruldu Tahmini tamamlanma tarihi 2012 (230)	NA	NA	Geleneksel	\$119.8 milyon	İnşaat halinde	NA

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
Ontario	Royal Ottawa Zihin Sağlığı Merkezi	İşletmede: Kasım 8, 2006	2001'de duyuruldu RFQ tarihi: Haziran 13, 2002	20 Yıl	DBFOM	\$95 milyon	\$146 milyon	Adamson, Borealis (OMERS), Carillion, EllisDon, Oxford & Parking ile birlikte Kanada Healthcare Infrastructure Co.
	Brampton Kent Hastanesi (William Osler)	İşletmede: Ekim 28, 2007	RFEI çıkışı: Mart 15, 2002	25 Yıl	DBFO	Önce \$350 milyon sonra \$536 milyon	\$650 milyon (231)	Borealis (OMERS), Carillion & EllisDon ile birlikte Kanada Healthcare Infrastructure Co
	Niagara Health System (St. Catharines)	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: 2012 sonları	RFQ tarihi: Kasım 14, 2006	30 Yıl	DBFM	\$759 milyon iken şimdi \$851,4 milyon	İnşaat halinde	Borealis, Johnson Controls, PCL, Bregman & Silver Thomas ile birlikte Plenary Health Niagara
	Bridgepoint Sağlık Merkezi, Toronto	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Bahar 2013	RFQ tarihi: Kasım 26, 2007	30 Yıl	DBFM	2003'te \$200 milyon (232)	İnşaat halinde	Johnson Controls, Innisfree, RBC Capital Markets dahil Plenary Group Kanada Ltd.

İİ	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Halton Healthcare Services, Oakville (LEED Silver önerildi)	RFP kapanışı: Mart 15, 2011	RFQ tarihi: Kasım 26, 2009	Belirlenecek	DBFM	Belirlenecek	RFP	Kısa liste: Hospital Infrastructure Partners Inc. Plenary Health Community Health Konsorsiyumu, Sprint-Insight Inc. dahil
	Humber River Regional, Toronto	RPF, Ekim 26, 2010	RFQ tarihi: Mayıs 27, 2010	Belirlenecek	DBFM	Belirlenecek	RFP	Kısa liste: Honeywell, Canon dahil Future Health Konsorsiyumu Johnson Controls, Hewlett-Packard, RBC Capital Markets dahil Plenary Health Care Ortaklıkları Scotia Capital, Univex Şirketler grubu dahil Hospital Infrastructure Ortaklıkları
	Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Merkezi, Toronto	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: 2012	RFQ tarihi: Haziran 27, 2008	Belirlenecek	DBFM	Belirlenecek	İnşaat halinde	Vanbots & Scotia Capital Inc. dahil Carillion Health Solutions
	Quinte Health Care, Belleville yöresi	İşletmede: Şubat 1, 2010	RFQ tarihi: Mart 21, 2006	Tanımlanmış	BF	\$72.2 milyon	\$99.5 Milyon (233)	M. Sullivan & Son ile birlikte Stonebridge Financial Corp.

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Sudbury Bölge Hastanesi	İşletmede: Kasım 23, 2009	RFQ tarihi: Mart 21, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$131.9 milyon (I.O.)	Tanımlanmamış	RBC Capital Markets ile birlikte EllisDon Corp
	Trillium, Mississauga (Toronto & Queensway)	İşletmede: Mayıs 8, 2009	RFQ tarihi: Mart 21, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$104.1 milyon (I.O.)	\$100 Milyon (234)	RBC Capital Markets ile birlikte EllisDon Corp
	Sarnia Bluewater Health	İşletmede: Temmuz 29, 2010	RFQ tarihi: Mart 21, 2006 20 yıllık planlama (235)	Tanımlanmamış	BF	2006'da \$135 milyon şimdi \$214.1 milyon (236)	\$319 milyon (237)	Pacific & Western Bank of Canada ile birlikte EllisDon Corp.
	Hamilton Health Sciences, Hamilton General Hosp.	Büyük ölçüde tamamlanma ancak 2009 baharında (Infrastructure Ontario)	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$44.9 milyon tahmin edilmişken \$60.3 milyon	Belirlenecek	CIBC World Markets & Pacific & Western Bank of Canada ile birlikte EllisDon Corp.

İİ	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Hamilton Hosp.(Juravinski Hosp. & Cancer Centre, daha önce Henderson General)	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi önce 2010 yazı iken şimdi 2012 baharı	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$198.1 milyon	İnşaat halinde	Pacific & Western Bank of Canada ile birlikte EllisDon Corp.
	London Health Sciences Centre	Tahmini tamamlanma tarihi: 2011 başları	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$211.8 milyon	İnşaat halinde	P&W Bank of Canada, Bank of Nova Scotia, CIBC World Markets, Manulife, TD Bank ile birlikte EllisDon Corp.
	St. Joseph's, London Evre 1 – Grosvenor Site	İşletmede: Mart 7, 2009	RFQ tarihi: Mart 21, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$32.2 milyon (St. Joseph's ve LHSC 2005 yılında \$340 milyon fazlasına)(238)	Tanımlanmamış	RBC Capital Markets ile birlikte EllisDon Corp
	St. Joseph's, London Evre 2	İnşaat halinde Eski açılış tarihi: Nisan 2010	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmamış	BF	\$49.2 milyon	Belirlenecek	Pacific & Western Bank of Canada ile birlikte EllisDon Corp.

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	London St. Joseph's - Evre 3	RPF, Aralık 2010	RFQ tarihi: Haziran 7, 2010	Tanımlanmış	BF	Belirlenecek	RFP	Kısa liste: EllisDon Corp., Bondfield Construction Co., Grant-Nac Ltd., SNC-Lavalin Construction & McKay Cocker Construction Ltd.(Ortak Girişim
	Ottawa Bölge Kanser Merkezi	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: 2011 başları	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmış	BF	\$180.6 milyon	İnşaat halinde	TD Bank ile birlikte PCL
	Rouge Valley Health System/Ajax/Pickering Hospital	İşletmede: Şubat 17, 2011, daha önce 2010 yazı idi.	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmış	BF	\$63,941,270	\$94.5 milyon (239)	
	Runnymede Healthcare Centre, Toronto	İnşaat halinde Eski açılış tarihi: Eylül 15, 2010	RFQ tarihi: Kasım 3, 2006	Tanımlanmış	BF	\$63 milyon iken şimdi \$89 milyon	Belirlenecek	

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Montfort, Ottawa	İşletmede: 2009'dan Haziran 2010'a (240),	RFQ tarihi: Mart 2, 2005	Tanımlanmamış	BF	\$188.8 milyon	\$300 milyon (241)	BMO Capital Markets, Caisse central Desjardins & RBC Capital Markets ile birlikte EllisDon
	Sunnybrook, Toronto	İşletmede: Eylül 12, 2010	RPF, Şubat 1, 2001	Tanımlanmamış	BF	\$142 milyon	\$188 milyon (242)	Stonebridge Financial Corp. ile birlikte Vanbots
	Credit Valley, Mississauga, Evre 2	Büyük ölçüde tamamlanma: Mart 2011	RFQ tarihi: Nisan 4, 2007	Tanımlanmamış	BF	\$162.8 milyon	Belirlenecek	National Bank of Kanada (finansal danışman) & Société Générale (finansal düzenleyici) ile birlikte Bondfield
	Toronto Rehabilitasyon Enstitüsü (Üniversite Merkezinde)	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: 2011 sonbaharı	RFQ tarihi: Nisan 4, 2007	Tanımlanmamış	BF	\$112.1 milyon	İnşaat halinde	Stonebridge, Manulife, Industrial Alliance & Financial Services, London Life Ins. & The Equitable Life Ins. Co. of Canada dahil Aecon Tri Inc.

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Lakeridge, Durham (Oshawa)	Şimdi 2011 yazı olarak verilen tahmini inşaat tamamlanma tarihi daha önce 2011 baharı idi	RFQ tarihi: Ekim 5, 2007	Tanımlanmış	BF	\$91.5 milyon	İnşaat halinde	Stonebridge, Canada Life Assurance, Industrial Alliance Ins., Manulife & the Equitable Life Insurance Co. dahil Aecon Buildings & Concessions
	Royal Victoria, Barrie	Tahmini tamamlanma tarihi: 2010/2011 iken şimdi 2013 baharı	RFQ tarihi: Ekim 25, 2007	Tanımlanmamış	BF	\$258.5 milyon	İnşaat halinde	Banco Espirito Santo de Investimento SA, National Australia Bank Ltd., Norddeutsche Landesbank Gironzentrale, Bank of Montreal, CIT Financial Ltd., National Bank of Kanada Inc. & Toronto Dominion Bank ile birlikte Vanbots
	St. Joseph's, Hamilton. West 5th Campus (LEED silver önerildi)	Tercihli öneri seçimi: Eylül 27, 2010	RFQ tarihi: Mart 24,	Tanımlanmış	DBFM	Belirlenecek	RFP	Canon, PCL ile birlikte Plenary Group/Innisfree
			2009					İnşaat, Honeywell & RBC

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Women's College, Toronto	İnşaatın tahmini tamamlanma tarihi: 2016 baharı	RFQ tarihi: Ekim 31, 2008	Tanımlanmamış	DBFM	TBD	İnşaat halinde	Bilfinger Berger, Perkins Eastman Black/IBI, The Walsh Group/Bondfield Const., Black & McDonald/HSG Zander ile birlikte Women's College Partnership
	North Bay General (LEED sertifikalı)	İşletmede: Ocak 30, 2011, ilk verilen tarih: Haziran 18, 2010	RFQ tarihi: Eylül 27, 2005	30 yıl	BFM	\$220 milyon iken şimdi \$551 milyon	TBD	Plenary Group, Deutsche Bank, PCL Constructors & Johnson Controls L.P.
	Sault Area (Sault Ste. Marie)	İşletmede: Mart 6, 2011 İnşaat tamamlanma tarihi: Ekim 13, 2010	RFQ tarihi: Nisan 24, 2006	30 Yıl	DBFM	Başta 408 milyon \$ iken şimdi 988 milyon \$ (inşaat dışında tefrişat giderleri dahil)	Belirlenecek	Carillion Canada, EllisDon, Labourers' Pension Fund of Central & Eastern Canada ile birlikte Hosp. Infrastructure Partner (HIP)

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Kingston General Hospital & Cancer Centre of South-eastern Ontario	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Bahar 2012	RFQ tarihi: Nisan 4, 2007	Tanımlanmış	BF	\$142.1 milyon	İnşaat halinde	TD Bank ile birlikte PCL Constructors Canada
	Mental Health Centre Penetanguishene	Tercihli öneri seçimi: Güz 2010	RFQ tarihi: Ağustos 17, 2009	Belirlenecek	DBFM	Belirlenecek	RFP	Kısa liste: Carillion'a Siemens dahildir Integrated Team Solutions kapsamındaki: EllisDon, Cannon, Honeywell, National Bank of Canada & Univex (Ontario) Plenary Health kapsamında: PCL Constructors, Johnson Controls, Innisfree, RBC Capital Markets, Lobo & Vipond
	Windsor Regional Hospital (Western site)	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Bahar 2012	RFQ tarihi: Ekim 25, 2007	Tanımlanmış	BF	\$91.7 milyon	İnşaat halinde	Bondfield, Bank of Montreal, National Bank of Canada, Laurentian Bank of Canada & TD Bank ile birlikte 2205234 ON Inc.
	St. Joseph's Regional Mental Health (London & St Thomas)	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Aralık 2014	RFQ tarihi: Haziran 1, 2009	30 yıl	DBFM	\$830.5 milyon	İnşaat halinde	Integrated Team Solutions kapsamında: EllisDon, Fengate/LPF, Honeywell & Scotia Capital Inc.

İİ	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	University Health Network Redevelopment	İşletmede: Finansal kapanış: Aralık 8, 1998	RPF, Nisan 15, 1998	Bilinmiyor	F	Bilinmiyor	\$349 milyon (\$281 milyon özel)	Scotia Capital Inc. (ON Finans Merkezi yardımıyla özel sektör tahvil ihracı)
	Abbotsford Regional Hospital & Cancer Centre Altın LEEDS sertifikası	İşletmede: Ağustos 24, 2008	RFEI çıkışı: Ocak 23, 2008 (İlk kez 1988'de önerildi) (243)	30 Yıl	DBFMO	\$356 milyon (2001'de \$211 milyon) (244)	\$449 milyon (245)	AHA Access Health Abbotsford Ltd. kapsamında: PCL Constructors, Johnson Controls, Sodexo, Intercon Security, Impark
	BC Cancer Agency Centre for the North, Prince George	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Eylül 2012	RFQ tarihi: Temmuz 31, 2008	30 Yıl	DBFM	\$69.9 milyon	İnşaat halinde	Plenary Group, PCL Constructors, CEI Architecture, Johnson Controls
	Fort St. John Hospital & Residential Care Project	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Bahar 2012	RFQ : Mayıs 6, 2008	30 Yıl	DBFM	\$297.9 milyon	İnşaat halinde	Innisfree, Acciona S.A., Acciona, Stuart Olson, Cannon, Health Care Projects, ACML Management Western Ltd. ile birlikte ISL Health

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Gordon & Leslie Diamond, Vancouver General (AACC) The Academic Ambulatory Care Centre	İşletmede: Ekim 20, 2006	RFEI çıkışı: Ekim 15, (plan kent tarafından 2001'de onaylandı)	30 Yıl	DBFM	\$95 milyon	\$203 milyon (246)	John Laing, PCL Constructors, IBI Group, Henriquez Architects, Brookfield LePage Johnson Controls ile birlikte Access Health Vancouver
	Kelowna & Vernon Hospital Project	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Ağustos 2012	RFQ tarihi: Mayıs 7, 2007	30 Yıl	DBFM	\$432.9 milyon	İnşaat halinde	Graham Construction, Bilfinger Berger, John Laing, Stantec & Black & McDonald ile birlikte Infusion Health
	Royal Jubilee Hospital, Victoria	İşletmede: Mart 2011247 İnşaat tamamlandı: Aralık 31, 2010	RFQ tarihi: May 11, 2007	30 Yıl	DBFM	\$269 milyon (248)	\$348 milyon (249)	Health Care Projects Kanada, Acciona S.A., Lark Group & Innisfree Ltd. ile birlikte ISL Health
	Surrey Memorial Hospital/Surrey Ambulatory Care Facility/Green Timbers	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Aralık 31, 2014 Tercihli öneri seçimi: Ekim 7, 2010	RFQ tarihi: Temmuz 23, 2009	Belirlenecek	DBFM	Belirlenecek	RFP	EllisDon, Fengate, CEI Architecture, Parking Architects, Honeywell ile birlikte Integrated Team Solutions

İl	Kanada'daki KÖO hastaneler	Statü Tamamlanma tarihi	Statü Başlama	Süre	Tip	Tahmini maliyet	Gerçek maliyet / Statü	Kâr amaçlı konsorsiyum
	Surrey Outpatient Hospital	Tahmini inşaat tamamlanma tarihi: Nisan 2011	RFQ tarihi: Mart 21, 2007	30 yıl	DBFM	\$239.1 milyon	İnşaat halinde	Bouygues Bâitment Int'l, HSBC Infrastructure, Ecovert, Bird Construction, Kasian Architecture & Helios Group ile birlikte BCHS Healthcare

Nova Scotia, PEI ve Saskatchewan KÖO hastane alarmında!

Kaynaklar:

CUPE Ontario, Haziran 2009 "Ontario'da Özelleştirilmiş dört KÖO hastane projesi"

Infrastructure Ontario

Partnerships BC

PPP Konseyi: KÖO Royal Ottawa Hastanesi için ON'nin 20 yılda 356 milyon dolar ödeyeceğini söylüyor

PPP Quebec Quebec Genel Denetçisi Kanada Kamu-Özel Ortaklıkları Konseyi (CCPPP)

Aksi belirtilmedikçe tüm maliyetler sermaye (veya inşaat) giderleridir.

Konsorsiyumlar belirtilirken "ile birlikte" ifadesi kullanılmışsa işin içindeki tüm şirketler yazılmıştır.

"Dahil" terimi ise yalnızca seçilmiş şirketlerin verildiği anlamına gelir

EK B- KANADA'DA SEÇİLMİŞ KÖO HASTANELERDE YATAK KAPASİTESİ

Kanada'da seçilmiş KÖO hastanelerde yatak kapasitesi				
İl	Önerilen veya inşaat halinde	Tahmin edilen yatak sayısı	Fiilen mevcut yatak sayısı	Açıklama
New Brunswick	Centracare (psychiatric), South Bay, Saint John	Bilinmiyor	50	Lancaster'daki 1500 yataklı kamu tesisi closed after sold to J.D. Irving'e satıldıktan sonra kapanmıştır. (250)
Ontario	Royal Ottawa (psychiatric)	284	188	
	Brampton William Osler	608	479	İlçe Sağlık Kurulu nüfus artışı gibi nedenlerden dolayı 930 yatak tavsiyesinde (veya yeni 451 yatak) bulunmuşken yeni yatak sayısı sadece 125'tir. Peel Memorial kamu hastanesi kapanmıştır (251)
	Bluewater Health, Sarnia	Belirlenecek	Belirlenecek	Bir yöresel hastane olan Petrolia'daki Charlotte Eleanor Englehart bazı bölümlerini bir KÖO açılırken kapatmıştır (252)
	Niagara Health System (St. Catharines)	400 iken şimdi 375	Belirlenecek	Mevcut Port Colborne, Fort Erie, Niagara-on-the-lake, Niagara Falls, St. Catharines General & Welland kamu hastanelerinde hizmetlerde ve yatak sayısında azaltmaya gidildi (253)
	Sudbury Regional Hospital	507	429	Başka iki yerel kamu hastanesi

Kanada’da seçilmiş KÖO hastanelerde yatak kapasitesi				
İl	Önerilen veya inşaat halinde	Tahmin edilen yatak sayısı	Fiilen mevcut yatak sayısı	Açıklama
				daha kapandı (254)
	Woodstock General	178 iken şimdi 154	Belirlenecek	
	Hamilton Health Sciences, Hamilton General Hosp.-	91	Belirlenecek	(44 yeni yatak)
BC	Abbotsford	300	261 (255)	Daha önce Abbotsford/Mission kamu hastanelerinde 300 yatak bulunuyordu (1991) public hospitals (1991). Abbotsford/Mission yöresinde 1991 ile 2008 arasında nüfus 50 bin artmıştır (256)
	Gordon & Leslie Diamond, Vancouver General, AACC (The Academic Ambulatory Care Centre)	%60 Tıp Fakültesi %20 ticari %20 kamu-özel karma	ER yataklarında 22’den 28’e artış (257)	
	Royal Jubilee, Victoria	401	416	348 milyon dolar karşılığında yatak sayısında sadece 15 artış

Kaynaklar:

CUPE Ontario, Haziran 2009“Ontario’da Özelleştirilmiş dört KÖO hastane projesi”

Infrastructure Ontario

Partnerships BC

PPP Konseyi

DİPNOTLAR

1. Nanos, Nik. (2009, November.) "Canadians overwhelmingly support universal health care; think Obama is on right track in United States." Policy Options. Picard, André. (2009, August 12). "Canadians back 'public solutions' to improve care, poll finds." Globe and Mail.
2. Mackenzie, Hugh. (2004, October). "Financing Canada's Hospitals: Public Alternatives to P3s."
3. Statistics Canada web site. (2010, December 22). This is in comparison to December 2001 when the population was 31,021,000 and December 1956 when Canada's population was 16,081,000.
4. Pollock, Allyson M., Shaoul, Jean and Neil Vickers. (2002, May 18). "Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?" British Medical Journal. 324:1205-1209.; Auerbach, Lewis. Donner, Arthur. Peters, Douglas D., Townson, Monica. And Armine Yalnizyan. (2003, November). "Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will." Canadian Centre for Policy Alternatives. And Pollack, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." The Guardian.
5. (2009, July 4). "PFI deals in recession: Singing the blues." The Economist. Page 22.
6. Hall, David. (2009, January). "A crisis for public-private partnerships (PPPs)?" Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. London. U.K.; Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."; Auditor General of Ontario. (2008). Annual Report. Chapter Three.; Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s).
7. Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s).
8. For examples of anti-P3 lobbying results, see page 10-12 of document.
9. La Coalition CHU sans PPP. (2009, June 9). "Non aux PPP pour les hôpitaux universitaires!" CNW group, web site. And Marie-Eve Rancourt (2010, November). "Coalition Against User Fees and the Privatization of Public Services."
10. Mehra, Natalie. (2007, December 10). The Pulse: Update: Brampton P3 Hospital Target of Massive Community Unrest. Ontario Health Coalition.
11. BC Health Coalition Web site. <http://www.bchealthcoalition.ca/content/view/86/30/> (2009, December 11).
12. Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." Canadian Medical Association Journal.
13. Canadian Health Services Research Foundation. (2004, March). "Myth: For-Profit Ownerships of Facilities Would Lead to a More Efficient Healthcare System." In Armstrong, Pat and Hugh Armstrong. (2008). About Canada: Health Care. Fernwood Publishing. Page 123.
14. Block, Sheila. (2008, May). "From P3s to AFPs: New Branding But Same Bad Deal." Ontario Alternative Technical Paper Five. CCPA. RNAO.
15. Pollock, Allyson M., Shaoul, Jean and Neil Vickers. (2002, May 18). "Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?" British Medical Journal. 324:1205-1209.

16. Pollock, Allyson M., Shaoul, Jean and Neil Vickers. (2002, May 18). "Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?" *British Medical Journal*. 324:1205-1209.; Auerbach, Lewis. Donner, Arthur. Peters, Douglas D., Townson, Monica. And Armine Yalnizyan. (2003, November). "Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will." Canadian Centre for Policy Alternatives. And Pollack, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." *The Guardian*.
17. Pollock, Allyson M., Shaoul, Jean and Neil Vickers. (2002, May 18). "Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?" *British Medical Journal*. 324:1205-1209.
18. Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." *Canadian Medical Association Journal*. And Silversides, Ann. (2008, November 3). "Public-private partnerships, part 2: calculations of risk." *Canadian Medical Association Journal*. 179 (10). And Wikipedia. Centracare hospital, New Brunswick, downloaded August 14, 2009.
19. Adam, Mohammed. (2009, January 26). "Audit on Royal Ottawa sought; Same group that built centre blasted by auditor over Brampton hospital costs." *The Ottawa Citizen*. And Wikipedia. Centracare hospital, New Brunswick, downloaded August 14, 2009.
20. Canadian Council for Public Private Partnerships web site. November 2009.
21. Gordon, Sean. (2010, August 18). "Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital..." *The Globe and Mail*.
22. Ravensbergen, Jan. (2010, June 18). "Jewish General to build new ER by 2012." *The Gazette*.
23. Roy, Johanne. (2010, June 22). "The CHUQ wants to drop the PPP." *Health News*.
24. Georgetti, Ken. (2009, April.) "Public-private partnerships fail to deliver." *Public Values. Infrastructure Ontario web site*. (2009, November 23).
25. CUPE National. (2007, January 3). Activists score P3 hospital win. (www.cupe.ca). (downloaded September 15, 2008).
26. Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." *Canadian Medical Association Journal*.
27. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 110.
28. CUPE. (2007, September 27). "Cleaning won't be privatized in Okanagan hospital P3s." cupe.ca.
29. Partnerships BC web site. (2009, November.)
30. HEU *Guardian*. (2008, Spring). "North Island coalition scores recent victory."
31. Whitfield, Dexter. (2008, October). "Privatisation and P3s in Britain: Impacts and Strategies." CUPE, New Brunswick conference presentation.
32. *Public Private Finance*. (2008, January/2007, December.) "Mixed fortunes for hospital schemes."
33. Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." *Canadian Medical Association Journal*.
34. Larocque, Sylvain. (2010, May 4). "Bombardier questioned the viability of PPP." *La Presse*.
35. Edwards, Chris. (2009, June). "Private Gain and Public Loss; the Private Finance Initiative (PFI) and the Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH); a Case

- Study." University of East Anglia.; Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." Canadian Medical Association Journal.; Silversides, Ann. (2008, November 3). "Public-private partnerships, part 2: calculations of risk." Canadian Medical Association Journal. 179 (10).; Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."; (2009, July 4). "PFI deals in recession: Singing the blues." The Economist. Page 22.; Pollack, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." The Guardian. ; Cuthbert, Jim and Margaret Cuthbert (2008, March). "The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected Returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes".; Hellowell, Mark. (2008). "Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment." The Centre for International Public Health Policy.; Gosling, Paul. (2008, September). "The rise of the "public services industry". UNISON.; Auditor General of Ontario. (2008). Annual Report. Chapter Three.; Hall, David. (2009, January). "A crisis for public-private partnerships (PPPs)?" Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. London. U.K.; Ontario Health Coalition. (2008, June 6). Cost Comparison Analysis of P3 Projects. http://www.web.net/ohc/June_6_report_cost_comparisons_Peterborough_and_P3s.pdf (downloaded Oct. 15, 2008); Health Coalition. (2008, August 28). "Leaflet: All that glitters is NOT gold...". Web site.; Corrigan, Kathy and Richard Neal. (2007, September 18). "Health Public-Private-Partnerships." BC Health Coalition, web site.; Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s).; Ross, Thomas. (2008, November 18-25). "One pro and three cons in the P3 debate." Business in Vancouver. Issue 995.; Public Private Finance. (2008, January/2007, December.) "Most PFI projects off balance sheet."; Ontario Federation of Labour (OFL). (2008, September 17). Presentation to the Standing Committee on Government Agencies Infrastructure Ontario Agency Review by the OFL. http://ofl.ca/uploads/library/briefs_submissions/Presentation_-_Standing_Ctte_on_Government_Agencies_-_FINAL_-_2008.09_.16_.pdf (downloaded October 20, 2008).; HEU. (2005, December). HEU Report on the Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre "Achieving Value for Money" Report.; and Canadian Health Services Research Foundation. (2004, March). "Myth: For-Profit Ownerships of Facilities Would Lead to a More Efficient Healthcare System."
36. Pollock, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." The Guardian. And Pollock, Allyson M., Shaoul, Jean and Neil Vickers. (2002, May 18). "Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?" British Medical Journal. 324:1205-1209
 37. Pollock, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." The Guardian. Jim Cuthbert is a former Scottish Office Chief Statistician, while Margaret Cuthbert is a former Glasgow University lecturer in economics.
 38. Auditor General of Québec. (2010, June). "Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centers: Highlights."

39. Auditor General of Ontario. (2008). Annual Report. Chapter Three. And Ontario Health Coalition. (2008, December 8). "Health Coalition Vindicated in Auditor General Report".
40. Brampton Health Coalition. (2007, December 9). What is happening to Brampton's hospital? <http://www.web.net/ohc/Brampton%20leaflet%20december9.pdf> (downloaded October 15, 2008).
41. Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology." And Gilbert, Richard. (2009, February 25). "CUPE study finds P3s more expensive." *Journal of Commerce*.
42. Auditor General of Québec. (2009). Modernization projects of Montreal's University Health Centres. And Healthcare Management Forum, Winter 2007 in Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." *Canadian Medical Association Journal*.
43. Dougherty Kevin. (2010, March 18). "Quebec pushes ahead with superhospitals as PPPs; Province on hook for \$5 M after key bidder drops out." *Montreal Gazette*.
44. Ontario Health Coalition. (2008, June 6). Cost Comparison Analysis of P3 Projects. http://www.web.net/ohc/June_6_report_cost_comparisons_Peterborough_and_P3s.pdf (downloaded Oct. 15, 2008)
45. CUPE Backgrounder. "Four Privatized P3 Ontario Hospital Projects." (2009, June).
46. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.
47. Adam, Mohammed. (2009, January 26). "Audit on Royal Ottawa sought; Same group that built centre blasted by auditor over Brampton hospital costs." *The Ottawa Citizen*.
48. Ontario Health Coalition (2005) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.
49. Pollack, Allyson and David Price. (2010, November 4). "Stop protecting PFI contracts." *The Guardian*.
50. Mooney, Helen. (2010, June 18). "News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money." *British Medical Journal*. 340:c3277.
51. Pollack, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." *The Guardian*. And Cuthbert, Jim and Margaret Cuthbert (2008, March). "The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected Returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes".
52. Hellowell, Mark. (2008). "Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment." *The Centre for International Public Health Policy*.
53. Mooney, Helen. (2010, June 18). "News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money." *British Medical Journal*. 340:c3277.
54. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.

55. Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."
56. Auditor General of Ontario. (2008). Annual Report. Chapter Three. Ontario Health Coalition. (2008, December 8). "Health Coalition Vindicated in Auditor General Report".
57. Hall, David. (2009, January). "A crisis for public-private partnerships (PPPs)?" Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. London. U.K.
58. Buck, Joan Juliet. (2009, April). "Noami Klein: 'The Wall Street Bailout is the Greatest Heist in Monetary History'. Wowowow.
59. Québec Auditor General in Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s). page 14-15.
60. Hamel, Pierre J. (2010, March 3). "Un hospital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal in Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hotel-Dieu de Québec: PPP too risky." Cyberpress.ca.
61. Critchley, Barry. (2010, May 25). "P3 backs research centre." National Post.
62. Georgetti, Ken. (2009, April.) "Public-private partnerships fail to deliver." Public Values. Nagel, Jeff. (2009, February 27). "Province jettisons P3 model for Port Mann Bridge rebuild." Metrovalley Newspaper Group. Surrey North Delta Leader.
63. Fowle, Jonathan and Kelly Sinoski. (2008, October 9). "Local large-scale projects feel shock of global credit crisis." The Vancouver Sun.
64. Nagel, Jeff. (2008, October 11). "Credit crunch raises questions." MetroValley Newspaper Group.
65. Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s). page 14.
66. Sandborn, Tom. (2008, November 12). "Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits." TheTyee.ca.
67. (2009, July 4). "PFI deals in recession: Singing the blues." The Economist. Page 22.
68. Gaffney, Declan. Pollock, Allyson M. Price, David. Shaoul, Jean. (1999, July 10). "PFI in NHS-is there an economic case?" Vol. 319 British Medical Journal.
69. Gosling, Paul. (2008, September). "The rise of the "public services industry": A report for UNISON." UNISON.
70. Silversides, Ann. (2008, November 3). "Public-private partnerships, part 2: calculations of risk." Canadian Medical Association Journal. 179 (10).
71. Hall, David. (2009, January). "A crisis for public-private partnerships (PPPs)?" Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. London. U.K.; Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."; Auditor General of Ontario. (2008). Annual Report. Chapter Three.; Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s).
72. Mackenzie, Hugh. (2009, June). Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s).
73. Hellowell, Mark. (2009, August 6). "Saved from the scrap heap." Public Finance.
74. Earls, John et al. (2007, January). Valuing Public Services. Amicus. The Union. Page 24.
75. Sandborn, Tom. (2008, November 12). "Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits." TheTyee.ca.

76. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.
77. Whitfield, Dexter. (2009, December 10). "Profiteering from public private partnerships." www.guardianpublic.co.uk.
78. Critchley, Barry. (2010, July 13). "Some history made in the debt markets." *National Post*.
79. Critchley, Barry. (2010, May 25). "P3 backs research centre." *National Post*.
80. Noël, André. (2010, May 29). "CRCHUM: PPP will cost 320 million more." *La Presse*.
81. Middlemiss, Jim. (2010, December 1). "Public accepts P3 deals; Survey bodes well for infrastructure lawyers." *National Post*.
82. Supreme Court of Canada – Decisions – *Mochinski v. Trendline Industries Ltd.* [1997] 3 S.C.R. 1176
83. Auerbach, Lewis. Donner, Arthur. Peters, Douglas D., Townson, Monica. And Armine Yalnizyan. (2003, November). "Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don't Work, and What Will." *Canadian Centre for Policy Alternatives*.
84. HEU. (2005, December). *HEU Report on the Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre "Achieving Value for Money" Report. Executive Summary*. For more on the failings of P3 business cases, see *The Case against Public-Private Partnership (P3) Financing for Public Infrastructure, Recent Research, April 2008, CUPE Research, Alberta, www.cupeab.ca*
85. Whitfield, Dexter. (2009, December 10). "Profiteering from public private partnerships." www.guardianpublic.co.uk.
86. Whitfield, Dexter. (2010). *Global Auction of Public Assets*. Spokesman. England. p. 312.
87. *Risky Business II*. (2007, November). *OPSEU Local 479*.
88. Silversides, Ann. (2008, November 3). "Public-private partnerships, part 2: calculations of risk." *Canadian Medical Association Journal*. 179 (10).
89. Whitfield, Dexter. (2009, December 10). "Profiteering from public private partnerships." www.guardianpublic.co.uk.
90. Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute.
91. Kelton, Greg. (2008, September 19). "Hospital construction advisors to cost \$17 m." www.news.com.au/adelaidenow.
92. Auditor General of Ontario. (2008). *Annual Report. Chapter Three*
93. Melnitzer, Julius. (2010, December 1). "The pipeline of P3 deals may slow: Unease appears." And Jim Middlemiss. "Public accepts P3 deals; Survey bodes well for infrastructure lawyers." *National Post*.
94. Auditor General of Québec. (2010, June). "Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centers: Highlights."
95. Davies, Peter. (2010, July 20). "Hard times: is this the end of the road for the private finance initiative?" *British Medical Journal*. 341:c3828.
96. Mooney, Helen. (2010, June 18). "News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money." *British Medical Journal*. 340:c3277.
97. UNISON. (2009, June). "Reclaiming the Initiative: Putting the Public Back into PFI."

98. Hall, David. (2009, January). "A crisis for public-private partnerships (PPPs)?" Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. London. U.K.
99. Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA). (2009). *Alternative Federal Budget 2009: Beyond the Crisis*. CCPA.
100. Association of Canadian Academic Healthcare Organizations and Canadian Healthcare Association. (2008). "Innovative Health Infrastructure."
101. Association of Canadian Academic Healthcare Organizations and Canadian Healthcare Association. (2008). "Innovative Health Infrastructure."
102. British Columbia Health Coalition et al. (2005, December). "Re-establishing a Federal Role in Hospital Infrastructure Finance." Discussion Paper
103. Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA). (2009). *Alternative Federal Budget 2009: Beyond the Crisis*. CCPA. And Stanford, Jim. (2003, November 28). "Paul Martin, the Deficit, and the Debt: Taking Another Look". *Alternative Federal Budget 2004*. CCPA.
104. Mackenzie, Hugh. (2009, June). *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
105. Elledge, John. (2008, January/2007, December). "What are they hiding? There is so much secrecy over PFI contracts that no-one knows if they make financial sense – perhaps not even the government. Why aren't things more open?" *Public Private Finance*.
106. Burger, Philippe et al. (2009, July). "The Effects of the Financial Crisis on Public-Private Partnerships." International Monetary Fund (IMF) Working Paper.
107. Ontario Health Coalition. (2007, June 18). *North Bay Hospital Cover-up Tactics*. <http://www.web.net/~ohc/P3s/MediaReleaseNorthBayHughMackenzie.pdf> (downloaded October 17, 2008) and . Ontario Health Coalition. (2007, May 9). "Brampton P3 Hospital: Disclosed Documents on Costs Background".
108. Burgess, David F. and Jenkins, Glenn P. (editors) (2009). *Discount Rates for Evaluation of Public Private Partnerships*. and Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 72.
109. Auditor General of Québec. (2010, June). "Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centers: Highlights."
110. Auditor General of Québec. (2009, November 18). "The Auditor General of Québec presents the conclusions of his watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centres – Public-private partnerships (PPP) Press release no. 5". Dougherty, Kevin. (2009, November 20). "PPP hospitals go ahead; Quebec auditor-general warned that cost-evaluation process was flawed." *Montreal Gazette*. Dougherty, Kevin. (2009, November 10). "Recommendation for PPP superhospitals was skewed: auditor-general." *Montreal Gazette*.
111. Auditor General of Ontario. (2008). *Annual Report*. Chapter Three. Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."; Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance. The Columbia Institute.
112. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 108.

113. Auerbach (2007) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 108.
114. The discount rate makes the P3 appear less expensive mainly because the P3 is suppose to take over all risks associated with the project (or as the specific contract outlines). Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology." Prepared for CUPE.
115. Shaffer, Marvin. (2009, November). "Review of Partnerships BC's Methodology for Quantitative Procurement Options: Discussion Draft – August 2009. Prepared for the Canadian Union of Public Employees."
116. Murray (2006) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 110.
117. Davis, Heather Greenwood. (2008, May 30) "P3 in the balance: Weighing the pros and cons of private-public-partnerships". L'expert (Report on Business).; Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance. The Columbia Institute.
118. Shaffer, Marvin. (2009, November). "Review of Partnerships BC's Methodology for Quantitative Procurement Options: Discussion Draft – August 2009. Prepared for the Canadian Union of Public Employees."
119. Auditor General of Québec. (2009, November 18). "The Auditor General of Québec presents the conclusions of his watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centres – Public-private partnerships (PPP) Press release no. 5". Dougherty, Kevin. (2009, November 20). "PPP hospitals go ahead; Quebec auditor-general warned that cost-evaluation process was flawed." *Montreal Gazette*. Dougherty, Kevin. (2009, November 10). "Recommendation for PPP superhospitals was skewed: auditor-general." *Montreal Gazette*.
120. Auditor General of Québec. (2010, June). "Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centers: Highlights."
121. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 108.
122. Murray (2006) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 110.
123. Whitfield, Dexter. (2009, December 10). "Profiteering from public private partnerships." www.guardianpublic.co.uk.
124. Murray (2006) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 110.
125. Dougherty, Kevin. (2010, March 18). "Quebec pushes ahead with superhospitals as PPPs; Province on hook for \$5M after key bidder drops out." *Montreal Gazette*.
126. Hamel, Pierre J. (2010, March 3). "Un hospital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal in Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hotel-Dieu de Québec: PPP too risky." Cyberpress.ca.

127. Schachter, Harvey. (2009, Jan/Feb). The Polarizing Potential of PPPs. Canadian Healthcare Manager.
128. Gosling, Paul. (2008, September). "The rise of the "public services industry". UNISON. and Milne, Seumas. (2009, July 1). "A culture of corruption has seeped far into government." The Guardian.
129. Auditor General of Québec. (2010, June). "Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centers: Highlights."
130. Lacoursière, Ariane. (2010, December 22.) "CHUM PPP: the neutrality of the group questioned." La Presse.
131. Gilbert, Richard. (2009, July 15). "Alberta study recommends limited use of public private partnerships." Daily Commercial News and Construction Record.; Weatherbe, Steve. (2008, June 16). "The Construction Industry's Case Against P3s." The Business Examiner. Vancouver.; BC Health Coalition. (2008, October 8). "The corporation behind Abbotsford's new Hospital.;" Davis, Heather Greenwood. (2008, May 30) "P3 in the balance: Weighing the pros and cons of private-public-partnerships". L'expert (Report on Business).; and Ramsay, Charles-Albert. "Engineers. The PPP formula requires everybody to adapt themselves to it." Les Affaires. Issues. Saturday, September 6, 2008: 66 (translated to English from French).
132. Armstrong, Pat, Hugh Armstrong and Krista Scott-Dixon. (2008). Critical to Care: The Invisible Women in Health Services. University of Toronto Press.; UNISON. (2008, July). Migrant workers exploited on PFI site. Positively Public Briefing.; Pollak, Nancy. Cohen, Marcy. Stinson, Jane. (2005, April 27). The Pains of Health Care Privatization. Canadian Centre for Policy Alternatives.; Armstrong, Pat and Hugh Armstrong. (2008). About Canada: Health Care. Fernwood Publishing.
133. Gilbert, Richard. (2009, July 15). "Alberta study recommends limited use of public private partnerships." Daily Commercial News and Construction Record.
134. Weatherbe, Steve. (2008, June 16). "The Construction Industry's Case Against P3s." The Business Examiner. Vancouver.
135. BC Health Coalition. (2008, October 8). "The corporation behind Abbotsford's new Hospital."
136. Ramsay, Charles-Albert. "Engineers. The PPP formula requires everybody to adapt themselves to it." Les Affaires. Issues. Saturday, September 6, 2008: 66 (translated to English from French).
137. Express and Star. (2008, October 9). "Carillion's delight at 205m boost." (www.expressandstar.com)
138. Ontario Association of Architects in Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute.
139. Les Affaires. (2008, September 6). "Mega-Hospitals "Carbon Copies" from England?"
140. Melnitzer, Julius. (2010, December 1). "The pipeline of P3 deals may slow; Unease appears." National Post.
141. Pollock in Sandborn, Tom. (2008, November 12). "Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits." TheTyee.ca.
142. Ontario Health Coalition. (2008, January 7). When Public Relations Trump Public Accountability. Page 31 <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (downloaded Oct. 15, 2008).

143. Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." Canadian Medical Association Journal.
144. CUPE National (2008, August 26.) BC hospitals lose 'unsung heroes' to privatization. <http://cupe.ca/health-care/BC-hospitals-lose-un> (downloaded October 1, 2008).
145. Sandborn, Tom. (2008, November 12). "Top Private Health Player in BC Slammed for 'Windfall' Profits." TheTyee.ca.
146. Hellowell, Mark. (2008). "Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment." The Centre for International Public Health Policy.
147. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 110.
148. Whitfield, Dexter. (2009, December 10). "Profiteering from public private partnerships." www.guardianpublic.co.uk.
149. Whitfield, Dexter. (2008, October). "Privatisation and P3s in Britain: Impacts and Strategies." CUPE, New Brunswick conference presentation.
150. UNISON. (2008, July). Migrant workers exploited on PFI site. Positively Public Briefing.
151. Ontario Health Coalition. (2008, January 7). When Public Relations Trump Public Accountability. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (downloaded Oct. 15, 2008) page 9.
152. Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." Canadian Medical Association Journal.
153. CUPE National. (2007, January 3). Activists score P3 hospital win. (www.cupe.ca). (downloaded September 15, 2008).
154. CUPE. (2007, September 27). "Cleaning won't be privatized in Okanagan hospital P3s."
155. Armstrong, Pat and Hugh Armstrong. (2008). About Canada: Health Care. Fernwood Publishing. Page 126. And BC Health Coalition. (2005, February.) Fact Sheet on Health Care Privatization in BC. www.bchealthcoalition.ca.
156. Pollak, Nancy. Cohen, Marcy. Stinson, Jane. (2005, April 27). The Pains of Health Care Privatization. Canadian Centre for Policy Alternatives.
157. Armstrong, Pat and Hugh Armstrong. (2008). About Canada: Health Care. Fernwood Publishing. Page 130. And OPSEU Local 479. (2007, June 22). Risky Business: The Royal Ottawa Mental Health Centre: Ontario's first P3 hospital and OPSEU Local 479. (2007, November). Risky Business II: Hidden costs, security breaches, poor design, two-tier delivery and very expensive water: one year later at the secretive Royal Ottawa Mental Health Centre, Ontario's first P3 Hospital.
158. Statistics Canada. (2008). Labour Force Historical Review.
159. Armstrong, Pat, Hugh Armstrong and Krista Scott-Dixon. (2008). Critical to Care: The Invisible Women in Health Services. University of Toronto Press. Page 41.
160. UNISON. (2008, July). Migrant workers exploited on PFI site. Positively Public Briefing.
161. Alberta Federation of Labour. (2009). Temporary Foreign Workers: Entrenching Exploitation.
162. Pollak, Nancy. Cohen, Marcy. Stinson, Jane. (2005, April 27). The Pains of Health Care Privatization. Canadian Centre for Policy Alternatives.
163. Armstrong, Pat and Hugh Armstrong. (2008). About Canada: Health Care. Fernwood Publishing. Page 127.

164. Auditor General of Ontario. (2008). Annual Report. Chapter Three.
165. HEU. (2005, December). HEU Report on the Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre “Achieving Value for Money” Report. Executive Summary.
166. Canadian Health Services Research Foundation. (2004, March). “Myth: For-Profit Ownerships of Facilities Would Lead to a More Efficient Healthcare System.” In Armstrong, Pat and Hugh Armstrong. (2008). About Canada: Health Care. Fernwood Publishing. Page 123.
167. Silversides, Ann. (2008, November 3). “Public-private partnerships, part 2: calculations of risk.” Canadian Medical Association Journal. 179 (10). And Grande Prairie Daily Herald-Tribune (Alberta). (2008, March 5). “New hospital won’t be a P3 project; PCH board pleased to hear from premier that facility will be built in a traditional manner.”
168. Mehra, Natalie. (2007, December 10). The Pulse: Update: Brampton P3 Hospital Target of Massive Community Unrest. Ontario Health Coalition.
169. Shrybman (2007) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 109.
170. Schachter, Harvey. (2009, Jan/Feb). The Polarizing Potential of PPPs. Canadian Healthcare Manager.
171. Pollock in Silversides, Ann. (2008, November 3). “Public-private partnerships, part 2: calculations of risk.” Canadian Medical Association Journal. 179 (10).
172. Shrybman (2007) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 109.
173. NAFTA is the North American Free Trade Agreement, while GATS is the General Agreement on Trades and Services.
174. Shrybman, Steven. (2002). “Public-Private Partnerships: Assessing the Risks Associated with International Investment and Services Treaties.” in Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute. Page 68.
175. Armstrong, Pat, Hugh Armstrong and Krista Scott-Dixon. (2008). Critical to Care: The Invisible Women in Health Services. University of Toronto Press. Page 77 and 44.
176. Pollak, Nancy. Cohen, Marcy. Stinson, Jane. (2005, April 27). The Pains of Health Care Privatization. Canadian Centre for Policy Alternatives.
177. Carvel, John. (2008, February 5). “Hospital gets censure for serious breach of hygiene code.” The Guardian.
178. Harris, John. (2009, July 28). “We’re outsourcing the future..” The Guardian.
179. Mehra (2005) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.
180. Risky Business II. (2007, November). OPSEU Local 479.
181. OPSEU Local 479. (2007, June 22). Risky Business: The Royal Ottawa Mental Health Centre: Ontario’s first P3 hospital and OPSEU Local 479. (2007, November). Risky Business II: Hidden costs, security breaches, poor design, two-tier delivery and very expensive water: one year later at the secretive Royal Ottawa Mental Health Centre, Ontario’s first P3 Hospital.
182. Watkinson, Brian. (2008, April). “P3s For You and Me?” Canadian Architect.

183. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.
184. McKee et al. (2006) in Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 111.
185. Auditor General of Québec. (2010, June). "Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centers: Highlights."
186. Auditor General of Québec. (2009, November 18). "The Auditor General of Québec presents the conclusions of his watch over the projects to modernize Montréal's University Health Centres – Public-private partnerships (PPP) Press release no. 5". Dougherty, Kevin. (2009, November 20). "PPP hospitals go ahead; Quebec auditor-general warned that cost-evaluation process was flawed." *Montreal Gazette*. Dougherty, Kevin. (2009, November 10). "Recommendation for PPP superhospitals was skewed: auditor-general." *Montreal Gazette*.
187. Watkinson, Brian. (2008, April). "P3s For You and Me?" *Canadian Architect*.
188. Ramsay, Charles-Albert. "Engineers. The PPP formula requires everybody to adapt themselves to it." *Les Affaires. Issues. Saturday, September 6, 2008*: 66 (translated to English from French).
189. Ramsay, Charles-Albert. "Engineers. The PPP formula requires everybody to adapt themselves to it." *Les Affaires. Issues. Saturday, September 6, 2008*: 66 (translated to English from French).
190. Roy, Johanne. (2010, June 22). "The CHUQ wants to drop the PPP." *Health News*.
191. Hamel, Pierre J. (2010, March 3). "Un hospital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal in Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hotel-Dieu de Québec: PPP too risky." *Cyberpress.ca*.
192. Ontario Association of Architects in Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute.
193. Schachter, Harvey. (2009, Jan/Feb). *The Polarizing Potential of PPPs*. *Canadian Healthcare Manager*.
194. Farrow, Tye S. and Stephen M. Black. (2009). "Infection Prevention and Control in the Design of Healthcare Facilities." *Healthcare Papers: New Models for the New Healthcare*.
195. Roy, Johanne. (2010, June 22). "The CHUQ wants to drop the PPP." *Health News*.
196. Hamel, Pierre J. (2010, March 3). "Un hospital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal in Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hotel-Dieu de Québec: PPP too risky." *Cyberpress.ca*.
197. Association of Canadian Academic Healthcare Organizations and Canadian Healthcare Association. (2008). "Innovative Health Infrastructure."
198. Watkinson, Brian. (2008, April). "P3s For You and Me?" *Canadian Architect*.
199. Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute. Page 82.

200. Aubin, Henry. (2008, November 13). "PQ's record on CHUM hospital is hardly reason to boast; Marois is right to criticize Charest's handling of the file, but hers wasn't much better." *Montreal Gazette*.
201. Hamel, Pierre J. (2010, March 3). "Un hospital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal in Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hotel-Dieu de Québec: PPP too risky." *Cyberpress.ca*.
202. Zajac, Ronald. (2009, July 4). "Nurses union concerned about health centre closure." *The Kingston Whig-Standard*.
203. Zajac, Ronald. (2009, July 4). "Nurses union concerned about health centre closure." *The Kingston Whig-Standard*.
204. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 107.
205. BC Health Coalition. (2008, August 28). "Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget."; and Ontario Health Coalition. (2008, January 7). *When Public Relations Trump Public Accountability*. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (downloaded Oct. 15, 2008)
206. Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg. p. 109.
207. Whitfield, Dexter. (2009, December 10). "Profiteering from public private partnerships." www.guardianpublic.co.uk.
208. Ontario Health Coalition (2009, January 31). "Lessons from Niagara Health System Restructuring Plan and Process." Ontario Health Coalition web site.; *The Times*, Fort Erie. (2009, July 13). "Toll-free hospital complaint line launched this week." And McMurrin, Fiona. (2009, May 18). "Video of protest, arrests at Ontario hospital raises questions." *Public Values*. Web site.
209. Ontario Health Coalition (2009, January 31). "Lessons from Niagara Health System Restructuring Plan and Process." Ontario Health Coalition web site.
210. McMurrin, Fiona. (2009, May 18). "Video of protest, arrests at Ontario hospital raises questions." *Public Values*. Web site.
211. HEU Guardian. (2008, Spring). "North Island coalition scores recent victory."
212. Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance. The Columbia Institute.
213. Derfel, Aaron. (2009, December 9). "Superhospital's cost might double; Projected at \$800M in the 1990s; MUHC dismisses report of soaring price tag as rumour." *Montreal Gazette*.
214. Gordon, Sean. (2010, August 18). "Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital..." *The Globe and Mail*.
215. Roy, Johanne. (2010, June 22). "The CHUQ wants to drop the PPP." *Health News*.
216. Mackenzie, Hugh. (2004, October). "Financing Canada's Hospitals: Public Alternatives to P3s."
217. Vogel, Lauren. (2010, June 17). "Quebec Auditor General again slags public-private partnerships." *Canadian Medical Association Journal*.
218. *Voice of America news*. (2009, August 14). "Obama Takes Health care reform message to Western US."

219. The Canadian Council for Public-Private Partnerships. (2000, 2001). 100 Projects: Selected P3s Across Canada. Abstracts. Co-sponsored by Industry Canada.
220. Jaques, Tim. (2007, December 12). "New psych hospital coming." Tribune NB.
221. Canadian Council for Public Private Partnerships. (2011, January 3). Web site database. Most information in tables comes from this web site unless otherwise noted.
222. Gordon, Sean. (2010, August 18). "Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital..." The Globe and Mail.
223. (2010, November 30). "CHUM: Quebec still committed to a PPP." www.cyberpress.ca.
224. Auditor General of Québec. (2009) "Modernization projects of Montreal's University Health centres. Highlights."
225. Critchley, Barry. (2010, May 25). "P3 backs research centre." National Post.
226. Roy, Johanne. (2010, June 22). "The CHUQ wants to drop the PPP." Health News.
227. Gordon, Sean. (2010, August 18). "Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital..." The Globe and Mail.
228. Gordon, Sean. (2010, August 18). "Charest unveils billion-dollar revamp of children's hospital..." The Globe and Mail.
229. Auditor General of Québec. (2009) "Modernization projects of Montreal's University Health centres. Highlights."
230. Ravensbergen, Jan. (2010, June 18). "Jewish General to build new ER by 2012." The Gazette.
231. For capital alone. \$3 billion plus with the privatized service costs and interest. Ontario Health Coalition. (2008, June 6). New Public Peterborough Hospital Opening Sunday: OHC Report Shows Costs Dramatically Lower than P3 Hospitals.
232. Toronto Star. (2003, May 10). "Hospital blazes a trail in complex care."
233. Hendry, Luke. (2011, January 4). "With red ink history, QHC looks to 2011." The Belleville Intelligencer.
234. Stewart, John. (2009, May 8). "Exciting day as Trillium opens new wing." Metroland-Mississauga Division.
235. Dobson, Cathy. (2010, June 29). "New era in local health care." The Sarnia Observer.
236. Bluewater Health Web site, January 2006.
237. Dobson, Cathy. (2010, June 29). "New era in local health care." The Sarnia Observer.
238. London Free Press. (2005, October 28). "Financing of Oxford hospital faces vote."
239. Calis, Kristen. (2011, Feb. 18). "Ajax-Pickering hospital officially expands." Pickering News Advertiser.
240. Nease, Kristy. (2010, June 12). "Montfort Hospital bigger and stronger; \$300M health-care expansion complete." Ottawa Citizen.
241. Nease, Kristy. (2010, June 12). "Montfort Hospital bigger and stronger; \$300M health-care expansion complete." Ottawa Citizen.
242. Hewitt, Katie. (2010, September 3). "Sunnybrook opens \$188-million maternity wing." The Globe and Mail.
243. Toth, Christina. (2008, September 12). "Time for patients, not patience; Two-decade waiting game is over.." Abbotsford Times.
244. BC Health Coalition. (2008, August 28). "Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget."

245. Blair, Mackay and Mynett. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology." Prepared for CUPE BC. (Ron Parks and Rosanne Terhart)
246. Gilbert, Richard. (2009, February 25). "CUPE study finds P3s more expensive." *Journal of Commerce*.
247. (2011, February 22). "Open houses planned at Royal Jubilee tower." *Times Colonist* (Victoria).
248. McCracken, Erin. (2010, December 31). "2011: Year of ballots..." *Victoria News*.
249. (2011, February 22). "Open houses planned at Royal Jubilee tower." *Times Colonist* (Victoria).
250. Wikipedia. (2009, August.) *Centracare* (hospital). And *The Canadian Council for Public-Private Partnerships*. (2000, 2001). *100 Projects: Selected P3s Across Canada*. Abstracts. Co-sponsored by Industry Canada.
251. Ontario Health Coalition. (2008, January 7). "Specifics of cost overruns, service cuts and cover-up in the Brampton Hospital P3." *Public Values*.
252. Dobson, Cathy. (2010, July 10). "Bradley blasts LHIN for ER cuts at Petrolia's CEE." *The London Free Press*.
253. Ontario Health Coalition. (2008, November). *Risky Promises, Uncertain Future: Preliminary Analysis of Plans for Centralization of Hospital Services in Niagara: Discussion Paper*.
254. Bradley, Lara. (2009, December 15). "Sudbury hospital gets welcome funds." *The Sault Star*.
255. BC Health Coalition. (2008, August 28). "Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget."
256. BC Health Coalition. (2008, August 28). "Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget."
257. VGH and UBC Hospital Foundation. (2007, July 16). "Overhaul of Vancouver General Hospital Emergency Department Complete."
258. Watts, Richard. (2011, January 15). "Patients flood island hospitals." *Times Colonist* (Victoria).

KAYNAKLAR

- Auditor General of Ontario. (2008). *Annual Report*. Chapter Three.
- Auditor General of Québec. (2010, June). “Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2010-2011: Special report dealing with the watch over the projects to modernize Montréal’s University Health Centers: Highlights.”
- Auditor General of Québec. (2009, November 18). “The Auditor General of Québec presents the conclusions of his watch over the projects to modernize Montréal’s University Health Centres – Public-private partnerships (PPP) Press release no. 5”.
- Auerbach, Lewis. Donner, Arthur. Peters, Douglas D., Townson, Monica. And Armine Yalnizyan. (2003, November). “Funding Hospital Infrastructure: Why P3s Don’t Work, and What Will.” *Canadian Centre for Policy Alternatives*.
- BC Health Coalition. (2008, August 28). “Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget.”
- Canadian Council for Public Private Partnerships web site
- *Canadian Health Services Research Foundation*. (2004, March). “Myth: For-Profit Ownerships of Facilities Would Lead to a More Efficient Healthcare System.”
- Cuthbert, Jim and Margaret Cuthbert (2008, March). “The Implications of Evidence Released Through Freedom of Information on the Projected Returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and Certain Other PFI Schemes”
- Edwards, Chris. (2009, June). “Private Gain and Public Loss; the Private Finance Initiative (PFI) and the Norfolk and Norwich University Hospital (NNUH); a Case Study.” *University of East Anglia*.
- Elledge, John. (2008, January/2007, December). “What are they hiding? There is so much secrecy over PFI contracts that no-one knows if they make financial sense – perhaps not even the government. Why aren’t things more open?” *Public Private Finance*.
- Fussell, Heather and Charley Beresford. (2009, June). *Public-Private Partnerships: Understanding the Challenge*. The Centre for Civic Governance – an initiative of the Columbia Institute.
- Gilbert, Richard. (2009, February 25). “CUPE study finds P3s more expensive.” *Journal of Commerce*.
- Hall, David. (2009, January). “A crisis for public-private partnerships (PPPs)?” Public Services International Research Unit (PSIRU), University of Greenwich. London. U.K.
- Hamel, Pierre J. (2010, March 3). “Un hospital en partenariat public-privé (PPP): un pari trop risqué » National Institute of Scientific Research (INRS). Montréal in Gaudreau, Valérie. (2010, March 3). « Hotel-Dieu de Québec: PPP too risky.” *Cyberpress.ca*.
- Hellowell, Mark. (2008). “Written evidence to the Finance Committee of the Scottish Parliament with regards to its inquiry into the funding of capital investment.” *The Centre for International Public Health Policy*.

- Loxley, John with Salim Loxley. (2010). *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax and Winnipeg.
- Mackenzie, Hugh. (2009, June). *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*.
- Mackenzie, Hugh. (2004, October). "Financing Canada's Hospitals: Public Alternatives to P3s."
- Mooney, Helen. (2010, June 18). "News: Audit Office says government should renegotiate PFI contracts to get better value for money." *British Medical Journal*. 340:c3277.
- Ontario Health Coalition. (2008, January 7). When Public Relations Trump Public Accountability. <http://www.web.net/~ohc/jan08report%20final.pdf> (downloaded Oct. 15, 2008)
- Parks, Ronald H. and Rosanne E. Terhart. (2009, January 5). "Evaluation of Public Private Partnerships: Costing and Evaluation Methodology."
- Pollack, Allyson. (2008, June 11). "Operating profits: It's a myth that the NHS is unaffordable. In reality it is being destroyed by the rush to market." *The Guardian*.
- Ramsay, Charles-Albert. "Engineers. The PPP formula requires everybody to adapt themselves to it." *Les Affaires. Issues*. Saturday, September 6, 2008: 66 (translated to English from French).
- Schachter, Harvey. (2009, Jan/Feb). The Polarizing Potential of PPPs. *Canadian Healthcare Manager*.
- Shaffer, Marvin. (2009, November). "Review of Partnerships BC's Methodology for Quantitative Procurement Options: Discussion Draft – August 2009. Prepared for the Canadian Union of Public Employees."
- Silversides, Ann. (2008, October). "Public-private partnerships, part 1: the next hospital wave." *Canadian Medical Association Journal*. (2008, November 3). "Public-private partnerships, part 2: calculations of risk." *Canadian Medical Association Journal*. 179 (10).
- UNISON. (2009, June). "Reclaiming the Initiative: Putting the Public Back into PFI."
- Watkinson, Brian. (2008, April). "P3s For You and Me?" *Canadian Architect*.
- Whitfield, Dexter. (2010). *Global Auction of Public Assets*. Spokesman. England.

Türk Tabipleri Birliği

GMK Bulvarı Ş. Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 / 17 - 23, 06570 Maltepe - Ankara
Tel: (0 312) 231 31 79 | Faks: (0 312) 231 19 52 | e-posta: ttb@ttb.org.tr | <http://www.ttb.org.tr>

ISBN 978-605-5867-60-7



9 786055 867607