



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ENTEGRE SAĞLIK
KAMPÜSLERİNE (ŞEHİR HASTANELERİ) YÖNELİK
TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Büşra SAYLAN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİNE (ŞEHİR
HASTANELERİ) YÖNELİK TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Büşra SAYLAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans

Ankara, 2022

KABUL VE ONAY

Büşra SAYLAN tarafından hazırlanan "Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması" başlıklı bu çalışma, 25.05.2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK (Başkan)

Doç. Dr. Songül ÇINAROĞLU (Danışman)

Prof. Dr. Gülsün ERİĞÜÇ (Üye)

Prof. Dr. Mehmet TOP (Üye)

Doç. Dr. Özlem ÖZER (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açıktır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

07/06/2022

Büşra SAYLAN

¹ “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

(1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

(2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

(3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Doç. Dr. Songül ÇINAROĞLU** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Büşra SAYLAN

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamın tüm süreçlerinde bilgi ve tecrübesi ile bana rehberlik eden, beraber çalıştığımız süre boyunca hoşgörü ve sabır gösteren, olumlu yaklaşımıyla beni cesaretlendiren ve her zaman öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Songül ÇINAROĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmamın veri toplama sürecinde bana destek ve yardımcı olan Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi çalışanları, hekimleri ve yöneticilerine,

Yüksek Lisans eğitimime başlamamda beni teşvik eden ve her zaman en büyük destekçilerim olan kıymetli babam İshak SAYLAN'a, annem Fatma SAYLAN'a, ablam Rukiye SAYLAN'a ve çalışmamın her aşamasında bana yardımcı olan sevgili kardeşim M. Burak SAYLAN'a teşekkür ederim.

ÖZET

SAYLAN, Büşra. *Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.

Bu çalışmada şehir hastanelerinde görev yapmakta olan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerden elde edilen bulguların meslek grupları ve uzmanlık alanlarına göre, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibarıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapmakta olan 11 üst düzey yönetici ve 185 uzman hekime yüz yüze anket uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda; üst düzey yöneticiler ile uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olup olmadığına yönelik tutumları değerlendirildiğinde, üst düzey yöneticilerin (%100) uzman hekimlere göre (%84) daha olumlu bir yaklaşım sergiledikleri görülmüştür. Üst yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip olan boyutun bakım bileşenlerinin koordinasyonu ($4,73\pm 0,95$) olduğu görülmüştür. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili disiplinlerarası bakım ekipleri konusundaki değerlendirmeleri karşılaştırıldığında, “şehir hastanelerinde disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır” alt boyutuna ilişkin tutumların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($U=558$; $p<0,01$). Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili genel ($X^2=47,76$; $p<0,001$) ve tüm alt boyutlar ($p<0,001$) itibarıyla değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları boyutlar arasındaki ilişkiler bakımından incelendiğinde tüm boyutların aralarında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Buna göre, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği arasında çok güçlü ($r_s=0,81$; $p<0,01$), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri arasında güçlü ($r_s=0,72$; $p<0,01$) ilişkiler olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları şehir hastanelerinin etkin yönetimi için sağlık profesyonellerinin tutum ve beklenti farklılıklarının dikkate alınması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Şehir Hastaneleri, Entegre Sağlık Kampüsleri, Sağlık Profesyonelleri, Uzman Hekim, Üst Düzey Yönetici

ABSTRACT

SAYLAN, Büşra. *Comparison of Health Professionals' Attitudes Towards Integrated Health Campuses (City Hospitals)*, Master's Thesis, Ankara, 2022.

In this study, it is aimed to evaluate the attitudes of senior managers and specialist physicians working in city hospitals, towards city hospitals and to compare these evaluations according to occupational groups and specialties in terms of health care quality and efficiency, coordination of care components, interdisciplinary care teams and integration of health services. In this study face-to-face survey was conducted with 11 senior managers and 185 specialist physicians working at Elazığ Fethi Sekin City Hospital. As a result of the analyses, it was seen that managers (100%) have more positive attitudes towards city hospitals compared with specialist physicians (84%), in terms of assessments whether city hospitals are suitable for the health sector. When the attitudes of the senior managers and specialist physicians towards city hospitals were examined, by means of four subdimensions of city hospitals such as; health care quality and efficiency, coordination of care components, interdisciplinary care teams and integration of health services; the highest average score obtained from coordination of care components ($4,73 \pm 0,95$). Statistically significant mean rank differences observed between senior managers and specialist physicians' attitudes in terms of subdimensions of interdisciplinary care teams such as; "developing an interdisciplinary patient care plan in city hospitals is excessively time consuming" ($U=558; p<0,01$). Statistically significant differences observed between the mean ranks of the specialist physicians attitudes in terms of general ($X^2=47,76; p<0,001$) and all sub-dimensions ($p<0,001$) of city hospitals. Additionally, statistically significant relationships observed between all subdimensions of attitudes towards city hospitals, by means of managers and specialist physicians evaluations ($p<0,01$). Accordingly, there exists a very strong relationship between coordination of care and health care quality and efficiency ($r_s=0,81; p<0,01$), there exists a strong relationship between coordination of care and interdisciplinary care teams ($r_s=0,72; p<0,01$). Study findings highlights that attitudes and expectation differences of health professionals should be considered for effective management of city hospitals.

Keywords

City Hospitals, Integrated Health Campuses, Health Professionals, Specialist Physician, Senior Manager

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI.....	4
1.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ TANIMI	4
1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ TARİHÇESİ.....	6
1.3. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ GENEL ÖZELLİKLERİ	8
1.4. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI ÇEŞİTLERİ VE SINIFLANDIRMALARI	11
1.5. DÜNYADA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMALARI	14
1.6. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ AVANTAJLARI	23
1.7. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ DEZAVANTAJLARI	25
2. BÖLÜM: KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ SAĞLIK ALANINDA KULLANIMI VE TÜRKİYE’DEKİ UYGULAMASI: ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ (ŞEHİR HASTANELERİ)	27
2.1. DÜNYA’DA SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE UYGULAMALARI	27

2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ GELİŞİMİ.....	31
2.3. ŞEHİR HASTANELERİ UYGULAMASI.....	34
2.4. ŞEHİR HASTANELERİNİN HUKUKİ STATÜSÜ	43
2.5. ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI.....	45
3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI.....	48
3.2. PROBLEM CÜMLESİ	48
3.3. HİPOTEZLER.....	49
3.4. VARSAYIMLAR.....	50
3.5. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	50
3.6. VERİ KAYNAKLARI VE VERİ TOPLAMA SÜRECİ	51
3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	53
3.8. VERİLERİN ANALİZİ	54
4. BÖLÜM: BULGULAR	56
4.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BİLGİLER.....	56
4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ İÇİN UYGUNLUĞUNA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ	60
4.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNE İLİŞKİN GENEL DEĞERLENDİRMELERİ	60
4.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNE İLİŞKİN SAĞLIK BAKIM KALİTESİ VE ETKİNLİĞİ KONUSUNDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ	61

4.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNE İLİŞKİN BAKIM BİLEŞENLERİNİN KOORDİNASYONU KONUSUNDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ	64
4.6. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNE İLİŞKİN DİSİPLİNLERARASI BAKIM EKİPLERİ KONUSUNDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ	67
4.7. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ HASTANE ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİNİN VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNE İLİŞKİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONU KONUSUNDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ	72
4.8. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ UZMAN HEKİMLERİN UZMANLIK TÜRLERİNE GÖRE ŞEHİR HASTANELERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ	78
4.8.1. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri	78
4.8.2. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi Ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri	79
4.8.3. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	81
4.8.4. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri	82
4.8.5. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	83
4.9. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİLER VE UZMAN HEKİMLERİN CİNSİYET BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	85
4.10. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİLER VE UZMAN HEKİMLERİN MEDENİ DURUMLARI BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	85

4.11. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİLER VE UZMAN HEKİMLERİN MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRELERİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	86
4.12. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİLER VE UZMAN HEKİMLERİN ÖĞRENİM DURUMU BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	87
4.13. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİLER VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ İÇİN UYGUN OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ? SORUSUNA VERDİKLERİ YANITLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	87
4.14. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİ HAKKINDAKİ DEĞERLENDİRMELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	88
5. BÖLÜM: TARTIŞMA	101
6. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	120
KAYNAKÇA	124
EKLER.....	143
EK 1. TEZ ORJİNALLİK RAPORU	143
EK 2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	144
EK 3. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ RED YAZISI	145
EK 4. ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ İZİN YAZISI.....	146
EK 5. ANKET FORMU	147

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
KÖÖ	Kamu Özel Ortaklığı
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PPP	Public–Private Partnership
CCPPP	The Canadian Council for Public-Private Partnerships
MCC	Millennium Challenge Corporation
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
YİD	Yap İşlet Devret
Yİ	Yap İşlet
YDİ	Yap Devret İşlet
YKD	Yap Kirala Devret
YSİD	Yap Sahiplen İşlet Devret
YSİ	Yap Sahiplen İşlet
İHD	İşletme Hakkı Devri
YKİD	Yap Kirala İşlet Devret
REİD	Rehabilite Et İşlet Devret
TYFD	Tasarla Yap Finanse Et Devret
YİSD	Yap İşlet Sahip Ol Devret
İBM	İşletme Bakım Modeli
PFI	Private Finance Initiative
PF2	Private Finance 2
EPEC	European PPP Expertise Centre
YKY	Yeni Kamu Yönetimi

NHS	National Health Service
TYFB	Tasarla-Yap-Finanse Et-Bakımını Yap
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
P1	Miktara Bağlı Olmayan Hizmetler
P2	Miktara Bağlı Hizmetler
KDV	Katma Değer Vergisi
SASAM	Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
STK	Sivil Toplum Kuruluşları

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. İngiltere’deki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları.....	16
Tablo 2. Fransa’daki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları.....	18
Tablo 3. İspanya’daki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları.....	19
Tablo 4. Türkiye’deki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları.....	22
Tablo 5. Türkiye’de KÖİ Modeli Kullanılarak Yapımı Tamamlanmış ve Devam Eden Şehir Hastaneleri	38
Tablo 6. Araştırmanın Hipotezleri.....	49
Tablo 7. Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumları Değerlendirmek İçin Kullanılan Soruların Güvenirliği	53
Tablo 8. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	56
Tablo 9. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerin Mesleki Bilgilerine İlişkin Bulgular	57
Tablo 10. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	58
Tablo 11. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	59
Tablo 12. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygunluğuna İlişkin Görüşleri... ..	60
Tablo 13. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri.....	61
Tablo 14. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri	62
Tablo 15. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri	63

Tablo 16. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri	64
Tablo 17. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	65
Tablo 18. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	66
Tablo 19. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	67
Tablo 20. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri	68
Tablo 21. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri.	70
Tablo 22. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri.....	71
Tablo 23. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	73
Tablo 24. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	75
Tablo 25. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri.....	77
Tablo 26. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri.....	79
Tablo 27. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri	80
Tablo 28. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	81

Tablo 29. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri	83
Tablo 30. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri	84
Tablo 31. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması	85
Tablo 32. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Medeni Durumları Bakımından Karşılaştırılması	86
Tablo 33. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Meslekte Çalışma Süreleri Bakımından Karşılaştırılması	86
Tablo 34. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Öğrenim Durumu Bakımından Karşılaştırılması	87
Tablo 35. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygun Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	88
Tablo 36. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	89
Tablo 37. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	90
Tablo 38. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	91
Tablo 39. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	92
Tablo 40. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	93
Tablo 41. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticilerin Görev Unvanlarına Göre Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	95

Tablo 42. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeleri	97
Tablo 43. Araştırma Kapsamındaki st Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri.....	98
Tablo 44. Araştırma Kapsamındaki st Düzey Yöneticilerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri.....	99
Tablo 45. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri.....	100

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İngiltere’de PFI, PF2 ve Diğer PPP Yatırımlarının Toplam Değeri.....	15
Şekil 2. Türkiye’deki KÖO Uygulamalarının Model Dağılımı (1986-2018).....	21

GİRİŞ

Kritik altyapı gereksinimlerinden kaynaklanan yapısal ve finansal zorluklarla mücadele eden hükümetler, yaşanan ekonomik krizler sonrası kemer sıkma politikalarıyla sunmaları gereken kamu hizmetlerine yatırım yapma konusunda yetersiz kalmışlardır. Bu doğrultuda artan altyapı ihtiyaçlarının karşılanmasında birçok farklı ülke finansman sıkıntısı çekmeye başlamıştır (Palcic vd., 2019). Altyapı hizmetlerine yönelik bu küresel talep, gelişmekte olan ülkelerde eski altyapı yatırımlarının güncellenmesi ihtiyacı ile ortaya çıkarken, gelişmiş ülkelerde altyapı ağlarını genişletme isteği ile kendini göstermiştir (Emek, 2017). Bu altyapı ihtiyaçlarını karşılamak, kaynak eksikliklerini gidermek ve özel sektörün verimliliklerinden yararlanmak için ulaştırma, çevre, enerji, sağlık ve eğitim gibi sektörlerde hizmet sunmanın yeni ve alternatif yolları aranmaya başlamıştır (Palcic vd., 2019). Bu sebeple son yıllarda kamu hizmetlerinin sunulmasında ve büyük altyapı projelerinin uygulanmasında Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) uygulaması yaygınlaşmaya başlamıştır (Warsen vd., 2018).

KÖO, kamu ve özel sektör arasında sürekli gelişen ve değişen iş ortamında çeşitli şekillerde ortaklıklar kurarak bazı vergi ve finansal avantajlar elde etmek, finansal olarak daha güçlü olmak ve iş hedeflerine daha kolay ulaşmak için tasarlanmış bir modeldir (Uysal, 2020). Birçok sektörde kendine uygulama alanı bulan KÖO modellerinin son zamanlarda Türkiye’de sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaya başlanması ile birlikte bu modeller sıklıkla gündeme gelmektedir. Nihayetinde hükümetler vatandaşlık gereği sorumluluk alanlarındaki kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamakla yükümlüdürler ve hükümetler bu yükümlülüklerini doğrudan kendileri, özel sektör veya kamu-özel ortaklıkları aracılığıyla yerine getirmektedirler (Tulukcu, 2019).

Temelde hem kamu hem de özel hizmet sunucularının her birisi kendi yükümlülükleri gereğince sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Kamu sektöründe artan maliyetler göz önüne alındığında, KÖO kavramı, her iki sektörün birlikte çalışması durumunda insanların

sağlık ihtiyaçlarının daha etkili bir şekilde karşılanabileceği bir politika seçeneği olarak ortaya çıkmıştır (Raman ve Björkman, 2015). Ortaklıklar, tarafların hiçbirinin tek başına elde edemeyecekleri veya bu sonuçları (zaman veya maliyet açısından) tek başlarına daha verimli bir şekilde elde edemeyecekleri durumlarda ortakların hedeflerine birlikte ulaşabilecekleri varsayımına dayalıdır (Ballantyne ve Stewart, 2019).

KÖO'ları bir tarafta devlet kontrolü, diğer tarafta özelleştirme ile bir süreklilik üzerinde konumlandırılmıştır. Herhangi bir KÖO modeli altında, hükümet, özel sektörü kullanarak sosyal ve ekonomik açıdan savunmasız kesimler için sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamaktadır. Esas olan sağlık sisteminin genel hedeflerine ulaşmak için kamu ve özel sektörün ilgili güçlü yönlerinden yararlanan uygun stratejileri belirlemektir. Özel sektörle işbirliği, kamu sektörünün özelleştirilmesini veya kamu varlıklarının mülkiyetinin özel sektöre devredilmesini gerektirmemekte bunun yerine, işbirlikçi sürecin teşvik edilmesi, her iki sektör için de karşılıklı yarar sağlamaktadır (Raman ve Björkman, 2015).

Özel sektör girişimcileri hem kendi aralarında kurulan ortaklıklarda hem de kamu ile kurulan ortaklıklarda bazı yapısal ve işlevsel zorluklarla karşılaşmaktadır. Kamu ile özel sektörün arasındaki işbirliği, amaç, organizasyon yapısı ve işyeri kültüründeki farklılıklardan kaynaklanan zorlukların yanı sıra aşılması gereken birçok ekonomik, finansal, siyasi, yasal ve çevresel zorluk mevcuttur. Bu zorluklara rağmen, kamu ile özel sektör tarafları arasındaki işbirliği uygulamasının altyapı inşası ve kamu hizmetlerinin sunumu gibi amaçlarla son 30 yılda KÖO modellerinin daha yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Uysal, 2020).

Türkiye'de KÖO modeli ile inşa edilen şehir hastanelerine yönelik hizmet sunucularının, hizmet kullanıcılarının ve paydaşların görüşlerinin değerlendirildiği birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgulara göre farklı

paydaşların şehir hastanelerine yönelik tutumlarının genellikle olumlu olduğu tespit edilmiştir. Ancak şehir hastanelerinin Türkiye sağlık sisteminde yeni olması sebebi ile hem sağlık hizmeti sunucularının hem de hizmet kullanıcılarının yeterli bilgiye sahip olmadığı, KÖO modelinin özel sektör katılımı nedeniyle özelleştirme olarak algılandığı ve şehir hastanelerine ulaşımın zor olduğu sonuçlarına varılmıştır (Keskin, 2011; Pangal Çalışkan, 2019; Ceylan, 2020). Bu çalışma ile literatürde şehir hastaneleri hakkında üst düzey yönetici ve uzman hekim görüşlerinin birlikte değerlendirildiği çalışmaların eksikliği farkedilmiştir. Bu bağlamda bu tez çalışmasının literatürdeki bu boşluğa katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerinin ele alınması ve bu değerlendirmelerin meslek grupları ve uzmanlık alanları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde KÖO başlığı altında KÖO'nun tanımı, tarihsel gelişimi, genel özellikleri, KÖO'nun çeşitleri ve sınıflandırılması, dünyada KÖO uygulamaları, KÖO'nun sağladığı avantajlar ve dezavantajlar hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde KÖO'larının sağlık alanında kullanımı ve Türkiye'deki uygulaması olan entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) başlığı altında dünyada sağlık hizmetlerinde KÖO ve uygulamaları, Türkiye'de sağlıkta KÖO'nun gelişimi, şehir hastaneleri uygulaması, şehir hastanelerinin sağlık sistemindeki avantaj ve dezavantajları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının belirlenmesi, değerlendirilmesi, meslek grupları ve uzmanlık alanlarına göre bu tutumların karşılaştırılması amacı ile yapılan araştırmanın yöntem ve metodolojisiyle ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Dördüncü bölümde, tanımlayıcı bulgulara ve araştırma hipotezlerini test etmek için yapılan analiz bulgularına yer verilmiştir. Beşinci bölümde bu bulgulara yönelik tartışmalar, altıncı ve son bölümde ise sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1. BÖLÜM: KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Çalışmanın bu bölümünde KÖO ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

1.1. Kamu Özel Ortaklığının Tanımı

Hükümetler, öncelikle özel sektör yatırımını ve kamu hizmeti sunumunun her düzeyinde katılımını teşvik ederek, ekonomik büyümelerini desteklemek için KÖO'na yatırım yapmaya başlamışlardır. KÖO, özel sektör verimliliğini ve kamu sektörü etkinliğini optimize etmek için kullanılmaktadır. KÖO'lar, özel sektör tarafından uzun vadeli sözleşmeler yolu ile sağlanan kamu hizmetleridir ve temelde işbirliği ve uzlaşmaya dayalıdır (Özdemir, 2018). Çoğunlukla özel sektörün proje misyonunu yerine getirmek için daha fazla ortaklık rolü üstlendiği, kamu sektörünün ise anahtar performans sergilediği bir yönetim modeli benimsenmektedir. KÖO modelinde, sermaye ve işletme açısından her iki taraf için de risklerin yüksek olduğu bilinmektedir (Alonazi, 2017). KÖO, kamu hizmetlerinin tamamen kamu fon ve imkânları ile sunulduğu, kamu tesis ve/veya hizmetlerinin tamamının özel sektöre devri olarak tanımlanabilecek bir özelleştirme sistemi olarak bilinmektedir. Özelleştirme ve KÖO, özel sektörü kamu hizmetlerine hem daha fazla dahil etmek hem de hizmet verimliliğini sağlamak için kullanılan yöntemlerdir ancak özelleştirmede kamu sektörü kamu hizmetlerinin kontrolünü kaybederken KÖO'nda kamu sektörü kontrolünü kaybetmemektedir. Kamu hizmetleri özel sektör girişimcileri ile işbirliği ve uyum içinde sunulmaktadır (Uysal, 2019).

KÖO modelinin uluslararası literatürde tek tip tanımı olmamakla birlikte hangi modellerin KÖO olarak kabul edildiği konusunda da farklı görüşler vardır (Marsilio vd., 2011; Montagu vd., 2012; Hodge ve Greve 2007). Çeşitli uluslararası kuruluşlar, KÖO'larının farklı özelliklerini vurgulayarak bir model tanımlamayı amaçlamıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2018b). KÖO'lar özel sektörün katılımı ile kamu hizmetlerine olanak sağlayabilecek geniş bir finansman yelpazesine sahiptir. Bu anlamda KÖO'ları; hastaneler, otoyollar, altyapı, enerji, savunma, havaalanları, okullar, cezaevleri ve diğer

alanlarda kullanılabilir her türlü kamu mal ve hizmetlerini kapsamaktadır (Tekin, 2017).

KÖO'nun daha iyi anlaşılması için Dünya Bankası, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Avrupa Komisyonu gibi uluslararası kuruluşların ve Public Private Partnership (PPP) modelini uluslararası düzeyde başarılı bir şekilde uygulayarak örnek olan ülkelerin tanımlamaları da dikkate alınmalıdır. Dünya Bankası KÖO'nı, hükümetlerin kamu altyapısını ve/veya hizmetlerini sağlamak ve uygulamak için özel sektörün kaynaklarını ve uzmanlığını kullandığı bir mekanizma olarak tanımlamaktadır. Uzun süreli hükümetlerin varlığında, altyapı eksikliği ile karşı karşıya kalındığında ve daha verimli hizmetlere ihtiyaç duyulduğunda özel sektör ile kurulan ortaklıkların ülkelere kamu hizmetlerinin altyapısının geliştirilmesinde yeni çözümler getirmek ve finansmanı güvence altına almak konusunda yardımcı olabileceği vurgulanmıştır (World Bank, 2021). OECD'ye göre KÖO, kamu hizmetlerini sağlamak ve finanse etmek için sermaye varlıklarını kullanan ve ilgili riskleri paylaşan kamu ve özel ortaklar arasında uzun vadeli bir sözleşme düzenlemesidir (OECD, 2012). Avrupa Komisyonu, bir devlet kuruluşu ile bir özel kuruluş arasında çoğunlukla önceden belirlenen bir varlığın inşası için yapılan uzun vadeli sözleşmeye dayanan düzenlemelerin KÖO'nı temsil ettiğini belirtmiştir. Bu ortaklıkta özel kurumlar varlıkların inşasından, işletilmesinden ve bakımından sorumluyken, devlet kurumları ortaklığın finansman kısmını üstlenmektedirler (Eurostat, 2016). Kalkınma Bakanlığı'nın 2012 yılında yayımladığı rapora göre KÖO, bir projenin maliyetlerinin, risklerinin ve getirilerinin kamu ve özel sektör arasında kurulacak olan sözleşme bazında paylaşılarak yatırım ve hizmetlerin gerçekleştirilmesini ifade etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012a). Kanada Kamu-Özel Ortaklıkları Konseyi (The Canadian Council for Public-Private Partnerships-CCPPP) KÖO'nı, her bir ortağın uzmanlığına dayanan, kamu ve özel sektör arasında, kaynakların, risklerin ve finansmanın uygun şekilde tahsisi yolu ile kamunun ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan bir ortaklık girişimi olarak tanımlamaktadır (CCPPP, 2022). Millennium Challenge Corporation (MCC) tarafından yapılan tanıma göre ise KÖO, özel bir taraf ile kamu tarafı arasında uzun vadeli bir sözleşmeyi temsil etmektedir ve kamuya sunulacak bir tazminat

karşılığında genel olarak bir kamu varlığının veya hizmetinin tasarlanması, finansmanı, oluşturulması ve işletilmesi veya sürdürülmesi riskini özel tarafın üstlenmesidir (MCC, 2022). Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu (United Nations Economic Commission for Europe-UNECE)'na göre KÖO'nun temel amacı, başarılı KÖO projelerinin belirlenmesi, müzakere edilmesi, yönetilmesi ve uygulanması konusunda hükümetlerin uzmanlıklarını geliştirmektir. Uzmanlığın artırılması hükümetlerin bilgi ve deneyim paylaşımlarının yanı sıra özellikle en iyi KÖO uygulamalarının belirlenmesi ve test edilmesinde kamu ve özel sektörden uzmanların birlikte katılımı ile gerçekleşmektedir (UNECE, 2022).

Aşağıda KÖO uygulamalarının daha iyi anlaşılabilmesi için tarihçesi, genel özellikleri, kullanılan KÖO modellerinin çeşitleri, dünyadaki uygulamaları, avantajları ve dezavantajları hakkında bilgiler sunulmuştur.

1.2. Kamu Özel Ortaklığının Tarihçesi

Kamunun sağladığı hizmetlerin özel sektör aracılığı ile sunulmasının yeni olmadığı ve milattan sonra Romalılar tarafından uygulandığı bilinmektedir. Romalılar döneminde, genel halkın ortak ihtiyaçlarını karşılayan liman, pazar, hamam gibi kamu hizmetleri, özel kişiler ile devlet arasındaki imtiyaz sözleşmeleri ile sağlanmaktaydı (Atasoy, 2011). 17. ve 18. yüzyıllarda, ilk olarak kabul edilen KÖO uygulamaları bazı Avrupa ülkelerinde ağırlıklı olarak nehir yatakları, kanal inşaatları, köprü yapımı, aydınlatma ve posta dağıtımı gibi hizmetlerin özel sektör kuruluşları tarafından gerçekleştirilmesi olarak kabul edilmektedir (Sözer, 2013; Kömürlü ve Akyel, 2018).

1970'li yıllar itibari ile kamunun sunduğu hizmetlerin teşkilatlanmasında seçimler, kapitalizm krizini aşma yöntemlerine uygun olarak farklılaştırılmıştır. Devletin işlevsel ve örgütsel sınırları, hükümet başarısızlığından hareketle birbirini izleyen neoliberal siyasal politikaların serbestleştirilmesi ve özelleştirilmesi gibi uygulama araçları ile yeniden tanımlanmıştır (Karasu, 2011). Bu dönemde kamu kurumlarının durgunluğu,

bürokrasinin gevşemesi, devletin küçülmesi, etkinliğinin artması gibi söylemler daha yoğun tartışılmaya başlanmıştır. Piyasa krizinin yanı sıra devlet ve yönetim krizini de vurgulayan neoliberaler, birtakım kamu hizmetinin özel sektör paydaşlarına bırakılmasının yani kamu bürokrasisinin özelleştirilmesi ve dışarıdan temin yöntemi ile verimliliği artırmanın mümkün olduğunu savunmuştur. Bu mümkün değilse, neoliberalere göre kamunun sunduğu hizmetlerin hem kamu hem de özel kurumlar aracılığı ile ortak bir şekilde sunulmasının daha verimli olacağı belirtilmiştir (Uysal, 2020). Kamu ve özel sektör paydaşlarının birlikte verimliliği artırma çalışmalarından hareketle dış kaynak kullanımı yani taşeronlaşma bu dönemde öne çıkmaya başlamıştır (Çınar vd., 2017). Bu nedenle, özelleştirme uygulamalarında yaşanan olumsuzlukların giderilmesi ve özelleştirmeye tepkisel bir yaklaşımın önüne geçilmesi için önce özelleştirmeye gidilmiş, ardından KÖO yöntemleri geliştirilmiştir (Ertaş ve Dömbekci, 2018).

Serbest piyasa fikrinin ekonomiye hakim olmaya başladığı 1980'lere kadar, kamu sektörü tarafından yaratılan ve dağıtılan birçok faaliyet tartışma konusu olmuştur (Songur ve Top, 2018). 1980'ler ise tüm dünyada “minimal devlet”, “yerinden yönetim” ve “özelleştirme” politikalarının öne çıktığı yıllar olarak kabul edilmektedir (Sözer, 2013). 1980'lerden itibaren serbest ekonomi anlayışı ile birlikte imtiyaz anlaşmaları Avrupa'ya yayılmış ve kamu hizmetlerinin uygulanmasında özel sektörün etkisi artmıştır (Minow, 2003). Bu dönem KÖO'nda kamu ile özel sektör arasında yapılan sözleşmelerin arttığı bir dönem olmuştur. 1980'li yıllardan itibaren kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ve serbestleştirilmesi uygulamaları nedeni ile devletler küçülmeye başlamış ve kamu hizmetlerinin sunulmasında ve finansmanında özel sektörün de dahil olduğu geleneksel yöntemler yerine alternatif yöntemler aranmaya başlanmıştır. Bu kapsamda KÖO uygulamalarının çeşitli kamu hizmeti sunum modelleri ön plana çıkmıştır (Karasu, 2009). 20. yüzyılın ilk çeyreğinde sosyal, ekonomik ve politik değişim ve etkileşime bağlı olarak devletin altyapı hizmetlerindeki rolü değişmiştir. Bu değişikliklerle birlikte devlet, hizmetlerin yaratılması ve işletilmesi rolünden, hizmetlerin yaratılması ve işletilmesine yönelik politikaların belirlenmesi ve sistemlerin düzenlenmesi rolüne geçmiştir. Kamu finansmanının olmaması ve bu fonların devlete

gelir getirmeyen kamu hizmetleri için kullanılması nedeni ile KÖO uygulamaları ortak bir yöntem olarak kullanılmıştır. Bu yöntemin, yatırımların finansmanında önemli bir rol oynadığı görülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 2012a).

Türkiye’de KÖO uygulamasının geçmişi Osmanlı dönemine kadar dayanmaktadır ve kamu hizmetlerine ilişkin ayrıcalıklar, 10 Haziran 1326 tarihli Menafii Umumiyye Mütteallik İmtiyazat Hakkında Kanun (1910) ile yasallaştırılmıştır. Ayrıca, 1910 tarihli kanun halen yürürlüktedir ve genel kamu hizmetlerinin imtiyaz süreci için yasal bir çerçeve sunmaktadır (Kasapoğlu Turhan, 2011; Kalkınma Bakanlığı, 2012a). Bu kanun ile birlikte Türkiye’de Cumhuriyet Dönemi kapsamında özel sektörün finansman eksikliği, refah devlet anlayışının ön plana çıkması, istikrarsızlık, savaş gibi nedenlerle özel paydaşlar kamu hizmetlerinin sunumunda aktif olamamıştır. 1980’li yıllardan itibaren neoliberal hareketin bir sonucu olarak devletin ekonomik hayattan olabildiğince uzaklaştırılması, özel sermayenin daha iyi kullanılması için özelleştirme ve imtiyazlar ve kamu yatırımlarında özel sektör ile işbirliği yaklaşımı daha fazla uygulama alanı bulmuştur (Uysal, 2019).

1.3. Kamu Özel Ortaklığının Genel Özellikleri

Günümüz dünyasında sosyal statü bakımından birbirinden farklı olan pek çok ülkede KÖO modeli sağlık, ulaşım, enerji, eğitim, tarım vb. alanlarda sıklıkla kullanılmakla birlikte birçok etkene göre değişen alt modeller için geçerli olan kapsamlı bir kavramdır. KÖO alt modellerinin ortaya çıkışı, KÖO projelerinin nasıl finanse edileceğine ilişkin çeşitli uygulamaların geliştirilmesi, kamu ile özel sektörün rol ve sorumlulukları, ortaya çıkabilecek risklerin paylaşılması, özel sektör paydaşlarına ödenen fiyatlar ve maliyetlerin neler olduğu gibi konuların netleşmesi ile olgunlaşmıştır. KÖO projelerinin çok farklı özelliklere sahip sektörlerde uygulanmaya başlaması da farklı alt modellerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Uysal, 2019). Bettignies ve Ross'a (2004) göre kamu ve özel sektör ortaklığının temelde üç özelliğinden söz edilmektedir. Bu temel özelliklerin ilki ortaklıkların hepsinin birden fazla iş içeren sözleşmeler dahilinde oluşturulmuş olmasıdır. Bu özellikte KÖO’nun temelini

sözleşmelerin ilişkisi oluşturmaktadır. İkinci temel özellik ise ikiden fazla işin sorumluluğunun sadece bir tarafa yüklenmesidir. Bu durumda bir varlığın inşasından işletme ve bakımına kadar sadece tek bir ortak bulunmaktadır. Yani ortaklar inşa edilecek olan varlığın tasarım ve finansman aşamalarının ikisinde de yer alabilmektedir. Son temel özellik ise finansmanın özel sektör tarafından üstlenilmesidir. Literatürden derlenen bilgilere dayanarak birçok sektörde farklı modellerde kullanılan KÖO'nun özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Akintoye vd., 2003; Klijn ve Teisman, 2003; Anderson vd., 2006; Tekin, 2007; Bult-Spiering ve Dewulf, 2008; Yescombe, 2011):

- KÖO özel sektörden belirli bir hizmetin üretim veya sonucunu alır.
- Devlet, talep edilen mal/hizmetin gerçekleştirileceği projeyi en uygun şekilde belirlenen standartlar dahilinde sunmak için bir zaman çerçevesi belirler.
- KÖO ile devlet ve özel sektör arasındaki kazançlar ortak bir çerçeve içerisinde birleştirilir.
- Modelin en temel özelliği özel sektör tarafından finanse ediliyor olmasıdır. Projenin sermaye maliyeti, özsermaye ve proje borcundan karşılanmaktadır.
- Sürekli olarak kaliteli ürün/hizmet sunulabilmesi için yerinde eğitim, motivasyon ve ödüller verilir.
- Kamu ile özel sektör arasında çatışma değil, ortaklık temelli ilişkiler kurulur.
- KÖO modeli sadece çok fazla kaynağın gerektiği büyük projeler için değil aynı zamanda daha az kaynağın gerektiği küçük projeler için de kullanılabilir.
- Sunulan mal veya hizmetlerin makul fiyatta ve tutarlı kalitede olduğundan emin olmak çok önemlidir.
- Kamu yatırımlarının KÖO üzerinden gerçekleştirilmesi projeye değer katmaktadır. Bu katma değer bir yenilik olabileceği gibi bir maliyet tasarrufu olarak da görülebilir.

- KÖO uygulamaları genellikle tasarım, işletim, bakım ve finansmanı bir arada yürüten projelerdir. Maliyetleri minimumda tutmak için tasarım, işletme, finansman vb. sorumluluklar tek bir şirkete entegre edilir.
- KÖO anlaşmaları çoğunlukla uzun vadeli sözleşmeleri temsil eder.
- Devletle yapılan hizmet sözleşmeleri modelin temelini oluşturmaktadır. Sunulan hizmetler için ihtiyaç duyulan bilgileri sağlayan ilgili kamu kurumu ile proje sözleşmesi yapılır.
- KÖO modellerinde devlet temel sorumluluğu olan organizasyonu ve koordinasyon sağlayarak projede aktif bir rol alır.
- Bu ortaklığın getirisi olarak projelerde yer alan tüm aktörler eylemlerinin sonuçlarına katlanmaları gerektiğinin bilincindedirler. Projelerin yürütülmesi süresince ortaya çıkan tüm riskler hem devlet hem de özel sektör tarafından paylaşılır.
- Ortaklık süresince hizmetten yararlananlar özel sektöre ödeme yapmak zorundadır.
- KÖO, sorumlulukları, hedefleri ve mali desteği tanımlayan ayrı kurumsal yapılar oluşturur.
- KÖO projelerinde yer alan taraflar projeye gerekli yatırımların yapılması konusunda isteksiz olmamalıdır.
- KÖO modelinin uygulandığı projelerin sürekliliği aşamasında karşılıklı iletişim, güven ve uzlaşma anlaşmaları yer alır.
- KÖO modeline dayalı projelerde mal/hizmetler sözleşme süresi sonunda devlete teslim edilir.

Bazı kamu ve özel sektörler için KÖO modelinin uygulandığı bir projeyi hayata geçirmek oldukça zor bir dönemi kapsamaktadır (Bult- Spiering ve Dewulf, 2008). KÖO projeleri karmaşık projelerdir ve bu karmaşıklık, proje uzmanlığının artmasına

neden olmaktadır. Karmaşık sözleşme tasarımı KÖO yönetimi alanında uzman olan profesyoneller tarafından yapılmalıdır (Bettignies ve Ross, 2004; Güzelsarı, 2012). KÖO’nda etkin ve dinamik olan taraf özel paydaşlar olarak kabul edilirken, kamu yararı ve sosyal sorumluluk projelerine odaklanan tarafın ise kamu paydaşları olduğu kabul edilmektedir. Sektörde üçüncü bir tarafı temsil eden sivil toplum paydaşları ise daha vicdani duygularla hareket etmektedir. Bu üç sektörün amaçları ve faaliyetleri, bu sektörlerin birçok yerde örtüştüğü anlamına gelmektedir (Bult- Spiering ve Dewulf, 2008).

1.4. Kamu Özel Ortaklığı Çeşitleri ve Sınıflandırmaları

KÖO modeli, çeşitli şekillerde uygulanabilen bağımsız bir finansman modelidir. Çeşitli şekillerde uygulama alanı bulmasına karşın KÖO finansman modeli de kendi içinde bölümlere ayrılmıştır (Sönmez, 2016; Köstekçi, 2017). Bu bölümde öne çıkan KÖO modelleri listelenmiştir. Bu modellerden sadece yap işlet devret (YİD), yap işlet (Yİ), yap devret işlet (YDİ), yap kirala devret (YKD), yap sahiplen işlet devret (YSİD), yap sahiplen işlet (YSİ) ve işletme hakkı devri (İHD) üzerinde durulacaktır. Bunların dışındaki modeller; yap kirala işlet devret (YKİD), rehabilite et işlet devret (REİD), tasarla yap finanse et devret (TYFD), yap işlet sahip ol devret (YİSD) ve işletme bakım modeli (İBM) olarak ifade edilebilir.

Bu bölümde en sık kullanılan KÖO modellerinin tanımlamaları, kullanım alanları ve projede yer alan ortakların yükümlülükleri hakkında bilgiler verilmiştir.

Yap İşlet Devret

Bu model, kamu altyapısı için ürün ve hizmet sağlamak amacı ile devlet ve özel kuruluşlar arasında işbirliği esasına dayanan bir KÖO modelidir (Yang vd., 2017). YİD modeli, özel sektörü kamu kurumlarına dahil ederek hükümetler üzerindeki mali yükü azaltmak için etkin bir şekilde kullanılmıştır (Yan vd., 2019). YİD modeli finansman sağlanan kamu hizmetlerine ilişkin sermaye maliyetinin şirketin ürettiği mal veya

hizmetlerin proje süresince devletten veya hizmet alıcıdan satın alınarak özel sektöre ödenmesi anlamına gelmektedir (Tokatlıoğlu ve Şen, 2019). İmtiyaz süresi, YİD projesinin hükümete iade edilmesinden önce özel sektörün ticari operasyonlar yürütme hakkına sahip olduğu süreyi belirten YİD sözleşmesinin önemli bir parçasıdır (Zhang vd., 2018). İmtiyaz süresi boyunca özel sektör faaliyet karı elde etmektedir ve inşaat ve işletim risklerini üstlenmektedir. İmtiyaz süresinin gerçeğe uygun değerden daha uzun olması durumunda, hükümet kamu yararının tehlikeye atıldığına ve özel sektörün ek faydalar elde edebileceğine inanmaktadır. Öte yandan, imtiyaz süresinin gerçeğe uygun değerden daha kısa olması durumunda, hükümet YİD güzergahının çalışma saatlerini uzatmaktadır, özel sektör zararı üstlenmektedir ve nihayetinde hükümetle işbirliğini durdurmaktadır (Yan vd., 2019). YİD modelinin tercih edilmesinin temel nedeni, devlet bütçesinde önemli yer tutan büyük kamu yatırımlarının finansman yükünü özel sektöre kaydırmaktır (Kılıçaslan, 2017). Ayrıca özel sektörün kamudan daha etkin ve verimli yatırım yapması beklenmektedir. Büyük ölçekli yatırımların finansmanına yabancı katılımı özendirilirse, sadece finansman sonucunda değil, yurtdışına da teknoloji transferi olasılığının yüksek olduğu düşünölmektedir (Tokatlıoğlu, 2017). Bu model ile kurulan ortaklıklarda kamu altyapı ve hizmetlerinin tasarımı, inŐaatını, iŐletmesini, finansmanını ve bakım faaliyetlerini sağlamada verimlilik artışı görölmektedir (Teker vd., 2013).

Yap İŞlet

Yİ modeli, tesisin özel sektör tarafından kamu ve özel sektör arasındaki bir sözleşme kapsamında tasarlandığı, finanse edildiği, işletildiği ve mülkün özel sektöre ait olduğu bir modeldir (Güzelsarı, 2013). Türkiye’de elektrik enerjisi üretmek için kullanılan bu model, aslında özel sektörün bağımsız olarak termik santraller kurup iŐletmesine ve devlet tarafından üretilen elektriği satın almasına olanak tanımaktadır. Sözleşme sona erdikten sonra bile sistem hala özel sektörün elinde kalmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2016). Yİ modelinin YİD modelinden farklı olmasının nedeni, Yİ modelinde özel bir kuruluş tarafından finanse edilen ve üretilen tesislerin mülkiyetinin yatırımı yapan özel girişimciye ait olmasıdır (Ayhan ve Önder, 2018).

Yap Devret İşlet

Bu modelde, özel girişimciler tarafından finanse edilen tesis, daha sonra işletilmekte, inşa edilmekte ve tesis tamamlandığında yasal mülkiyeti ilgili kamu otoritesine devredilmektedir. Devredilmeyi takiben, sorumlu kamu kurumları, tesisleri uzun vadeli olarak özel girişimcilere kiralamaktadır. Bu modelde, özel girişimciler, tesisin işletilmesi sırasında makul karlar elde etmek için hizmet bedellerinden ve işletme gelirlerinden kamu tesislerine kira ve yatırım bedeli ödemektedirler (Güney, 2005). Bu model Almanya'daki tüm KÖO projelerinin yaklaşık %70-80'inde kullanılmaktadır (Jacob vd., 2014).

Yap Kirala Devret

YKD modeli, özel sektör tarafından finanse edilen, ihtiyaçlara göre tasarlanan ve kamu ve özel sektör arasındaki sözleşmelerle belirli bir süre içinde devlete kiralanan bir modeldir. Kiralanan binada çeşitli mal ve hizmetlerin üretim bölümlerinin bir kısmı veya tamamı geliştirici tarafından işletilir ve binanın mülkiyet hakkı genellikle kiralama süresi bitiminde sözleşmeye dayalı anlaşma ile kamuya devredilir (Ayhan ve Önder, 2018). Bu model çok fonksiyonlu alt modellerden birisi olup özellikle sağlık, eğitim, konut, devlet binaları gibi sosyal alanların kullanımında uygun olduğu düşünülmektedir (Uysal, 2019).

Yap Sahiplen İşlet Devret

YSİD modeli, özellikle Avustralya ve bazı gelişmekte olan ülkelerin yüksek finansman gerektiren altyapı projeleri için önerilen bir modeldir. Bu model ile yol, köprü, baraj gibi altyapı projeleri yapılabilir. Bu model kapsamında, özel sektör, belirli bir süre boyunca tesisi inşa etmek, sahiplenmek ve işletmek için uygun inşaat finansmanı sağlamaktadır. 15-30 yıl sonunda özel şirket yapıyı kamuya devretmektedir. YSİD modelinin Dünya Bankası, Asya Kalkınma Bankası ve Avrupa Kalkınma Bankası'nın onayını aldığı bilinmektedir (Teker, 2008).

Yap Sahiplen İşlet

YSİ modelinde yüklenici, kamu mülkiyetini kamuya devretmeden tesisi inşa etmekte ve işletmeye başlamaktadır. Tesisin resmi mülkiyeti özel sektöre ait olup, kamu tesisin mülkiyetini satın almak zorunda değildir. İç Vergi Usul Kanunu prosedürünün tüm gereklilikleri karşılanırsa, sistem vergi muafiyetini bir hizmet sözleşmesi olarak sürdürebilmektedir (Ayhan ve Önder, 2018). Bu modelin mantığı, özel girişimciler için devlet tarafından kısıtlanan kuralların, devlet kısıtlamalarına tabi olarak, her iki taraftaki yatırımcılar tarafından süresiz olarak sunulmasıdır. YSİ modelinde kurumsal haklar, yatırımcılarla ilgili ekonomik teşvikler kadar önemlidir (Güney, 2005).

İşletme Hakkı Devri

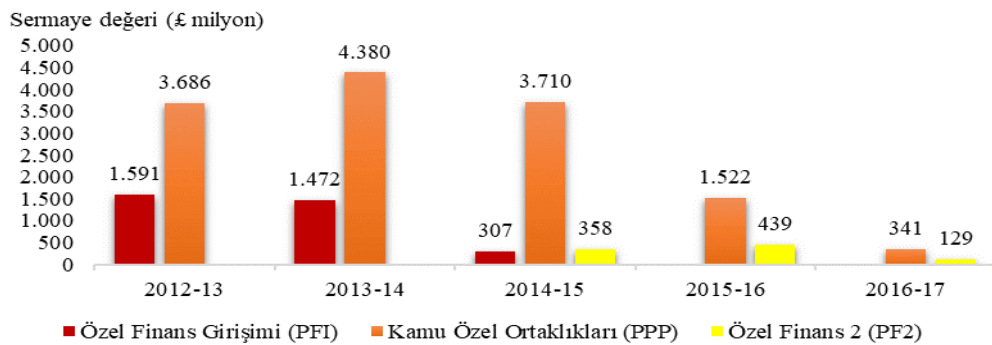
Bu model, hükümetin mevcut tesislerin işletme haklarını belirli süreli bir sözleşmeye dayalı olarak özel sektöre devrettiği bir kamu serbest meslek modelidir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2016). Bu modelde, mülkiyet ortak olduğu sürece, her bir idarenin varlıklarındaki mal ve hizmetlerin üretim birimlerinin işletilmesi tamamen veya kısmen özel sektöre bırakılmıştır (Güzelsarı, 2013). İşletme hakkının devri sadece kamu hizmetlerindeki mal ve hizmetler için değil, aynı zamanda doğal kaynaklar ve kamu hizmetleri kapsamına girmeyen mal ve hizmetlerin üretim birimleri için de geçerlidir (Kılıçaslan, 2017).

1.5. Dünyada Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları

KÖO kavramının tanıtılmasından bu yana, dünya çapında giderek daha fazla sayıda hükümet, politikaların uygulanması için güçlü bir heves göstermiştir. Ancak, tüm ülkelerde aynı düzeyde uygulama yoktur ve bazı ülkelerde KÖO pazarı önemli ölçüde büyürken, diğerlerinde KÖO politikalarının uygulanması için bir çerçeve geliştirilmesi gerekmektedir (Osei-Kyei ve Chan, 2021). Bu bölüm, KÖO'nun küresel uygulamasının dünyadaki örneklerini ülkeler açısından değerlendirmektedir.

KÖO modelinin gelişme düzeyi, bölgenin coğrafyasına, finansal piyasaların olgunluğuna, siyasi duruma ve ortaklık kurma yeteneğine bağlı olarak ülkeye ve bölgeye göre değişmektedir. Bu bağlamda, özellikle gelişmiş ülkeler başta olmak üzere olumlu bir KÖO ortamına sahip ülkeler, gelişmekte olan ülkelere göre daha eski KÖO politikalarına sahiptir (Osei-Kyei ve Chan, 2021). Kamu hizmetlerinin sunumunda KÖO ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta, şehirlerdeki sorunlu alanların geliştirilmesini ve yenilenmesini teşvik etmek için uygulanmıştır. O zamandan beri KÖO, ortak teknoloji ve ekolojik projeler, eğitim, tıbbi hizmetler, ulaşım ve hapisane inşaatı gibi alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Uysal, 2020).

İngiltere'de Özel Finans Girişimi (Private Finance Initiative-PFI) modeli 1992'den beri çeşitli altyapı sektörlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. 2012 yılına kadar PFI, hükümetin tercih ettiği KÖO modeli olarak kabul edilmiştir. 2012 yılında PFI, paranın karşılığında ilişkin yaygın endişelere yanıt olarak Özel Finans 2 (Private Finance 2-PF2) ile değiştirilmiştir. Ancak Bütçe 2018'de Şansölye, hükümetin artık yeni hükümet projeleri için PF2'yi kullanmayacağını duyurmuştur. Bu duyuru, devredilen kurumları etkilememiştir. Hükümet, özel sektörün finansman gücünden faydalanmayı sürdürmek için mevcut PFI ve PF2 sözleşmelerini desteklemeye devam etmektedir (Osei-Kyei ve Chan, 2021). Şekil 1'de İngiltere'de KÖO, PFI ve PF2 yatırım sözleşmelerinin toplam sermaye değerleri gösterilmiştir. Buna göre İngiltere'de 2013 ve 2016 yılları arasında PFI ve PF2 projeleri için yaklaşık 800 milyon Avro finansman sağlanmıştır.



Şekil 1. İngiltere'de PFI, PF2 ve Diğer PPP Yatırımlarının Toplam Değeri

Kaynak: National Audit Office, 2018

İngiltere’de Mayıs 2010’dan önce imzalanan projelerin sermaye değeri 50,6 milyar sterlin iken Mayıs 2010’dan sonraki projeler için harcanan sermaye değeri 8,4 milyar sterlin ile toplam sermaye değerinin %86’sını oluşturmaktadır. 1997-2010 yılları arasında yılda ortalama 55 sözleşme imzalanmıştır. Mayıs 2010’dan 2018’e kadar yılda ortalama 9 sözleşme olmak üzere ortalama 84 sözleşme imzalanmıştır (HM Treasury and Infrastructure U.K., 2018). Tablo 1’de 2018 yılı itibari ile, Birleşik Krallık’ta çeşitli altyapı sektörlerinde 56 milyar sterlini aşan 700’den fazla KÖO projesi yürütüldüğü görülmektedir. 2018 yılında sektörlere göre mevcut KÖO projelerinin portföyü incelendiğinde ise sağlık ve sosyal bakım sektörü sermaye değeri bakımından en büyük portföye (13 milyar Avro) sahipken, eğitim sektörünün 172 proje sayısı ile en büyük portföye sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 1. İngiltere’deki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları

Sektörel Grup	Yatırım Tutarı (£ milyar)	Proje Sayısı
Sağlık ve Sosyal Bakım	13,0	127
Savunma	9,5	41
Eğitim	8,6	172
Ulaşım	7,8	61
Diğer	20,5	315
Toplam	59,4	716

Kaynak: National Audit Office, 2018

Birleşik Krallık’ta KÖO pazarı iyi gelişmiş olmasına rağmen, KÖO konseptinin geliştirilmesini ve uygulanmasını etkileyen birçok engelin varlığı söz konusudur. Parasal değer, uygun risk paylaşımı, özel sektör ile ilgili aşırı kâr ve şeffaflık konuları, KÖO kavramı ile Birleşik Krallık kamu altyapı gelişimi arasındaki bağlantı tartışmalı konular olmuştur. Bu nedenle, 2018’de Birleşik Krallık Hükümeti, KÖO programı kapsamında kamu altyapısını sağlamayı durdurma, ancak mevcut KÖO projelerini işletmeye devam etme kararı aldığını duyurmuştur. Bununla birlikte, İngiltere’de son 30 yıldır, KÖO’nun uygulanmasında ve KÖO sözleşmelerinin yeniden yapılandırılmasında

özel sektör tarafından okullar, hastaneler, tüneller ve yollar gibi daha iyi ve daha verimli kamu altyapı tesisleri sağlanmıştır (Osei-Kyei ve Chan, 2021).

Amerika Birleşik Devletleri, diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında genellikle özel sektörün kamu altyapısını sağlamada nispeten büyük rol oynadığı bir ülkedir. Amerika Birleşik Devletleri en uzun KÖO geçmişine sahiptir ve KÖO'nun en yaygın olduğu endüstriler su ve atık su sektörleridir. Son zamanlarda KÖO, Amerika Birleşik Devletleri'nde ulaşım endüstrisinde de yaygın olarak kullanılmaktadır (Tekin, 2017). 19. yüzyılda karayollarının çoğu özel sektör tarafından finanse edilirken, 20. yüzyılın başlarında kamunun sağladığı fonlar ile yollar ve köprüler inşa edilmiştir. 20. yüzyıl boyunca KÖO giderek özelleştirilmiştir. Bu durumda özel tedarikçilerin daha düşük maliyet ve daha kaliteli mal ve hizmet sunabileceği varsayılarak, kamunun iş ve sorumluluğu giderek azalmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008).

Fransa'da imtiyaz sözleşmelerinin uygulanması 16. ve 17. yüzyıllara kadar uzanmaktadır ve kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörden yararlanma konusu köklü bir geçmişe sahiptir (Gökyurt, 2018). 19. yüzyıldan 20. yüzyılın ilk yarısına kadar, su ve kanalizasyon, şehir taşımacılığı gibi sektörlerde KÖO'ları geniş bir kullanım alanı bulmuştur ve atık yönetimi, belediye hizmetleri gibi hizmetlerde de özel sektör ile işbirliği yapılmıştır. Ayrıca demiryolu ve elektrik gibi hizmetlerin sunumunda da özel sektör desteği sağlanmıştır (Yescombe, 2011). Fransa, sektöre özel mevzuat çıkararak sağlık ve cezaevi projelerine yönelik sosyal altyapıya yatırımlarını güçlendirmek için 2002 yılında KÖO'nı kullanmaya başlamıştır. 2004 yılında KÖO ile ilgili genel bir yasa çıkaran Fransa, otoyol sektöründe yeni projeler ve ücretli yol işletmeciliği alanlarında imtiyaz uygulamalarına devam etmektedir (Yescombe, 2011). Tablo 2'de, Fransa'daki KÖO projelerinin yatırım tutarları ve sayıları verilmiştir. Buna göre Fransa'da KÖO projelerinde en çok ulaşım sektörüne (23,346 milyar Avro) yatırım yapılırken, eğitim sektörünün 44 proje ile en fazla paya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Fransa'daki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları

Sektörel Grup	Yatırım Tutarı (£ milyar)	Proje Sayısı
Ulaşım	23,346	51
Çevre	2,127	19
Eğitim	3,177	44
Kamu Düzeni ve Güvenliği	2,361	15
Rekreasyon ve Kültür	3,175	33
Kamu Hizmetleri	1,069	6
Savunma	1,631	5
Sağlık	23,346	19
Konut ve Toplum Hizmetleri	2,127	8
Telekom	3,177	25
Toplam	36,8	225

Kaynak: European PPP Expertise Centre (EPEC) Data Portal, 2022a.

Kamu ve özel sektör arasında işbirliğini içeren projeler 1990'ların sonunda boyut ve çeşitlilik açısından yayılmaya başladığında, İspanya KÖO'na yeni başlayan bir ülke değildi. 1970'lerde çok sayıda paralı otoyol inşa etmek için basit bir YİD biçimini başarı ile kullanan İspanya'da, 19. yüzyılda özel olarak inşa edilmiş otoyol, köprü ve demiryolu projelerinin varlığından söz etmek mümkündür. İspanya'daki KÖO projelerinin hacmi 1990'ların sonunda artmıştır ve aynı zamanda özellikleri de değişmeye başlamıştır. Sağlıktan başlayarak yeni sektörlere yayılmış ve KÖO sözleşmeleri ile projelerin yürütülmesi ulusal hükümetten yerel yönetimlere geçmiştir. 2005 yılında, bölgesel hükümetler İspanya'da KÖO piyasasını tekelleştirmiştir ve atık yönetimi, kamu binalarının inşası ve özellikle sağlık konularında projeler müzakere edilerek imzalanmıştır (Allard ve Trabant, 2008). İspanya KÖO projelerinin yürütülmesi için projelerin risk ve getirilerini hesaplayan bir araştırma merkezine ihtiyaç duymayan nadir ülkelerdendir. Bunun nedeni, planlama, tasarım, çevresel değerlendirme ve kamu düzeyinde danışman kullanımına yönelik profesyonel bir yapıya sahip olmalarıdır. Bu yapı sayesinde KÖO ile tedarik süreci daha hızlı ve daha ucuzdur

(Allard ve Trabant, 2008; Yescombe, 2011). Tablo 3'te, İspanya'daki KÖO projelerinin yatırım tutarları ve sayıları verilmiştir. Buna göre İspanya'da KÖO projelerinde en çok yatırım (27,305 milyar Avro) ve proje sayısının ulaşım sektörüne ait olduğu görülmektedir.

Tablo 3. İspanya'daki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları

Sektörel Grup	Yatırım Tutarı (€ milyar)	Proje Sayısı
Ulaşım	27,305	93
Çevre	3,039	24
Eğitim	0,122	5
Kamu Düzeni ve Güvenliği	1,333	17
Rekreasyon ve Kültür	0,071	2
Kamu Hizmetleri	0,013	1
Sağlık	3,367	20
Toplam	35,2	162

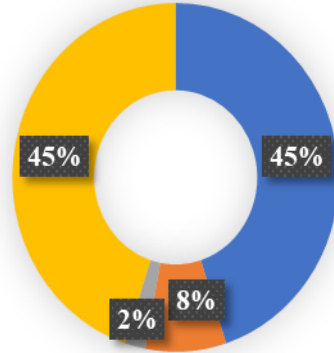
Kaynak: European PPP Expertise Centre (EPEC) Data Portal, 2022a.

Uluslararası deneyim ve KÖO ile aşağıdaki değişikliklerin İspanya'daki sürece rehberlik etmek için ileriye dönük önemli adımlar olacağı belirtilmiştir (Allard ve Trabant, 2008):

1. İspanya'daki KÖO ihale süreci için açık ve spesifik bir çerçeve hazırlanmalıdır.
2. Projeleri izlemek, denetlemek ve gözden geçirmek, projelerin potansiyel faydalarının gerçekleşmesini ve kamuoyuna iletilmesini sağlamak için ulusal düzeyde bir KÖO birimi oluşturulmalıdır.
3. Kamu sektörü, uluslararası kuruluşlar doğrultusunda, KÖO'daki yönetim veya denetim rolünü kabul etmelidir.
4. KÖO için stratejik bir vizyon hükümet tarafından detaylandırılmalı ve vatandaşlara net bir şekilde iletilmelidir.

Türkiye’de KÖO uygulamaları ise 1986 yılında enerji alanında yapılan yatırımlarla ortaya çıkmıştır. Türkiye’de KÖO alanında sıklıkla Yİ, YİD, YKD ve İDH gibi modeller uygulanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018b). Türkiye’de Yİ modeli en çok elektrik enerjisi üretiminde kullanılmaktadır. Bu modelde özel paydaşlar termik santrallerin kurulması ve işletilmesi konusunda hak sahibi olurken, devlet ise bu işletmelerden üretilen elektriği satın almaktadır. Özel paydaşlar tesisin mülkiyetini ancak sözleşme bitiminde alabilmektedir (Parlak vd., 2020). YİD modeli ise havalimanı, otoyol, liman, köprü, tünel yapımı gibi birçok farklı alanda uygulanabilmektedir. Yİ modelinden farklı olarak kamuya ait arazi üzerinde yapılan ve işletilen bu tesislerin mülkiyet hakkı sözleşme bitiminde kamuya devredilmektedir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). YKD modeli Türkiye’de son yıllarda sağlık sektörünün en büyük yatırımlarından olan şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinin inşasında kullanılmaktadır. Bu modelde özel sektör ilgili tesisin yapım, donanım, işletim ve belirlenen sözleşme sonunda tesisin kamuya devri aşamalarını üstlenmekteyken, kamu ise sözleşme boyunca özel sektöre bu hizmetlerin karşılığında bir kira bedeli ödemektedir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). İHD ise, mal ve hizmetlerin yönetim haklarının belirli bir süre için kamuya ait kamu hizmetleri ve özel mallar şeklinde özel sektöre devri olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde kamu hizmetlerini oluşturan hizmetler, yönetim haklarının özel sektör yatırımcılarına devredilmesi yolu ile yürütülmektedir (Canbaz, 2019). Türkiye’de gerçekleştirilen KÖO uygulamalarının sektörlere göre dağılımı Şekil 2’de verilmiştir. Buna göre Türkiye’de 1986-2018 yılları arasında gerçekleştirilen 242 KÖO projesinde 109 proje (%45) ile YİD ve 108 proje (%45) ile İHD ilk sıralarda yer almaktadırlar. Daha sonra 20 proje (%8) ile YKD ve 5 proje (%2) ile Yİ modelleri gelmektedir.

■ Yap-İşlet-Devret (YİD) ■ Yap-Kirala-Devret (YKD) ■ Yap-İşlet (YI) ■ İşletme Hakkı Devri



Şekil 2. Türkiye’deki KÖO Uygulamalarının Model Dağılımı (1986-2018)

Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019.

Tablo 4’te görüldüğü üzere Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı verilerine göre Türkiye’de 1986-2018 yılları arasında gerçekleştirilen toplam KÖO proje sayısı 242 adettir. Bu KÖO projelerine yapılan toplam yatırımın tutarı 139,8 milyar ABD Doları iken, bu yatırım tutarı içerisindeki en büyük pay 73,1 milyar ABD Doları ile ulaşım sektörü arasında yer alan havalimanlarına aittir. Havalimanı yatırım tutarını sırası ile enerji (28,7 milyar ABD Doları), karayolu (21,2 milyar ABD Doları) ve sağlık (11,31 milyar ABD Doları) sektörleri takip etmektedir.

Avrupa KÖO Uzmanlık Merkezi’nin 2021 yılında Avrupa’daki KÖO pazarlarına yönelik yaptığı incelemede Türkiye’nin Avrupa pazarında KÖO projelerine en çok yatırım yapan üçüncü ülke konumunda olduğu görülmüştür. Türkiye Avrupa ülkeleri içerisinde proje sayısı az ancak yatırım tutarının yüksek olduğu bir ülkedir. Bunun nedeni son yıllarda havalimanı, otoyol ve sağlık gibi sektörlerde KÖO modeli ile yapılan projelerin çok yüksek maliyetli olmasıdır (EPEC, 2022b).

Tablo 4. Türkiye’deki KÖO Projelerinin Yatırım Tutarları ve Sayıları

Sektörel Grup	Yatırım Tutarı (\$ milyar)	Proje Sayısı
Enerji	28,7	91
Karayolu	21,2	42
Liman	2,79	23
Sağlık	11,31	20
Havalimanı	73,1	19
Gümrük Tesisi	0,51	18
Yat Limanı ve Turizm	1,79	17
Madencilik	0,37	8
Endüstriyel Tesis	1,43	2
Demiryolları	0,27	1
Kültür ve Turizm	0,14	1
Toplam	139,8	242

Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019.

Gelişmekte olan ülkelerde ise KÖO modeli, hükümetin sorumluluğu altında olan temel kamu hizmetlerinin hükümet denetimi altından kaldırılarak yolsuzluklarla mücadele kapsamında bu varlıkların planlanması ve geliştirilmesi yetkisinin hükümetin inisiyatifinde özel işletmelere devredilmesi olarak ortaya çıkmıştır (Hayllar ve Wettenhall, 2010). Temel kamu hizmetlerinin özel işletmelere devredilmesinin altında yatan temel neden, gelişmekte olan ülkelerin ekonomik kalkınmanın altyapı yatırımları ile sağlanacağını ve altyapıya kamu sektörü aracılığı ile yeterli mali kaynağın tahsis edilemeyeceğini kabul etmeleridir (Kılıçaslan, 2017). Özel sektörün fon yatırımlarına güvenmek, gelişmekte olan ülkeler için bir fırsat olarak görülebilmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelere uluslararası sermayeyi çekerek, ülkenin sermaye piyasasındaki imajını güçlendirecek ve büyük ve tanınmış operatörlerden yararlanarak uluslararası finans piyasalarına erişimi sağlayacaktır. Uzun vadede bu durum aynı zamanda yerel finans piyasasının gelişmesine de yardımcı olacaktır (Şahin ve Uysal, 2012).

KÖO modelinin başarısı ve Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Fransa ve İspanya ekonomilerine önemli katkısı göz önüne alındığında, gelişmiş ülkelerdeki hükümetler KÖO kavramını benimsemiştir. Ancak KÖO modelini yerel koşullara uyacak şekilde gözden geçirmek gerekliliği ortaya çıkmıştır. Japonya, Belçika, İtalya, Türkiye, Güney Kore, Portekiz ve Macaristan gibi ülkeler de KÖO kavramı ile yakından ilgilenmektedir. Bu ülkeler, bu politikaların uygulanmasını yöneten politikalar ve yasalar yayınlamışlardır (Akintoye vd., 2008; Yescombe, 2011). KÖO modeli gelişmiş ülkelerde uygulanmaya başladığında daha çok karayolları, köprüler, tüneller gibi ekonomik alanlarda, daha sonra ise okul, hastane, kentsel dönüşüm gibi sosyal alanlarda uygulanmaya başlamıştır (Grimsey ve Lewis, 2007). Bu nedenle, gelişmiş ülkelerde KÖO'nun hem sosyal altyapı hem de ekonomi ile ilgili olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle başlangıç aşamasında esas olarak ekonomik altyapı inşaatı ile ilgili olduğu sonucuna varılabilmektedir. (Kahyaoğulları, 2013). Aşağıda KÖO'nun sağladığı avantaj ve dezavantajlara yönelik bilgiler sunulmuştur.

1.6. Kamu Özel Ortaklığının Avantajları

Özel sektör ile ortak projeler, sınırlı kamu kaynakları nedeni ile büyük ölçekli teknik detay gerektiren kamu projelerinde yürütülmektedir. Bu projelerin yürütülmesi kamunun ekonomik büyümesine katkı sağlamak için oldukça önemlidir ve hükümetler finansal açıklarını kapatmak için özel sektörün sunduğu bu ek finansman kaynaklarına yönelmektedirler. Son zamanlarda sadece finansman konusunun öne çıktığı bu projelerin kullanılmasında hükümetlerin faydalandığı başka avantajlar da vardır. KÖO modelinin sunduğu bu avantajlar aşağıda listelenmiştir (PPPLRC, 2021):

- Gelişmiş seviyelerde operasyonel verimlilik sağlamak yoluyla daha etkin kamu hizmetleri sağlamayı ve özel sektörün teknoloji ve yeniliğini tanıtmayı sağlamaktadır.
- KÖO, özel sektörü projeleri zamanında ve bütçe dahilinde gerçekleştirmeye teşvik etmektedir.
- Özel sektör kuruluşları da yeteneklerini daha etkin kullanarak ve kârlılığın ötesinde daha büyük ölçekte yatırım yaparak, özel sektörde olmayan yeni

deneyimler ve farklı bilgiler elde etmekte, yurtiçi ve yurtdışı rekabette üstünlük sağlamaktadır (Parlak vd., 2020).

- Altyapı projeleri için zaman içinde mevcut ve gelecekteki maliyetler belirlenerek bütçe kısıtlamaları tespit edilmektedir.
- Projenin başarısı, risklerin ve görevlerin yararlanıcılara en düşük maliyetle devredilmesi ile sağlanmaktadır. Yani, KÖO kapsamında gerçekleştirilen proje maliyetleri, geleneksel finansman ile gerçekleştirilen proje maliyetlerine göre daha düşük seviyede kalmaktadır (Köstekçi, 2017).
- Yerel şirketlere destek hizmetlerin sunulmasında alt işverenlik fırsatları sağlanmakta ve büyük uluslararası şirketlerle ortak girişimler yolu ile yerel özel sektörün yetenekleri geliştirilmektedir.
- Kamu hizmetlerinin kapasitesinde ve sunulan hizmet çeşitliliğinin artmasında önemli bir etkiye sahip olan KÖO modelinin, yatırım ve hizmetleri güçlendirme, hızlı büyüme, azalan işsizlik ve artan milli gelir gibi somut faydaları vardır (Parlak vd., 2020).
- KÖO'ları ile, kamuya ait işletmeler ve hükümetler, bu projeleri yapılandırarak ve kendi işlerini profesyonelce yürüterek özel sektör katılımına kademeli olarak maruz kalmaktadır.
- Ülkeyi altyapı açısından daha rekabetçi hale getirerek, altyapıyı teşvik ederek ve altyapı geliştirme ile ilgili işletme ve endüstrileri (inşaat, ekipman, destek hizmetleri vb.) destekleyerek ekonominin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır.
- Özel sektör, kamu sektöründen daha fazla inşaat kapasitesi, işgücü ve kaynak sağlayabilir. Bu nedenle KÖO devletin en büyük sıkıntısı olan mali sorunu çözmekte ve devletin kamu hizmetlerini borçlanmadan etkin bir şekilde sunmasını sağlamaktadır (Köstekçi, 2017).
- KÖO modeli kapsamında alınan yatırım kararları, kısa vadeli değil, uzun vadeli bir bakış açısına sahip olmasından dolayı uzun vadeli bir bakış açısı ile kısa

vadeli spekülasyonları ortadan kaldırır ve yatırım kararlarını olumlu etkiler (Köstekçi, 2017).

- KÖO, ilgili sektörlerde uluslararası yönetim ve ileri teknoloji projelerinde yerel personeli ve yerel işletmeleri eğitmek için temel oluşturur (Tulukcu, 2019).
- KÖO projeleri siyasi müdahale ve baskılardan korunabilir ve devlete yapılan ödemeler siyasi ve ekonomik nedenlerle ertelenmez. Dolayısıyla siyasi baskılardan ve popülist politikalardan uzak, ekonomik rasyonaliteye dayalı yatırımların daha etkin ve verimli olmasını sağlamaktadır (Köstekçi, 2017).

1.7. Kamu Özel Ortaklığının Dezavantajları

KÖO ile ilişkili yüksek maliyetli projeler olması, özel sektör ile kurulan ortaklıklarda risk paylaşımının belirli olmaması ve öngörülmeleyen olaylar veya sorunlar neticesinde beklenmedik durumların ortaya çıkma riskinin olması konularında bir dizi dezavantaj bulunmaktadır. Başlıca dezavantajlar şu şekildedir (PPPLRC, 2021):

- KÖO projelerinde geliştirme, teklif verme ve devam eden maliyetlerin geleneksel devlet satın alma süreçlerinden daha fazla olma olasılığı yüksektir. Bu sebeple hükümetler, söz konusu yüksek maliyetlerin haklı nedenlerinin olup olmadığını kesinleştirmelidir.
- Özel sektör finansman arayışını kolaylaştırabilir, ancak finansman yalnızca proje şirketinin işletme nakit akışının bir kar yaratması bekleniyorsa kullanılabilir.
- Özel şirketler, kur riski/likit varlık riski gibi kontrollerinin ötesinde büyük riskler almaktan çekinirler. Bu riskleri alırlarsa, hizmet fiyatlarına bunu yansıtır ve operasyonları üzerinde büyük ölçüde kontrol beklerler.
- Özel sektör sadece yapması gerekeni yapmaktadır ve daha fazlasını yapmak konusunda isteksizdir. Bu sebeple, yapılan sözleşmelerde özel sektörün yapması gerekenler net bir şekilde belirtilmelidir.
- Projelerin uzun süreli olması ve karmaşık yapısı göz önüne alındığında, projenin geliştirilmesi, belgeleme veya sözleşme esnasında öngörülmeleyen olaylar veya

sorunlar sırasında ilgili taraflarca her türlü beklenmedik durum ortaya çıkabilmektedir. Ek olarak, bazı projeler ya hükümetten ya da özel sektörden kaynaklanan çeşitli nedenlerle başarısız olabilmekte veya zamanından önce sona erebilmektedir.

- KÖO modelinde devlet vatandaşlara karşı kamu hizmetlerinin kalitesinden sorumludur. Hükümetlerin ayrıca KÖO düzenlemelerini anlamak, anlaşma kapsamındaki yükümlülüklerini yerine getirmek ve özel sektörün performansını izlemek ve uygulamak için uygulayıcı kuruluş ve/veya bir düzenleyici kurum aracılığı ile yeterli uzmanlığa sahip olması gerekmektedir.
- Şeffaflığın sağlanamaması, KÖO projelerinin ana eleştirilerinden biridir. Özel şirketler, özellikle ticari gizlilik nedenleri ile önemli bilgileri halktan saklama eğilimindeyse, şeffaflık ve hesap verebilirlik azalabilmektedir (Parlak vd., 2020).
- Sürdürülebilir bir çözüme ulaşmak için net bir yasal ve düzenleyici çerçeve önem arz etmektedir.
- Her proje için kamu ve özel sektör maliyetlerini dikkatlice karşılaştırmadan KÖO'nu seçmek, yükleniciler ve KÖO tarafından sağlanan hizmetlerin nihai kullanıcıları için daha maliyetli bir seçenek haline gelebilmektedir (Allard ve Trabant, 2008).
- Sözleşme sonunda devralınan ve işletme aşamasında aşırı derecede yıpranan tesislerin yüksek bakım maliyetleri gerektirmesi de KÖO projelerine yönelik eleştirilerin bir diğer dayanağıdır (Parlak vd., 2020).

2. BÖLÜM: KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ SAĞLIK ALANINDA KULLANIMI VE TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMASI: ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ (ŞEHİR HASTANELERİ)

Bu bölüm kapsamında Dünya'da sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan KÖO ve uygulamalarına, Türkiye'de sağlıkta KÖO'nun gelişimine, şehir hastanelerine, şehir hastanelerinin hukuki statüsüne ve şehir hastaneleri uygulamasının sağlık sistemindeki avantaj ve dezavantajlarına yer verilmiştir.

2.1. Dünya'da Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı ve Uygulamaları

Dünyanın dört bir yanındaki hükümetler, artan sağlık harcamaları ve kamu bütçesi kısıtlamaları ile başa çıkmak için mücadele etmektedir. Sağlık hizmetlerindeki harcama artışları ve kamu bütçesi kısıtlamaları hükümetleri farklı politikalar yolu ile maliyetleri sınırlamaya ve sağlık sektöründeki yatırımları artırmak için çeşitli yollar aramaya yöneltmiştir (Mitchell, 2008). Sağlık kuruluşlarının karmaşıklığı ile başa çıkmak, tedavideki teknolojik ve tıbbi gelişmelerin yanı sıra yaşanan nüfus ile yükselişe geçen sağlık harcamalarındaki artışla ilgili endişeleri kontrol altına almak için 1980'lerden beri birçok OECD ülkesinde sağlık hizmetlerinde Yeni Kamu Yönetimi (YKY) politikaları uygulamaya konulmuştur (Alonso vd., 2015; Ciani vd., 2018).

YKY temelde, merkezileşmeyi mümkün olduğunca en aza indiren, yetkilendirilmiş projeler uygulayan, sözleşmeye dayalı, kurumsal gelişimin yanı sıra duyarlılık eğitimleri veren ve sorumluluğu ön planda tutan bürokratik olmayan bir yönetim tarzıdır (Frederickson, 2016). YKY, sağlık kurumlarında yönetim muhasebesi ve yönetim performans ölçüm sistemlerini kullanarak maliyetleri kontrol altına almak, piyasa odaklı, ölçülen performanstan sorumlu bir kurum olmak ve artan kaynak tahsisini performansa dayandırmak için çalışmaktadır. Bu sebeple, sağlıkta YKY'nin ana konularından birisi sağlık sektörüne tüm paydaşların güvenini artırmak için sağlık sistemi performansını ve sonuçlarını ölçmektir (Dunleavy vd., 2006). YKY'nin, küresel

ölçekte yaygınlaşmaya başlaması ve geleneksel kamu hizmeti anlayışlarından yeni kamu hizmeti anlayışlarına geçilmesi, hizmet sunumu sürecinde KÖO gibi bir modelin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Özer, 2016).

Ancak kamu kurumlarının kamu hizmetini özel sektör desteği ile sunmayı tercih ettiği çeşitli uygulamalara rağmen, siyasi yansımaları genellikle aynıdır. KÖO sürekli olarak YKY değişim gündeminin bir uzantısı olarak kabul edilmiştir ve uygulanması öncelikle bu reform stratejisinin idari, yönetsel, mali veya teknik yönlerini vurgulayan kavramsal bir mercek aracılığı ile görülmüştür (Ciani vd., 2018). KÖO uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kaliteli, gecikmesiz ve ertelenmeden sürdürülebilmesi için alternatif kaynakların finansman ihtiyaçlarının karşılanmasının önünü açmaya başlamıştır. Bu sayede sağlık hizmetleri yaygınlaştırılacak, etkinliği artırılacak, bölgesel kalkınma sağlanacak ve maliyet etkin tıbbi bakım sağlanacaktır (Lamba vd., 2014).

Başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın birçok yerinde başlatılan reform araştırmalarında, sürdürülebilir sağlık sistemleri inşa etmek ve mevcut hastane organizasyonunu yeniden düzenlemeye çalışmak için hastane reformu araştırmalarının önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (Top ve Şahin, 2004). Bu noktada KÖO sağlık sektöründe hızla büyüyen hizmetlerin bir modelini oluşturmaktadır (Karasu, 2011). Birçok ülke, mevcut hastaneleri ve diğer sağlık tesislerini modern sağlık hizmetlerinin sunumu için uygun hale getirebilmek amacıyla sağlık sektöründe ciddi yatırımlar yapma ihtiyacı ile karşı karşıya kalmıştır. Artan mali talepleri karşılamak, dünya çapında hükümetleri sağlık sektöründe imtiyaz uygulamaları ile uğraşmaya zorlamıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008). Bu finansal zorluklar ile başa çıkmak amacı ile tüm dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmeti alanında yenilikleri teşvik etmek ve kolaylaştırmak için yaygın olarak KÖO modelleri kullanılmaktadır (Gottwald vd., 2016). Sağlık hizmetlerinin operasyonel performansını iyileştirmek için yeni kamu yatırımlarının etkinliğini artırmaya yönelik çabalar sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için kritik bir öneme sahiptir (Chabrol vd., 2019). Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında KÖO yöntemlerini kullanarak başarılı deneyimler elde

eden ülkeler arasında İngiltere, İtalya, Fransa, İspanya, Kanada, Türkiye ve Avustralya yer almaktadır (Sadeghi vd., 2016).

Sağlık sektöründe KÖO kullanımı 1992 yılında İngiltere’de başlamıştır. İngiltere’de KÖO ile yönetilen hemen hemen tüm hastanelerde, özel ortakların hastaneyi tasarladığı, inşa ettiği, finanse ettiği ve bakımını yaptığı özel finans girişimi (PFI) yönetim formu kullanılmaktadır ve çoğu imtiyaz sözleşmesi 25 yıldan fazla sürmektedir (Miguel vd., 2019). KÖO uygulamalarının ilk kez ortaya çıktığı Birleşik Krallık tarafından geliştirilen Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service – NHS)’nde KÖO’ları genelde sağlık tesisleri kuran ve ilgili hizmetleri sağlayan özel sektöre ve özel sektör yüklenicilerinin kiracıları olarak ulusal tıbbi sistem tarafından sağlanan tıbbi hizmetlere dayanmaktadır (OECD, 2010; European Commission, 2014). Temel kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin çoğunlukla kamu tarafından sunulduğu bu modelde, özel sektör destek hizmetler ve ilaç kullanımı gibi çeşitli hizmetlerin sunulmasından sorumludur. Bu sistemde sağlık tesisleri çoğunlukla özel sektörün elindedir, kamu ise özel sektöre mali teşvikler, yapılandırma ve düzenlemeler yapma gibi konularda destek sağlamaktadır (Mckee vd., 2006). Bakanlığın kamu hizmetlerinin sunulmasında maliyetleri düşürmesi ve kaliteyi artırması için PFI kilit bir rol oynamıştır ve bu modelle 1997 yılından beri büyük kapasiteli bir çok hastane projesi gerçekleşmiştir (Akintoye, 2009). Bu kapsamda 2009 yılında, İngiltere’de KÖO modeli kullanılarak 159 hastane inşa edilmiştir. Bu 159 hastane, o dönemde tüm hastanelerin %90’ını oluşturmaktaydı. Bu model temelinde, bütçe dışı harcamalardan kaynaklanan bütçe açıklarını önlemek ve kamunun özel sektörün dinamizminden faydalanmak isteği ile tasarlanmıştır (Price, 2011). Bu yöndeki ilk küresel adım, 2003 yılından bu yana İngiltere’de KÖO taraflarından biri olan özel sektörün klinik hizmetlere dahil edilmesi ile atılmıştır. Bu sayede, KÖO’ları aracılığı ile farklı ülkelerdeki tıbbi hizmetlere erişim sağlanabilmektedir (Yeşiltaş, 2020). Ancak tıbbi hizmetlerin sunulduğu kamu hastanelerinin özel sektöre devrini gerçekleştirilmeyip KÖO proje ödemelerini gerçekleştiremeyen hastanelerin bu finansal krizin üstesinden gelmek için ilk çözüm olarak doktor ve sağlık personelinin maaşlarını düşürmeye veya bazı personellerini işten çıkarmaya başladığı görülmüştür (Edwards vd., 2004). İngiltere’de yapılan çalışmalar

kamu hastanelerinin %30'una kıyasla PFI tarafından yönetilen hastanelerin %50'sinin finansal kayıplara sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca PFI hastanelerinin teknik olarak eskime potansiyeli olduğu vurgulanarak, özel ortaklara gerçek bir risk transferi olmadığı sonucuna varılmıştır (Miguel vd., 2019).

İspanya'da, Valensiya'daki Alzira'da bulunan Hospital de La Ribera, bir KÖO projesi kapsamında inşa edilen ilk hastane olmuştur. KÖO sağlık projelerinin ilk ayağı için kullanılan bu model, Alzira modeli olarak isimlendirilmiştir. Bu modelde, özel bir konsorsiyum, kişi başına ödeme ile ilgili olarak belirlenen bir nüfusa hizmet sağlamak amacı ile kamu hastanelerinin inşası ve işletilmesi sorumluluğunu üstlenmiştir (Sadeghi vd., 2016). Alzira modeli, hastanenin inşası, finansmanı ve yönetimi sorumluluğunu dışarıdan almaktadır. Model kapsamında yüklenicinin hem altyapı hem de birincil bakım hizmetleri sağlaması bakımından bu model diğer sözleşmelerden farklılık göstermektedir (Gürkan, 2014). Özel sektör ve kamu arasındaki KÖO sözleşmelerinin süresi başta 10 yıl olarak belirlenmiştir ancak sonradan yapılan müzakereler sonucunda bu süre 20 yıla çıkarılmıştır (Sadeghi vd., 2016). İspanya'da geliştirilen ve entegre sağlık hizmeti sunumunda en eski KÖO modellerinden birisi olan Alzira modeli ile mevcut geleneksel olarak yönetilen hastanelerin performans, maliyet ve kalite göstergeleri karşılaştırıldığında Alzira modeli ile yönetilen hastanelerin performans ve kalite göstergelerinin diğer hastanelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Alzira modeli ile yönetilen hastanelerin yüksek teknik verimlilik sağladığı ve hastaların bu modelde daha az bekleme süreleri ile karşı karşıya kaldığı görülmüştür (Caballer-Tarazona ve Vivas-Consuelo, 2016; Miguel vd., 2019).

Kanada'da göç sonucu nüfus artışı nedeni ile 1990'ların başında Brampton şehrinde inşa edilen Brampton Hastanesi, tasarla-yap-finanse et-bakımını yap (TYFB) modeli altında inşa edilmiş bir KÖO pilot hastanesidir. Bu model kapsamında inşa edilen hastanenin anlaşmasına göre, özel bir ortak projelerin tasarımı, inşaatı, finansmanı ve bakımından sorumludur (Sadeghi vd., 2016). Kanada'da uygulanan KÖO modelinde hastanede yönetim kurulu sağlık tesislerinin kullanımı için özel sektöre kira bedeli ödemektedir.

Tıbbi bakım hizmetleri kamu sektörü tarafından, tıbbi olmayan bakım ve destek hizmetleri ise özel sektör tarafından sunulmaktadır. Belirlenen sözleşme süresi 25 ile 30 yıl arasında olup özel sektörün sunduğu hizmet ve enerji bedeli kamu tarafından karşılanmaktadır (Barrows vd., 2012). Bu model ile inşa edilen hastanelerin tıbbi cihaz değiştirme maliyetleri, yeni teknoloji uygulamaları ve işgücü verimliliği gibi hizmetlerde kamu hastanelerinden daha verimli bir performans gösterdiği görülmüştür (Marcos, 2012).

Avustralya'da sağlık sektöründe KÖO uygulamalarının başladığı ilk yıllarda sözleşmeler ağırlıklı olarak yeni hastanelerin özel sektör tarafından inşa edilip işletildiği YİD modeli ile yapılmıştır (Sadeghi vd., 2016). Bu modelin kullanılması ile birlikte kamu sektörü başarı sağlamış ve Avustralya hükümetleri daha sonra hastanelerdeki klinik hizmetler gibi sosyal altyapıdaki temel hizmetleri sağlama taahhüdünü açıklamıştır. Bu durumda özel sektör tarafından sunulan hizmetlerin genellikle destek hizmetleri olduğu belirlenmiştir (English ve Guthrie, 2003). KÖO destekli hastanelerde yaygın olarak özel sektöre devredilen görevler arasında bakım, yemek, çamaşırhane, atık ve diğer temel olmayan hizmetler yer almaktadır (Jefferies vd., 2013). Avustralya'da KÖO ile özel şirketler tarafından işletilen hastanelerin sermaye maliyetinin, kamu hastanelerine göre %20 daha düşük olduğu ve kamu hastanelerine göre daha düşük maliyetle klinik hizmetler sundukları gözlemlenmiştir (Nikolic ve Maikisch, 2006; Yescombe, 2011).

2.2. Türkiye’de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi

Sağlık sektöründe son zamanlarda sıklıkla kullanılan KÖO modeli neredeyse çeyrek asırlık bir geçmişe sahiptir. KÖO modelinin tüm dünyada ve Türkiye’de kullanılmasının başlıca iki nedeni olduğu savunulmaktadır. Bunlardan ilki kamunun sunduğu hizmetlerin organizasyonunda ve kamunun yatırımları sürecinde özel sektörün mali etkinliğinden faydalanmak, ikincisi ise özel sektörün işletme kapasitesinden ve yeterliliklerinden yararlanmaktır (OECD, 2010). Türkiye’de sağlık sektörü için KÖO uygulamalarının tarihine bakılacak olursa, sağlık hizmetlerinin sunumunda 20. yüzyılın

sonlarına kadar KÖO uygulamalarına rastlanmamıştır (Gürkan, 2014). Sağlık sistemin temel ilkeleri, teşkilatlanma yapısı ve personel ilkeleri 1987 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile birlikte oluşturulmuştur (Kökçü, 2014). Bu Kanun ile birlikte Türkiye’de sağlık sektöründe ilk olarak 1980’li yıllarda temizlik hizmet alımı ile başlayan KÖO uygulamaları, daha sonra bakım-onarım, güvenlik, bilişim, mutfak, gibi çoğu sağlık hizmeti kapsamına girmeyen destek hizmetlerinin özel paydaşlar yoluyla karşılanması ile sürdürülmüştür (Tekin ve Çelik, 2012).

Türkiye'nin sağlık sistemi yönetmeliği ile ilgili 1980'lerden bu yana çeşitli reform çalışmaları yürütülmüştür ancak en köklü reform değişikliklerine 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile tanık olunmuştur (Lamba vd., 2014). SDP'nin amacı, Türkiye'nin uluslararası rekabet gücünü güçlendirmek için sağlık sistemini yeniden inşa etmek olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda SDP, sağlık sektöründe uygulanan yapısal reformların doruk noktası olarak kabul edilmektedir (Fedai, 2020). SDP ile birlikte küresel gelişimi yakından takip eden planlı ve sürdürülebilir bir model oluşturmak için sağlık hizmetlerini daha verimli, etkin, erişilebilir, modern ve nitelikli hale getirmek hedeflenmiş ve bu doğrultuda araştırmalara başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Yapılan bu araştırmalar neticesinde 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun (Resmi Gazete, 2005)’un çıkarılması ile sağlık alanında ilk somut KÖO modeli hayata geçirilmiştir. Bu yasa ile kamu örgütlenmesine giren KÖO modeli, kamu kuruluşlarına hizmetlerin alımı, sunumu, organizasyonu ve finansmanında köklü değişiklikler getirmiştir (Karasu, 2011). Sağlık sektöründe bir KÖO projesi için ilk yasama girişimi 2005’te oluşturulmasına rağmen ilk ihalenin başlangıç tarihi olan 2010’a kadar tam anlamıyla tasarlanmamıştır. Bu beş yıl boyunca yasal çerçevede çalışmalar devam etmiş ve Sağlık Bakanlığı'nın Tesislerin İnşası, Tadilatı ve İşletilmesi Hakkında Kanun ile KÖO modelini oluşturması ile sonuçlanmıştır. Kanun, özellikle sağlık hizmetlerinin yasal dayanağını belirlemek için oluşturulmuştur (Ayhan ve Önder, 2018).

Sağlıkta KÖO'nun ana hedeflerini özetlemek gerekirse şu şekildedir (Acartürk ve Keskin, 2012; Cangöz vd., 2021):

- Düşük maliyetle yüksek ve etkin bir sağlık hizmetinin sunulması
- Yüksek kapasitedeki projelerin maliyet probleminin ortadan kaldırılması
- Özel sektörden kaynaklı atıl sermayenin etkinliğinin artırılarak ülke içine yönlendirilmesi
- Aşırı zaman alan projelerin yapım aşamasının hızlandırılması
- Kamunun sahip olmadığı işletme tecrübelerinin kamunun altyapı ve hizmet sunumuna aktarılması

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi değişen sağlık koşullarına bağlı olarak Türkiye'de de modern hastanelere ve nitelikli yataklara olan talep artışı söz konusu olmuştur. Halihazırda işletilmekte olan eski hastane binalarının ekonomik ömürleri doldukça bu hastanelerin bakım ve onarım maliyetleri artmış ve poliklinik, laboratuvar, ameliyathane gibi alanların yetersizliği nedeni ile verimsizlik gözlemlenmiştir. Ayrıca hastane binalarının mimari tasarımı, fiziki koşulların bozulması ve kısaca altyapı yetersizlikleri, sağlık hizmeti sunucuları olarak hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının teknolojik yenilikleri uygulamasını engellemiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik kayıplarına neden olmuştur (Atasever vd., 2018). Bakanlığa göre, Türkiye'deki sağlık tesislerinde fiziki kapasite yetersizliği, sağlık hizmeti finansmanının bütçe üzerindeki baskısı ve özel sektör deneyiminden yararlanma isteği KÖO modeli ile sağlık tesisi inşasını cazip hale getirmektedir. Ayrıca yıllar içerisinde hastanelere yapılan müracaat sayısı ve sağlık hizmetlerine olan talebin arttığı ve bununla paralel olarak talepleri karşılayacak nitelikli sağlık personelinin sayısına olan ihtiyacın da yükseldiği vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021a). Sağlık tesislerinin fiziki kapasitesini artırmanın yanı sıra hastane yapım sürelerini kısaltmak amacı da Türkiye'nin KÖO modelini tercih etmesindeki ana etkenlerden birisi olarak görülmektedir (Uysal, 2019). KÖO modelinin seçilmesindeki bir diğer etken ise kamu sağlık yatırım proje finansmanında özel sektörün enerji ve verimliliğinden faydalanmak olarak belirtilmiştir

(Savaş vd., 2020). Türkiye'de sağlık sektöründe KÖO uygulaması, sağlık sisteminin temel amacı olan toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve sağlığa yönelik risklerin en aza indirilmesi ve halkın bu risklerden korunması amacı ile geliştirilmesi olarak vurgulanmaktadır. Türkiye'de bu amaçlara hizmet etmek adına KÖO modeli sağlık sektöründe şehir hastaneleri ile uygulanmaya başlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012).

2.3. Şehir Hastaneleri Uygulaması

Temel olarak İngiltere'den alınan ve Türkiye'de KÖO modeli ile yapılan hastanelere şehir hastanesi veya entegre sağlık kampüsleri adı verilmektedir (Savaş vd., 2020). SDP'nin bir uzantısı olarak uygulanan şehir hastaneleri Türkiye'nin sağlık politikasında en çok konuşulan konulardan birisidir. Sağlık sistemlerinde coğrafi olarak dağıtık sağlık kuruluşları ile farklı düzeylerdeki sağlık kuruluşları arasındaki ilişkilerin merkezi bir sistem içinde bütünleştirilmesini ifade etmek için entegrasyon terimi kullanılmaktadır. Şehir hastaneleri de temelde, yönetim süreçleri açısından çok parçalı yapıları ilişkilendirerek bütünleştirmek olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de KÖO'ları, şehir hastanelerinin inşa edildiği sağlık sektöründeki modernizasyon stratejisinin entegre bir parçası olarak görülmektedir (Hodge ve Greve, 2005; Karasu, 2011). Şehir hastaneleri ile ilgili planlamalar, SDP'nin etkisi ile birlikte artan talep ve ihtiyaçlara cevap vermek üzere yapılmıştır.

Türkiye'de KÖO modeli üzerine inşa edilen ve çeşitli bölgelerde hizmet veren şehir hastaneleri, Türkiye'nin sağlık sistemine yeni bir bakış açısı kazandırmış ve yeni reformlar olarak uygulanmaya başlanmıştır (Kayral, 2019). Şehir hastaneleri projelerinin hayata geçirilmesindeki temel amaçlar fonksiyonel ve modern mimari anlayışına sahip sağlık tesislerinin inşa edilmesi, kamuya ait küçük kapasiteli sağlık tesislerinin daha büyük kampüsler altında birleştirilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini arttırarak yüksek standartlara ulaştırmak ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin özel sektör girişimcilerine yansıtılarak risklerin paylaşılması olarak belirtilmiştir (IEG, 2016; Uysal, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu amaçlar

doğrultusunda Türkiye’de yaşanan sağlık sorunlarını çözüme kavuşturmak ve sağlık hizmetinin kullanıcıları olan hastalara daha kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunmak için çok büyük finansman kaynağı gerektiren KÖO modellerinden birisi olan şehir hastaneleri hayata geçirilmiştir (Güler, 2016). Şehir hastanelerinin KÖO modeli ile inşaa edilmesi, yalnızca kamu finansmanı sorununun çözümü için değil sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların memnuniyeti için de çok önemlidir. Vatandaşların anayasal bir hakkı olan sağlık hakkını en iyi şekilde elde etmek, tedavi kalitesini yükseltmek, en iyi teknolojiyi kullanmak ve sağlık turizmini geliştirmek şehir hastanelerinin önemini artırmaktadır. Ayrıca, daha kaliteli sağlık hizmetleri almak için Anadolu'nun çeşitli şehirlerinden metropollere yapılan tedavi amaçlı seyahatleri de azaltmayı amaçlamaktadır (Baş, 2018). Sağlık sektörünün ekonomiye doğrudan katkı sağladığı alanlardan biri olan sağlık turizmi şehir hastanelerinin de yaygınlaşması ile birlikte ön plana çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı, bünyesindeki şehir hastanelerini sağlık turizminin geliştirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirmektedir. Bu kapsamda 2019-2023 Stratejik Planı içerisinde Türkiye’nin sağlık turizminde önde gelen ülkeler arasında yer almasını sağlamak için şehir hastanelerinde sağlık turizmine yönelik birim ve personel ihtiyacının tanımlanması gerektiği vurgulanmıştır. Aynı zamanda etkin bir sağlık turizmi hizmeti için şehir hastanelerinde uygun altyapı ve süreçlerin oluşturulması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Şehir hastaneleri çok sayıda ve çeşitli sağlık hizmetlerini bir arada sunmak üzere tasarlanmıştır. Şehir hastaneleri, anne ve çocuk sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi vb. gibi birinci basamak; kamu hastanesi, rehabilitasyon merkezi vb. gibi ikinci basamak; eğitim/araştırma hastanesi ve özel dal hastanesi gibi üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu tesisler ve bu tesislerin içerisinde yer alan hizmet birimleri dahil ilgili tüm tesisleri kapsamaktadır. Ayrıca eczane, ilaç deposu, geri dönüşüm ve atık yönetim merkezi, otopark, çocuk oyun alanı ve sonradan yapılabilecek olan ek binalar da şehir hastanelerinin kapsamında yer almaktadır (Yılmaz ve Karakaş, 2011; Evren, 2016). Şehir hastaneleri bünyesindeki hizmetlerin sunulması ise iki farklı şekilde gerçekleşmektedir. Hastanelerin sunduğu temel hizmetler kamu sektörü tarafından, bu hizmetler dışında kalan destek hizmetleri ise özel sektör

tarafından yönetilmektedir (Pala, 2018). Yani hastanenin bünyesinde hem kamu hem de özel olmak üzere iki ayrı idari yapı bulunmakta ve taraflar sorumluluklarını yetkileri dahilinde yerine getirmekle yükümlüdür (Kayral, 2019). Özel sektör tarafından sunulan destek hizmetler, miktara bağlı olmayan (P1) ve miktara bağlı (P2) hizmetler olarak iki kategoriye ayrılmıştır. P1 hizmet türlerinin içerisinde bakım-onarım, mefruşat, yer ve bahçe bakım hizmetleri vb. hizmetler yer alırken, P2 hizmet türleri içinde ise ilaç, çamaşırhane, yemek, otopark, laboratuvar, görüntüleme, sterilizasyon vb. hizmetler yer almaktadır. Bu hizmetlerin sunulmasında kamu ve özel sektörde yer alan taraflar kendi personelini kullanmaktadır (Kayral, 2019). Ayrıca hastane çevresinde açılacak olan restoran, otel, alışveriş merkezi gibi ticari amaç bulunduran alanların yapımı ve işletmesinin özel bir ortağa devredildiği P3 hizmetlerinin varlığından da söz etmek mümkündür. Bu alanlarda kiralama veya işletme faaliyetlerinden elde edilen gelirler yine özel ortaklara aittir (Atasever, 2018).

Şehir hastaneleri yeni yapılan tesisler olmaları nedeni ile fiziki altyapı, konfor ve kullanılan teknolojik tıbbi cihaz açısından eski hastane yapılarına kıyasla çok daha iyi durumdadırlar. Hastane odalarının konforu ve çoğunun tek kişilik olması yani otel hizmetlerinin iyileştirilmesi şehir hastanesinin önemli özelliklerinden biridir (Baş, 2018; Kayral, 2019). Türkiye'de sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda finansal ve örgütsel yönetim açısından KÖO modellerinin kullanılmasından sonra sağlık hizmeti alacak olan kişilerin sağlık problemlerini kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözmeleri gerektiği ilkesini benimsemiştir. Bu ilke doğrultusunda Türkiye 30 sağlık hizmet bölgesine ayrılmış ve her sağlık hizmet bölgesi için iller bölge sağlık merkezleri olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Sağlık hizmet bölgesi merkezi konumunda bulunan bu illere de entegre kampüsleri inşa edilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler doğrultusunda, 3 Şubat 2017 tarihinde ilk Şehir Hastanesi projesi olan Mersin Şehir Hastanesi hizmete girmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021c). Sağlık Bakanlığı, hastaların tüm sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve bu hizmetlerin kendi sağlık hizmet bölgelerinde sunulmasını sağlamak doğrultusunda farklı fiziksel ve yatak kapasitelerine sahip olan 32 şehir hastanesi projesini 20'den fazla ilde hayata geçirmeyi planlamıştır (Akdağ, 2011; Kalkınma

Bakanlığı, 2018b). Bu planlar doğrultusunda Türkiye’de bulunan tüm hasta yataklarının ya nitelikli hale getirilmesi ya da yenilenmesi amaçlanmıştır (Sağlıkta Kamu Özel İş Birliği Derneği, 2017). Bahsedilen projelerin tamamı bittiğinde ise 42.199 hasta yatak kapasitesine ulaşılması hedeflenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018b).

Türkiye’de 2022 yılı itibari ile 13 şehir hastanesi aktif olarak faaliyet göstermekle birlikte 5 şehir hastanesinin yapımı halen devam etmektedir ve yakın zamanda faaliyete geçmesi planlanmaktadır. Yapımı tamamlanan ve kullanıma hazır olan 13 şehir hastanesinin toplam yatak kapasitesi ise 17.842’dir (Sağlık Bakanlığı, 2021b). Dünya genelinde her bin kişi başına düşen yatak sayılarına bakıldığında 2019 yılı için OECD üyesi ülkeler arasında her bin kişi başına ortalama 4,4 yatak düştüğü görülmektedir. Türkiye’de ise 2019 yılı için her bin kişi başına 2,9 hasta yatağı düşmektedir (OECD, 2021). Türkiye’de her ne kadar şehir hastaneleri projelerinin faaliyete geçmesi ile bin kişi başına düşen yatak sayısında pozitif bir ivme kazanılmış olsa da hala OECD ortalamasının oldukça altında kaldığı dikkat çekmektedir.

Aktif olarak faaliyet gösteren 13 şehir hastanesinden 10 tanesi (Adana, Mersin, Kayseri, Manisa, Ankara, Eskişehir, Bursa, İstanbul, Konya, Tekirdağ) metropolitan bölgelerdedir ve hastanelerin konumlandıkları iller büyükşehir statüsüne sahiptir. Geriye kalan 3 tanesi (Isparta, Yozgat, Elazığ) ise metropolitan bölgelerde yer almamaktadır ve hastanelerin konumlandıkları iller büyükşehir statüsüne sahip değildir (TTB, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2021b). Tablo 5’te görüldüğü gibi 13 şehir hastanesinin yapımı tamamlanmıştır ve sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir. Ankara, İzmir, Gaziantep, Kocaeli ve Kütahya’da bulunan şehir hastanelerinin ise yapımı hala devam etmektedir. Şehir hastanelerinin en dikkat çekici özelliklerinden biri de bu tesislerin yüksek kapasitede hizmet sunabilmeleri olarak görülmektedir (IEG, 2016). Yapımı tamamlanmış ve henüz devam eden şehir hastaneleri içerisinde 3.711 yatak kapasitesi ile Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü bölgedeki sağlık hizmetleri açığını kapatmayı hedefleyen Türkiye'nin en büyük KÖO sağlık projelerinden birisidir.

Tablo 5. Türkiye’de KÖİ Modeli Kullanılarak Yapımı Tamamlanmış ve Devam Eden Şehir Hastaneleri

No	Şehir Hastanesi	Hastane Türleri	Yatak Kapasitesi	Güncel Durum
1.	Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü	Genel Hastane	3711	Faaliyette
		Kadın Doğum Hastanesi		
		Çocuk Hastanesi		
		Kardiyoloji ve KVC Hastanesi		
		Onkoloji Hastanesi		
		Ortopedik ve Nörolojik Bilimler Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
2.	Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	Genel Hastane	2682	Faaliyette
		Kadın Doğum Hastanesi		
		Çocuk Hastanesi		
		Kardiyoloji ve KVC Hastanesi		
		Ortopedik ve Nörolojik Bilimler Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Onkoloji Hastanesi		
3.	Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü	Genel Hastane	1607	Faaliyette
		Kalp-Damar Hastanesi		
		Kadın Doğum Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		

Tablo 5. Türkiye’de KÖİ Modeli Kullanılarak Yapımı Tamamlanmış ve Devam Eden Şehir Hastaneleri (Devamı)

No	Şehir Hastanesi	Hastane Türleri	Yatak Kapasitesi	Güncel Durum
4.	Adana Entegre Sağlık Kampüsü	Bölge Hastanesi	1550	Faaliyette
		Onkoloji Hastanesi		
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
		Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
5.	Bursa Entegre Sağlık Kampüsü	Bölge Hastanesi	1355	Faaliyette
		Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi		
		Onkoloji Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
6.	Mersin Entegre Sağlık Kampüsü	Bölge Hastanesi	1293	Faaliyette
		Kalp ve Damar Hastalıklar Hastanesi		
		Onkoloji Hastanesi		
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
7.	Eskişehir Şehir Hastanesi	Genel Hastane	1081	Faaliyette
		Kardiyoloji ve KVC Hastanesi		
		Onkoloji Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
8.	Tekirdağ Şehir Hastanesi	Genel Hastane	566	Faaliyette
9.	Yozgat Şehir Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	475	Faaliyette

Tablo 5. Türkiye’de KÖİ Modeli Kullanılarak Yapımı Tamamlanmış ve Devam Eden Şehir Hastaneleri (Devamı)

No	Şehir Hastanesi	Hastane Türleri	Yatak Kapasitesi	Güncel Durum
10.	Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	Genel Hastane	1038	Faaliyette
		Psikiyatri Hastanesi		
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
11.	Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü	Genel Hastane	838	Faaliyette
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
12.	Isparta Şehir Hastanesi	Genel Hastane	755	Faaliyette
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
13.	Manisa Entegre Sağlık Kampüsü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	558	Faaliyette
14.	Etlik Entegre Sağlık Kampüsü	Genel Hastane	3.577	Yapımı devam ediyor
		Kadın Doğum Hastanesi		
		Çocuk Hastanesi		
		Kardiyoloji ve KVC Hastanesi		
		Onkoloji Hastanesi		
		Ortopedik ve Nörolojik Bilimler Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi				
15.	Kütahya Şehir Hastanesi	Genel Hastane	600	Yapımı devam ediyor
		Psikiyatri Hastanesi		

Tablo 5. Türkiye’de KÖİ Modeli Kullanılarak Yapımı Tamamlanmış ve Devam Eden Şehir Hastaneleri (Devamı)

No	Şehir Hastanesi	Hastane Türleri	Yatak Kapasitesi	Güncel Durum
16.	İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	Bölge Hastanesi	2060	Yapımı devam ediyor
		Onkoloji Hastanesi		
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
		Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
17.	Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü	Bölge Hastanesi	1875	Yapımı devam ediyor
		Onkoloji Hastanesi		
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
		Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi		
		Psikiyatri Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		
18.	Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü	Bölge Hastanesi	1180	Yapımı devam ediyor
		Onkoloji Hastanesi		
		Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi		
		Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi		
		Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi		

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, 2018a; Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2020; Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2022.

Özel sektör paydaşlarının şehir hastanesi projelerine katılımının ve işbirliğinin devamlılığının sağlanması için projenin özel girişimciler için bazı teşvik edici avantajlar sunması da oldukça önemlidir. Bu kapsamda, şehir hastanesi projeleri ile özel sektör katılımcılarına KÖO yapısı tarafından oluşturulan teşvikler ve proje/sektöre özel teşvikler olarak iki avantajlı fırsat sunulmaktadır. İlk teşvik grubu, KÖO'larının yapısı nedeni ile özel sektör girişimcilerinin elde ettiği avantajlardan oluşmaktadır. Bu avantajlar kullanım bedeli ve hizmet bedeli ödemeleri, risklerin paylaşımı ve yeni yatırım alanlarına kavuşulmasıdır. İkinci teşvik grubu ise, özel sektör girişimcilerinin KÖO'na katılmaları ve birlikte çalışmaya devam etmeleri için özel olarak sunulan teşvikleri kapsamaktadır. İkinci teşvik grubu içerisinde özel sektörün girişimcilerine inşaat hakları verilmesi, finansman için hazine garantileri, KDV ve diğer vergi ve harçlardan muafiyetler, özel sektör girişimcileri için garanti fırsatları ve ticari hizmetler sektöründeki faaliyetler gösterilebilir (Uysal, 2020). Geleneksel ihale yöntemlerine göre daha karmaşık ve zaman alıcı olan KÖO ihalesi için rekabetin ve şeffaflığın sağlanması ve satın alma sürecinin etkili bir şekilde yönetilmesi çok önemlidir. KÖO projesi temel olarak adil risk paylaşımına dayandığından, ihaleye karar verilirken ve sözleşme yapılırken riskler dengelenmekte ve dağıtılırken aşırı riskten kaçınmak için sadece yönetilebilir riskler göz önüne alınmaktadır (Parlak vd., 2020).

KÖO modeline göre aşağıdaki koşullar esas alınarak sağlık sektöründe projeler yürütülmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014):

1. Sözleşme süreleri en fazla 49 yıl olmalıdır. Ancak bu süre çoğunlukla 30 yıla (25 yıl işletme, 3 yıl inşa) kadar uzamaktadır.
2. Sağlık Bakanlığı ön tasarı ve temel sözleşme ile ilgili eklerin verilmesinden sorumludur.
3. Kamu tarafından tesislerin kurulması için belirlenen saha hiçbir bedel ödenmeden temin edilir.
4. Kamu tarafından belirlenen saha üzerinde inşa edilecek tesislerin proje ile ilgili tüm ayrıntılarını özel sektör hazırlar.

5. İstekliler arasından ihaleyi kazanan özel kuruluş sağlık tesisinin inşaatına başlar.

2.4. Şehir Hastanelerinin Hukuki Statüsü

Türkiye’de sağlık sisteminde sunulan hizmetlerin kalite ve örgütlenmesi için KÖO konusunda atılan ilk önemli adım, 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu olarak bilinmektedir (Resmi Gazete, 1987). Ancak Türkiye’de 2000’li yıllara kadar sağlık sektöründe KÖO uygulamalarına rastlanmamakla birlikte bu döneme kadar ağırlıklı olarak sağlık hizmetleri sunumunda dış kaynak kullanımı ön plana çıkmıştır.

Bu konu ile ilgili ilk somut adım 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na, 2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun’la ek olarak 7. maddenin eklenmesidir (Resmi Gazete, 2005). Bu Kanun ile Türkiye’de kiralama amacı ile kamu sağlık tesislerinin inşasına ilişkin ilk düzenlemeler yapılmıştır (Pala vd., 2018). Sağlık sistemi reformunun bir parçası olarak 5396/2005 sayılı Kanun, Türkiye’deki sağlık tesislerinin inşası ve yenilenmesine ilişkin esasları belirleyen en önemli düzenleme olarak kabul edilmektedir (Gurgun ve Touran, 2014). Eklenen 7. madde doğrultusunda Yüksek Planlama Kurulu kararı ile Bakanlık devletin hazinesine ait olan taşınmazların üzerine sağlık tesisi yapılması için ihale usulü ile belirlenen müteahhit firmaya devredilmesi, devredilen arazilerin üzerinde Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği koşullara sahip sağlık tesislerinin yapılması ve bu sağlık tesislerinin belirlenen sözleşme ve süre dahilinde kiralanması hedeflenmiştir. Yapılan sözleşme ile özel sektörün sağlık hizmetleri dışındaki tüm hizmetleri sunabileceği ancak sözleşme sona erdiğinde sağlık tesislerini herhangi bir ödeme yapılmadan kamuya devretmekle yükümlü olduğu belirtilmiştir (Parlak vd., 2020).

2006 yılına gelindiğinde ise Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik’in Bakanlar Kurulu tarafından

onaylanması ile kamuya ait sağlık tesislerinin kiraya verilmesine, sağlık tesis ve ek binalarının her türlü bakım-onarım ve tamiratının yapılmasına, tıbbi destek hizmetlerinin yanı sıra tıbbi olmayan hizmetlerin sunumunun şehir hastaneleri ile sürdürülmesine yönelik önemli adımlar atılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012b). Bu süreç içerisinde 2007 yılına gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu-Özel İşbirliği Daire Başkanlığı'nın kurulmuş olması da Türkiye'de şehir hastaneleri projelerinin gelişimi açısından oldukça önemlidir (Songur ve Top, 2018).

Hükümet Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği ihaleler sonucunda verilen yargı kararlarını dikkate alarak 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun'un tekrar düzenlenmesi yerine, 2013 yılında 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'u yürürlüğe koymuştur (Resmi Gazete, 2013; Sözer, 2013). 6428/2013 sayılı Kanun şehir hastanelerine ilişkin usul ve esasların belirlendiği en önemli düzenlemelerden birisi olarak kabul edilmektedir. Bu kanun ile Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı kuruluşlar tarafından yapılması beklenen sağlık tesislerinin, ön proje ve belirlenecek olan temel standartlar çerçevesinde KÖO modeli ile yapılmasına dair önemli adımlar atılmıştır (Resmi Gazete, 2013). Bu sebeple Maliye Bakanlığı, devlet hazinesine ait taşınmazlar üzerinde ücretsiz, tüzel veya gerçek kişinin yararına haklar tesis ederek taşınmazların devrini gerçekleştirmektedir. Projeyi uygulayan yüklenici firma, belirli bir inşaat ve işletme döneminde hizmet, ürün veya işin sağlanmasını garanti etmektedir. Bu arada devlet, yüklenici firmanın kirasını uzun vadeli bir ödeme planına göre ödemektedir. Bu proje, hizmetin kamu tarafından verildiği ancak özel sektör tarafından işletildiği bir modeldir (Özer, 2016).

2006 yılında çıkarılan yönetmelik ve 2013 yılında çıkarılan yasa ile KÖO modellerinin kapsamı ve içeriği hakkında daha ayrıntılı bilgilere yer verilmiştir. Yapılan bu düzenlemelerin ardından entegre sağlık kampüsü, sağlık kampüsü, KÖO, kamu-özel işbirliği gibi kavramlar ortaya çıksa da KÖO ile yapılan hastaneler şehir hastaneleri olarak adlandırılmış ve kamuoyuna sunulmuştur (Pala vd., 2018). Ayrıca bu gelişmelere

ek olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Müdürlüğe bağlı olarak Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı'nın da faaliyete geçmesi ile KÖO projelerinin sağlık sektöründe uygulanması daha da kurumsallaşmıştır (Songur ve Top, 2018).

2.5. Şehir Hastanelerinin Sağlık Sistemindeki Avantaj ve Dezavantajları

Şehir hastaneleri son yıllarda Türkiye sağlık sistemindeki en güncel konularından birisi haline gelmiştir. Bu projeler cevaplanması gereken birçok soruyu gündeme getirmekle beraber tüm dikkatleri üzerine çekmektedir. Bu tür büyük ölçekli projelere katılım kaçınılmaz olarak ekonomik, sosyal ve politik ilişkileri etkilemekte ve yeni bir reform niteliği taşımaktadır. Yeni kurulan sistemlerin hepsinde olduğu gibi şehir hastaneleri projelerinin de avantajlarından ve dezavantajlarından bahsetmek mümkündür (Gökkaya vd., 2018a; Ceylan, 2020). Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü Sağlık Bakanlığı tarafından KÖO modeline göre yapımı tamamlanan şehir hastanelerinin Türkiye Sağlık sistemindeki avantajlar ve dezavantajlarını şu şekilde sıralamıştır (Atasever vd., 2018).

Avantajlar

- Şehir hastanelerinde finansman özel sektörden karşılandığı için tesisin yapımı aşamasında devlet herhangi bir maliyet ödemez. Yapılan yatırımın karşılığı tesisin işletilmesi süresince kira bedeli şeklinde ödenir.
- Sağlık tesislerinin yapımını üstlenen özel sektörden kaynaklı proje, uygulama hatası vb. tıbbi hizmetlerin sunulmasının aksadığı durumlarda hataların düzeltilmesine kadar geçen süre için kamunun ceza kesme yetkisi vardır.
- KÖO projeleri teklif sahibi tarafından geliştirilir, bu nedenle işletim döneminde yapılan değişiklik vs. durumlarında projeden yüklenici sorumludur.
- Sağlık tesisleri için harcanan tutar devlet borcunda görünmez. Yatırımın ve finansmanın riskleri özel sektöre devredilirken kamu, vatandaşların özel hastane konforunda sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamaktadır.

- KÖO modeli özelleştirme değil, modern tıbbi yapıların hızlı bir şekilde hayata geçirilmesine yönelik bir finansal yatırım modelidir.
- İşletme süresi sonunda Bakanlık ek ücret ödemeyecek ve sözleşme bitiminde şehir hastaneleri bakımlı ve çalışır vaziyette kamuya teslim edilecektir. Ayrıca Türk vatandaşları sağlık hizmeti almak için yurtdışına gitmeyecek bunun yerine yurtdışından Türkiye'ye sağlık turistleri gelecektir.
- Şehir hastaneleri özel sektörün hızlı karar vermesi, bu kararları yürütmesi ve kaynak yetersizliği gibi sorunlara yol açmaması nedeni ile kamu hastanelerinin yapısına uygulanamayacak teknik yapısı ve kalitesi yüksek hastaneler olarak inşa edilmektedir.
- Şehir hastaneleri teknolojik olarak; yeşil hastane sistemi, trijenerasyon, sismik izolasyon cihazı, kapalı yatak başı alanı, kapalı otopark, hastane içerisinde yürüyen merdiven vb. gibi sistemsel ve yapısal iyileştirmelere sahiptir.
- Bakım onarım maliyetlerinde tasarruf, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması, hastanede kalış sürelerinin kısalması ve teknik uygulamalar için daha düşük maliyetler gibi ekonomik faydalar sağlamaktadır.
- Şehir hastaneleri sağlıklı yaşam merkezi ve çalışan sosyal alanı, konforu yüksek çalışma ortamı, çalışan güvenliği, iş memnuniyetinin iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi vb. gibi iş gücü ve çalışan sağlığı alanlarında iyileştirmeler sağlamaktadır.
- Ülke çapında yaygın tedavi çeşitliliği, artan hizmet kalitesi, yeterli sayıda nitelikli yatak, tanı ve tedavide modern teknolojilerden faydalanılması ve hastane kaynaklı enfeksiyon riskinin azaltılması gibi avantajlar sağlamaktadır.

Dezavantajlar

- Uzun vadeli proje maliyeti ödemeleri nedeni ile proje maliyetlerinin kamuoyu tarafından yüksek olarak algılanması,

- KÖO modeli ile inşa edilen şehir hastanelerinin sözleşme hükümlerinin “ticari sır” gerekçesiyle kamuya açıklanmaması (Akyürek, 2021),
- Sözleşmelerin karmaşıklığı, kavramsal karışıklık ve uygulama zorlukları,
- Şehir hastanelerinin uzun zaman içerisinde tamamlanması, yatırım ve işletim süresi nedeni ile yüklenici firmanın olası riskleri mümkün olduğunca fiyata yansıtmaya çalışması,
- Şehir hastanelerinin işletilmesi boyunca, yatırımcı değişiklikleri, kamu ve özel sektör arasındaki ortak yönetim faaliyetlerinden kaynaklanan zafiyetlerin ortaya çıkması,
- Borçlanma özel sektör tarafından yapıldığından kaynak maliyetinin yüksek olma riski,
- Sözleşme bedellerinin döviz kuru ile belirlenmesi ve söz konusu dönemde Türk Lirası’nın dövize karşı sürekli değer kaybetmesinden dolayı devlet bütçesine çok fazla yük bindirmesi (Akyürek, 2021),
- Şehir hastanelerinin işleyişinde hem kamu hem de özel tarafın deneyimsizliği nedeni ile sorunların daha yavaş çözülmesi ve bu nedenle yeni alt mevzuatların oluşturulmasına ihtiyaç duyulması.

Şehir merkezlerinden uzakta inşa edilmesinden kaynaklanan ulaşım sorunu, KÖO ile yapılan hastanelerin sözleşme ve mevzuatlarındaki açıklıklar, yüksek yatak kapasitelerine sahip şehir hastanelerinin verimlilik konusundaki sıkıntıları, büyük hastane binalarından dolayı kurum içi ulaşımın zorlukları, bu tesislerin uzun vadede ne gibi sonuçlar getireceğinin öngörülmemesi ve açılan hastaneler yerine kapatılan devlet hastanelerinin ne olacağı bilinmemesi de şehir hastanelerinin dezavantajları arasındadır (Savaş vd., 2020). Bu dezavantajlar kamuoyunda ilk günden beri tartışma konusu olmaktadır ve bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın daha şeffaf ve çözüm odaklı olması gerektiği vurgulanmaktadır.

3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı ve kapsamı, problem cümlesi, hipotezleri, varsayımları, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri kaynakları ve veri toplama süreci, araştırmanın kısıtlılıkları ve veri analizi başlıkları detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Şehir hastaneleri Türkiye'nin sağlık sistemindeki en güncel konularından birisidir. Türkiye'de faaliyet gösteren kamu hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin aksine, şehir hastaneleri büyük bölgesel tıp merkezleri olarak yapılandırılmıştır. Bu büyük sağlık komplekslerinin kurulmasındaki amaç, çeşitli sağlık birimlerine sahip olarak bölge halkının sağlık ihtiyaçlarını en son teknoloji, tıbbi imkan ve nitelikli sağlık personeli ile karşılamaktır. Bu çalışma ile üst düzey yönetici (başhekim ve yardımcıları, hastane müdür ve yardımcıları) ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının meslek gruplarına ve uzmanlık alanlarına göre incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın bir diğer amacı ise; üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının karşılaştırılmasıdır. Çalışma sonucunda üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki tutumlarının çok yönlü olarak değerlendirilmesi ve çalışmanın yürütüldüğü şehir hastanesinden elde edilen bu değerlendirmelerin meslek ve uzmanlık gruplarına göre karşılaştırılması hedeflenmektedir. Bu araştırma, şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yönetici ve uzman hekim görüşlerinin değerlendirildiği ve bu değerlendirmeden elde edilen sonuçların karşılaştırıldığı bir çalışma olması nedeniyle şehir hastanelerinin etkin yönetimine önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

3.2. Problem Cümlesi

Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları meslek gruplarına göre değişmekte midir? Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapmakta olan üst düzey yöneticiler ile uzman hekimlerin şehir

hastanelerine yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? soruları araştırmanın problem cümlelerini oluşturmaktadır.

3.3. Hipotezler

Yukarıdaki araştırma amacına ulaşmak ve bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş problem cümlelerine yanıt bulabilmek için test edilecek hipotezler Tablo 6'daki gibidir. Bu çalışmada altı ana hipotez ve bu hipotezlere bağlı alt hipotezler bulunmaktadır.

Tablo 6. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1	Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark vardır.
Hipotez 1.1	Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında sağlık bakım kalitesi ve etkinliği açısından fark vardır.
Hipotez 1.2	Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında bakım bileşenlerinin koordinasyonu açısından fark vardır.
Hipotez 1.3	Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında disiplinlerarası bakım ekipleri açısından fark vardır.
Hipotez 1.4	Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında sağlık hizmetlerinin entegrasyonu açısından fark vardır.
Hipotez 2	Üst düzey yöneticilerin görev unvanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark vardır.
Hipotez 3	Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark vardır.
Hipotez 3.1	Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında sağlık bakım kalitesi ve etkinliği açısından fark vardır.
Hipotez 3.2	Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında bakım bileşenlerinin koordinasyonu açısından fark vardır.
Hipotez 3.3	Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında disiplinlerarası bakım ekipleri açısından fark vardır.
Hipotez 3.4	Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında sağlık hizmetlerinin entegrasyonu açısından fark vardır.
Hipotez 4	Hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Hipotez 5	Hastane üst düzey yöneticilerinin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Hipotez 6	Uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.4. Varsayımlar

Anketi yanıtlayan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin verdikleri yanıtların yansız olduğu, başkalarının fikirlerinden etkilenmedikleri ve bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermedikleri düşünülmektedir. Ayrıca veri toplama aracı olarak kullanılan ankette yer alan soruların çalışmaya katılan sağlık profesyonelleri tarafından kolaylıkla anlaşılabilirdiği varsayılmıştır.

3.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı'na bağlı şehir hastaneleri oluşturmaktadır. Nisan 2022 itibariyle Türkiye'de 13 Şehir Hastanesi aktif olarak faaliyet göstermekle birlikte 5 şehir hastanesinin yapımı halen devam etmektedir ve yakın zamanda faaliyete geçmesi planlanmaktadır. Bu çalışmada uygulama yapılacak şehir hastaneleri başlangıç aşamasında Ankara Şehir Hastanesi ve Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi olarak belirlenmiştir. Nüfus ve yerleşim dinamikleri esas alınarak belirlenen kriterlere ve çalışma yapılacak illerin büyükşehir olma statüsüne uygun olarak (TTB, 2014) sırasıyla Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Ankara Şehir Hastanesi'ni temsil etmek üzere kır ve kentte göre yapmakta olan sağlık profesyonellerinin (hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin) şehir hastanelerine yönelik tutumlarının karşılaştırılması hedeflenmiştir. Söz konusu hastanelerde yapılacak çalışmadan elde edilecek sonuçların sağlık profesyonellerinin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının kır ve kent gibi coğrafi ve ekonomik gelişmişlik kriterleri de dikkate alınarak yorumlanması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda anket uygulaması için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonuna başvurulmuş ve 26.10.2021 tarihinde gerekli etik komisyon izni alınmıştır (Ek 2). Bu çerçevede Ankara ve Elazığ'da bulunan şehir hastanelerine izinler için gerekli başvurular yapılmıştır ancak Ankara Şehir Hastanesi'nden çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınamamıştır (Ek 3). Bu nedenle çalışmaya ilgili tarihte saha uygulaması halen sürmekte olan Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde devam edilmiştir.

Bu çalışmada Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'ndeki üst düzey yönetici (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdür ve yardımcıları) ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının meslek gruplarına ve uzmanlık alanlarına göre incelenmesi ve karşılaştırılması hedeflenmiştir. 2022 yılı tarihi itibarıyla bu hastanede görev yapmakta olan 17 üst düzey yönetici ve 242 uzman hekim bulunmaktadır. Bu çalışmada kolayda örnekleme yöntemi ile tüm üst düzey yönetici ve uzman hekimlere ulaşılması ve yüz yüze anket uygulanması hedeflenmiştir. İlgili şehir hastanesinde görev yapmakta olan tüm üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlere toplam 300 anket dağıtılmıştır. Araştırma kapsamında 09.11.2021 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü ve Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin ilgili birimlerine başvurulmuş, 20.12.2021 tarihinde Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nden (Ek 4) gerekli izinler alınmış, yüz yüze anket uygulamasına başlanmıştır. Araştırma kapsamında 11 üst düzey yönetici ve 185 uzman hekimden oluşmak üzere toplam 196 sağlık profesyoneline ulaşılmıştır.

3.6. Veri Kaynakları ve Veri Toplama Süreci

Bu araştırma verilerin yüz yüze anket uygulaması yöntemi ile toplandığı analitik nitelikte kesitsel bir saha çalışmasıdır. Veri toplama süreci Aralık 2021'de başlamış ve Mart 2022'de sona ermiştir. Araştırmada 11 hastane üst düzey yöneticisi ve 185 uzman hekime ortalama 25 dakikalık bir süreliğine anket uygulanmıştır. Hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının karşılaştırılması amacıyla Zvonkovic (2015) tarafından geliştirilen "Initial Attitudes Toward Integrated Health Care Scale (ATIHC)" anketi kullanılmıştır (Ek 5).

ATIHC'nin dil geçerliliği için yazardan gerekli yazılı izinler alındıktan sonra iki ileri ve bir geri çeviri yöntemi uygulanmıştır. Anket ilk olarak İngilizce'yi çok iyi bilen iki kişi tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra anket çevirileri 3 uzman tarafından incelenerek ortak bir karar ile tek bir çeviri haline getirilmiştir. Elde edilen çeviri anket alanında uzman bir dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Orijinal anket ile çeviri anket arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildikten sonra

Türkçe hali bir öğretim üyesi tarafından tekrar kontrol edilerek uzman görüşlerine sunulabilmesi için son halini almıştır. İçerik geçerliliği için anketin İngilizce ve Türkçe formları 5 üst düzey yönetici ve 18 uzman hekim ve 7 öğretim üyesi doktor olmak üzere toplam 30 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Görüşmelerde uygun olmayan ifadeler konusunda uzmanlardan görüş istenmiştir. Anket, tüm uzman görüşleri dikkate alınarak yeniden yapılandırılmıştır ve uygun görülmeyen ifadeler değiştirilmiştir. Onaylanan değişiklikler yeni Türkçe forma uygulanarak anket son halinin almıştır.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket, iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde sosyo-demografik özellikleri ölçen 8 soru bulunmaktadır. Ankette üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu, şehir hastanelerindeki görevleri, görev unvanları, meslekteki çalışma süreleri konularındaki kişisel bilgilerine yer verilmiş ayrıca şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olup olmadığını belirtmeleri istenmiştir. Anketin ikinci bölümünde ise sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutlarından oluşan toplam 32 soru bulunmaktadır. Ankette yer alan bu sorular 1'in "Kesinlikle Katılmıyorum", 6'nın "Kesinlikle Katılıyorum"u temsil ettiği 6'lı Likert ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ankette yer alan soruların tamamının değerleri toplanıp 32 ye bölünerek genel değerlendirmelerin ortalaması, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutunun altındaki 5 soruya verilen yanıtların skorları toplanıp 5'e bölünerek sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin ortalaması, bakım bileşenlerinin koordinasyonu boyutunun altındaki 5 soruya verilen yanıtların skorları toplanıp 5'e bölünerek bakım bileşenlerinin koordinasyonunun ortalaması, disiplinlerarası bakım ekipleri boyutunun altındaki 7 soruya verilen yanıtların skorları toplanıp 7'ye bölünerek disiplinlerarası bakım ekiplerinin ortalaması ve son olarak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutunun altındaki 15 soruya verilen yanıtların skorları toplanıp 15'e bölünerek sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun ortalaması hesaplanmıştır. Ankette yer alan 1, 2, 5, 8, 12, 15, 18 ve 30 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiğinden ve diğer anket soruları ile aynı yönde olmadığından, bu sorular için ters kodlama yapılmış ve diğer sorular ile ifade uyumu sağlanmıştır.

Çalışmada hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin tutumlarını değerlendirmeye yönelik soruların güvenilirliği içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa katsayısı) ile değerlendirilmiştir. Tablo 7’de üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin tutumlarını değerlendirmeye yönelik soruların güvenilirliğine ilişkin bilgiler verilmiştir. Tablo 7’ye göre üst düzey yönetici anketlerindeki soruların Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,85, uzman hekimlerin anketlerindeki soruların Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ise 0,92’dir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarını ölçmeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlar birlikte değerlendirildiğinde genel güvenilirlik düzeyinin 0,92 olduğu görülmektedir. Bu değerlerin kabul edilebilirlik sınırı olarak bilinen 0,70’in (Cronbach, 1951) oldukça üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumları Değerlendirmek İçin Kullanılan Soruların Güvenirliği

Anketin Boyutları	Soru sayısı	Cronbach alfa katsayısı		
		Üst düzey yönetici anketi (n=11)	Uzman hekim anketi (n=185)	Genel (N=196)
Genel Değerlendirme	32	0,85	0,92	0,92
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	5	0,68	0,74	0,73
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	5	0,72	0,84	0,83
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	7	0,76	0,63	0,62
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	15	0,44	0,76	0,75

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın kısıtlılıklarından birisi sağlık profesyonellerinin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin karşılaştırılmasında Elazığ Fethi Sekin şehir hastanesinde görev yapan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin görüşleri ile sınırlı tutulmuş olmasıdır. Bunun yanı sıra uzman hekimlerin tamamından iş yoğunluğu nedeniyle geri dönüş alınamamıştır. Anket uygulaması için izin alınan süre içerisinde hekimlerin grevde olması, bazı kliniklere pandemi dolayısıyla giriş izninin verilmemiş olması, bazı üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin araştırmaya katılmak istememe eğiliminde olması araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Araştırma kapsamında kullanılan ATIHC ölçeğinde üst düzey yöneticilere yönelik mali ve finansal soruların az sayıda

olması da araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Araştırmanın kısıtlılıklarından bir diğeri ise Ankara Şehir Hastanesi'nin anket çalışması izin isteğine olumsuz yanıt vermiş olması nedeniyle sağlık profesyonellerinin şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerinin, nüfus ve kentleşme gibi dinamikler dikkate alınarak, kentsel ve kırsal alanlarda konumun etkisi ile nasıl farklılıklar gösterdiği incelenememesidir.

3.8. Verilerin Analizi

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra araştırma problemleri ve hipotezlere ilişkin çözümler SPSS (25) programı ile yapılmıştır. Analizlere başlanmadan önce veri hazırlık aşamasında veri seti eksik veriler, aykırı değerler bakımından gözden geçirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılarak analize hazır hale getirilmiştir. Buna göre 12 ve 22 nolu anket sorularına verilen yanıtlarda 1'er adet kayıp gözlem değerlerinin olduğu tespit edilmiş ve bu kayıp gözlem değerlerinin yerine ortalama değerler atanmıştır. Çalışmada hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Z testi ve Shapiro-Wilk W testleri kullanılarak incelenmiştir. Çalışma hipotezlerinden üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark olup olmadığı, üst düzey yöneticilerin görev unvanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark olup olmadığı ve uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark olup olmadığı, karşılaştırmalarda kullanılacak değişkenler normal dağılım göstermediğinden, Mann Whitney U (Fagerland ve Sandvik, 2009) ve Kruskal-Wallis varyans analizi (Hecke, 2012) testleri kullanılarak incelenmiştir. Hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimler arasında kişisel özellikler, meslekte çalışma süresi ve şehir hastanelerinin sağlık sektörüne uygunluğunun değerlendirilmesi bakımından fark olup olmadığı ise bazı gözlemlerde beklenen frekanslar 5'ten küçük olduğu için Fisher kesin Ki-kare testi kullanılarak test edilmiştir (Campbell, 2007). Son

olarak üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde ise bir tür nonparametrik ilişki katsayısı olan Spearman Sıra Korelasyon katsayısı (Liu vd., 2018) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket sorularının güvenilirliği ise Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir.

4. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde analiz sonuçlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Öncelikle araştırmada kullanılan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur, daha sonrasında hipotezlere ilişkin bulgular sunulmuş ve yorumlanmıştır.

4.1. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerine İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Tablo 8’de araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticilerin kişisel özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre üst düzey yöneticilerin %72,7’si erkek, %27,3’ü kadındır. Medeni durum açısından incelendiğinde üst düzey yöneticilerin tamamının evli olduğu (%100), eğitim durumlarına bakıldığında ise %81,8’inin lisans, %18,2’sinin tıpta uzmanlık eğitime sahip oldukları görülmektedir. Üst düzey yöneticilerin yaş dağılımı minimum 39 ile maksimum 58 arasında olup genel yaş ortalaması 49’dur ($\pm 5,64$).

Tablo 8. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	n		%	
Cinsiyet				
Kadın	3		27,3	
Erkek	8		72,7	
Medeni Durum				
Evli	11		100	
Öğrenim Durumu				
Lisans	9		81,8	
Tıpta Uzmanlık	2		18,2	
Toplam	11		100	
	Min.	Mak.	Ort.	Ss.
Yaş	39	58	48,73	5,64

Tablo 9’da araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticilerin mesleki bilgilerine ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan üst düzey yöneticilerin çalıştıkları hastanedeki görev dağılımına bakıldığında %54,5’inin müdür yardımcısı, %27,3’ünün müdür, %18,2’sinin başhekim yardımcısı olduğu görülmektedir. Meslekteki çalışma süreleri açısından bakıldığında üst düzey yöneticilerin %63,6’sının 21 ve üzeri yıl, %18,2’sinin 11-15 yıl, %9,1’inin 6-10 yıl ve %9,1’inin 1-5 yıl çalıştıkları görülmüştür.

Tablo 9. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerin Mesleki Bilgilerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	n	%
Şehir Hastanesindeki Görevi		
Başhekim Yardımcısı	2	18,2
Müdür	3	27,3
Müdür Yardımcısı	6	54,5
Meslekteki Çalışma Süresi		
1-5 yıl	1	9,1
6-10 yıl	1	9,1
11-15 yıl	2	18,2
16-20 yıl	0	0
21 ve üzeri	1	63,6
Toplam	11	100

Tablo 10’da araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin kişisel özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre uzman hekimlerin %62,2’si erkek, %37,8’i kadındır. Medeni durum açısından incelendiğinde uzman hekimlerin %86,5’inin evli, %13,5’inin bekar olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında ise tamamının tıpta uzmanlık eğitime sahip oldukları (%100) görülmektedir. Uzman hekimlerin yaş dağılımı minimum 30 ile maksimum 65 arasında olup genel yaş ortalaması 41’dir ($\pm 8,24$).

Tablo 10. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	n		%	
Cinsiyet				
Kadın	70		37,8	
Erkek	115		62,2	
Medeni Durum				
Bekar	25		13,5	
Evli	160		86,5	
Öğrenim Durumu				
Tıpta Uzmanlık	185		100	
Toplam	185		100	
	Min.	Mak.	Ort.	Ss.
Yaş	30	65	41,48	8,24

Tablo 11’de araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin mesleki bilgilerine ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan uzman hekimlerin çalıştıkları hastanedeki görev dağılımlarına bakıldığında %10,3’ünün Dahiliye, %10,3’ünün Acil Servis %8,6’sının Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji, %8,1’inin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %6,5’inin Kadın Hastalıkları ve Doğum, %5,9’unun Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, %5,9’unun Genel Cerrahi, %5,9’unun Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimi olarak görev yaptıkları görülmektedir. Diğer taraftan araştırmaya katılan uzman hekimlerin %0,5’inin Tıbbi Onkoloji, %0,5’inin Radyasyon Onkolojisi ve %0,5’inin Tıbbi Patoloji uzmanı olarak görev yaptıkları görülmektedir. Meslekteki çalışma süreleri açısından bakıldığında uzman hekimlerin %28,7’sinin 21 ve üzeri yıl, %23,2’sinin 11-15 yıl, %23,2’inin 6-10 yıl, %17,3’ünün 16-20 yıl ve %7,6’sının 1-5 yıl çalıştıkları görülmüştür.

Tablo 11. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	n	%
Şehir Hastanesindeki Görev Unvanı		
Genel Cerrahi	11	5,9
Ortopedi ve Travmatoloji	11	5,9
Dahiliye	19	10,3
Göz Hastalıkları	7	3,8
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	3,2
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	8,6
Dermatoloji	10	5,4
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	5,4
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	4,3
Üroloji	4	2,2
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	8,1
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	5,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	6,5
Acil Servis	19	10,3
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	3,8
Radyoloji	7	3,8
Palyatif Bakım	2	1,1
Radyasyon Onkolojisi	1	0,5
Tıbbi Onkoloji	1	0,5
Tıbbi Patoloji	1	0,5
Tıbbi Biyokimya	3	1,6
Enfeksiyon Hastalıkları	4	2,2
Meslekteki Çalışma Süresi		
1-5 yıl	14	7,6
6-10 yıl	43	23,2
11-15 yıl	43	23,2
16-20 yıl	32	17,3
21 ve üzeri yıl	53	28,7
Toplam	185	100

4.2. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygunluğuna İlişkin Görüşleri

Tablo 12’de araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna ilişkin görüşleri ile ilgili tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Buna göre şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olup olmadığına ilişkin soruya üst düzey yöneticilerin tamamı evet (%100), uzman hekimlerin ise %84,3’ü evet, %15,7’si hayır yanıtını vermiştir.

Tablo 12. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygunluğuna İlişkin Görüşleri

Değişkenler	n	%
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?		
Üst Düzey Yöneticiler		
Evet	11	100
Toplam	11	100
Uzman Hekimler		
Evet	156	84,3
Hayır	29	15,7
Toplam	185	100

4.3. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu incelenirken Kolmogorov-Smirnov Z ve Shapiro-Wilk W testleri kullanılmıştır. Tablo 13 araştırma kapsamındaki üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerini göstermektedir. Hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerinin şehir hastaneleri ile ilgili genel değerlendirmelerinin 1’in “Kesinlikle Katılmıyorum”, 6’nın “Kesinlikle Katılıyorum”u temsil ettiği bir ölçek üzerinden 4,35 ($\pm 0,65$) ortalama

değer ile orta düzeyde olduğu görülmektedir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmeleri boyutlar açısından incelendiğinde en yüksek ortalamalara sahip olan boyutların bakım bileşenlerinin koordinasyonu boyutu ($4,73\pm 0,95$), sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutu ($4,59\pm 0,88$) ve disiplinlerarası bakım ekipleri boyutu ($4,45\pm 0,67$) olduğu, en düşük ortalamaya sahip olan boyutun ise sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutu ($4,10\pm 0,59$) olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri

Değişkenler	N	Ort.	Ss.	KS	p
Genel Değerlendirme	196	4,35	0,65	0,16	<0,001
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	196	4,59	0,88	0,12	<0,001
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	196	4,73	0,95	0,15	<0,001
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	196	4,45	0,67	0,18	<0,001
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	196	4,10	0,59	0,13	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

4.4. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 14'te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin değerlendirmeleri sağlık bakım kalitesi ve etkinliği alt boyutları açısından incelendiğinde, hastaların sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalması $4,92 (\pm 1,05)$, sağlık hizmeti sunumundaki etkinliği azaltır $4,90 (\pm 1,19)$, hastaların diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alması $4,69 (\pm 1,27)$ ve hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır $4,67 (\pm 1,26)$ alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, sağlık profesyonellerinin hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler $3,76 (\pm 1,50)$ alt boyutuna ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 14. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri

Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti sunumunda etkinliği azaltır.	196	4,90	1,19	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) çalışan sağlık profesyonelleri, hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler.	196	3,76	1,50	0,19	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) tıbbi bakım alan hastalar, diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alırlar.	196	4,69	1,27	0,26	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır.	196	4,67	1,26	0,27	<0,001
Hastalar entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti aldıklarında kendilerine sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalırlar.	196	4,92	1,05	0,33	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 15'te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticilerinin şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yöneticilerin değerlendirmeleri sağlık bakım kalitesi ve etkinliği alt boyutları açısından incelendiğinde, hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır 5,09 ($\pm 1,13$), hastaların diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alması 4,82 ($\pm 1,07$), hastaların sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalması 4,81 ($\pm 1,77$) ve sağlık hizmeti sunumundaki etkinliği azaltır 4,72 ($\pm 1,61$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, sağlık profesyonellerinin hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler 3,64 ($\pm 1,56$) alt boyutuna ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 15. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri

Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	SW	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti sunumunda etkinliği azaltır.	11	4,72	1,61	0,75	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) çalışan sağlık profesyonelleri, hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler.	11	3,64	1,56	0,95	0,645
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) tıbbi bakım alan hastalar, diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alırlar.	11	4,82	1,07	0,72	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır.	11	5,09	1,13	0,67	<0,01
Hastalar entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti aldıklarında kendilerine sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalırlar.	11	4,81	1,77	0,72	<0,01
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi					

Tablo 16’da araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili uzman hekimlerin değerlendirmeleri sağlık bakım kalitesi ve etkinliği alt boyutları açısından incelendiğinde, hastaların sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalması 4,92 (± 1), sağlık hizmeti sunumundaki etkinliği azaltır 4,91 ($\pm 1,16$), hastaların diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alması 4,69 ($\pm 1,28$) ve hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır 4,65 ($\pm 1,27$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, sağlık profesyonellerinin hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler 3,77 ($\pm 1,50$) alt boyutuna ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 16. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri

Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti sunumunda etkinliği azaltır.	185	4,91	1,16	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) çalışan sağlık profesyonelleri, hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler.	185	3,77	1,50	0,19	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) tıbbi bakım alan hastalar, diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alırlar.	185	4,69	1,28	0,25	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır.	185	4,65	1,27	0,26	<0,001
Hastalar entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti aldıklarında kendilerine sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalırlar.	185	4,92	1	0,33	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

4.5. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 17’de araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin değerlendirmeleri bakım bileşenlerinin koordinasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde, sağlık hizmetleri sunumunda disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır 5,01 ($\pm 0,99$), birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır 4,91 ($\pm 1,31$), akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır 4,87 ($\pm 1,27$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en

yüksek ortalamalara sahip olduğu, ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştır 4,52 ($\pm 1,31$) ve kurum, topluluk, sağlık çalışanları ve hastaların özel ihtiyaçlarının dikkate alınması 4,34 ($\pm 1,24$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Sağlık hizmetleri sunumunda entegre sağlık kampüslerinden (şehir hastaneleri) faydalanmak disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır.	196	5,01	0,99	0,34	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz.	196	4,91	1,31	0,30	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır.	196	4,52	1,31	0,31	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki hasta geçişlerini/nakillerini kolaylaştırmaz.	196	4,87	1,27	0,28	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) kurumların, toplulukların, sağlık çalışanlarının ve hastaların özel ihtiyaçlarını dikkate alır.	196	4,34	1,24	0,27	<0,01
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 18'de araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticilerinin şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yöneticilerin değerlendirmeleri bakım bileşenlerinin koordinasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde, sağlık hizmetleri sunumunda disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır 5,27 ($\pm 0,90$) alt boyutuna ilişkin değerlendirmelerin en yüksek ortalamaya sahip olduğu, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz 4,72 ($\pm 1,73$), ayakta tedavi, evde bakım, toplum

temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştır 4,64 ($\pm 1,28$), akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz 4,54 ($\pm 1,63$) ve kurum, topluluk, sağlık çalışanları ve hastaların özel ihtiyaçlarının dikkate alınması 4,45 ($\pm 1,80$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 18. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	SW	p
Sağlık hizmetleri sunumunda entegre sağlık kampüslerinden (şehir hastaneleri) faydalanmak disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır.	11	5,27	0,90	0,73	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz.	11	4,72	1,73	0,76	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır.	11	4,64	1,28	0,59	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki hasta geçişlerini/nakillerini kolaylaştırmaz.	11	4,54	1,63	0,78	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) kurumların, toplulukların, sağlık çalışanlarının ve hastaların özel ihtiyaçlarını dikkate alır.	11	4,45	1,80	0,73	<0,01
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi					

Tablo 19’da araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili uzman hekimlerin değerlendirmeleri bakım bileşenlerinin koordinasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde, sağlık hizmetleri sunumunda disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır 5 (± 1), birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz 4,92 ($\pm 1,29$) ve akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz 4,89 ($\pm 1,25$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin

sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştır 4,51 ($\pm 1,31$) ve kurum, topluluk, sağlık çalışanları ve hastaların özel ihtiyaçlarının dikkate alınması 4,33 ($\pm 1,21$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 19. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Sağlık hizmetleri sunumunda entegre sağlık kampüslerinden (şehir hastaneleri) faydalanmak disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır.	185	5	1	0,34	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz.	185	4,92	1,29	0,31	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır.	185	4,51	1,31	0,30	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki hasta geçişlerini/nakillerini kolaylaştırmaz.	185	4,89	1,25	0,28	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) kurumların, toplulukların, sağlık çalışanlarının ve hastaların özel ihtiyaçlarını dikkate alır.	185	4,33	1,21	0,27	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

4.6. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 20’de araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekipleri konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin değerlendirmeleri disiplinlerarası bakım ekipleri alt boyutları açısından incelendiğinde, ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek tıbbi

bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler 5,02 ($\pm 1,16$), gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarını sağlar 4,92 ($\pm 0,99$), ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesini sağlar 4,80 ($\pm 1,08$) ve ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir 4,76 ($\pm 1,23$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır 4,02 ($\pm 1,47$) ve takım toplantıları için harcanan zaman başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir 2,94 ($\pm 1,36$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 20. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri

Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur.	196	4,92	0,99	0,31	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesine yardımcı olur.	196	4,80	1,08	0,33	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek, tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler.	196	5,02	1,16	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir.	196	4,76	1,23	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır.	196	4,02	1,47	0,25	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 20. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri (Devamı)

Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takım toplantıları için harcanan zaman, çoğunlukla başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir.	196	2,94	1,36	0,25	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takımlar halinde çalışmak çoğu zaman sağlık hizmeti sunumunu gereksiz yere karmaşıktırır.	196	4,68	1,11	0,32	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 21’de araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticilerinin şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekipleri konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yöneticilerin değerlendirmeleri disiplinlerarası bakım ekipleri alt boyutları açısından incelendiğinde, ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler 5,09 ($\pm 1,13$), disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır 5,09 ($\pm 1,22$) ve gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarını sağlar 4,82 ($\pm 0,75$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesini sağlar 4,09 ($\pm 1,51$) ve takım toplantıları için harcanan zaman başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir 2,82 ($\pm 1,25$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 21. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri

Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	SW	p
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur.	11	4,82	0,75	0,71	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesine yardımcı olur.	11	4,09	1,51	0,86	0,07
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek, tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler.	11	5,09	1,13	0,67	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir.	11	4,82	1,07	0,72	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır.	11	5,09	1,22	0,74	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takım toplantıları için harcanan zaman, çoğunlukla başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir.	11	2,82	1,25	0,86	0,06
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takımlar halinde çalışmak çoğu zaman sağlık hizmeti sunumunu gereksiz yere karmaşıklaştırır.	11	4,72	1,27	0,84	<0,05
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi					

Tablo 22’de araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekipleri konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili uzman hekimlerin değerlendirmeleri disiplinlerarası bakım ekipleri alt boyutları açısından incelendiğinde, ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler 5,01

($\pm 1,17$), gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur 4,93 ($\pm 1,01$), ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesini sağlar 4,84 ($\pm 1,04$) ve ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir 4,76 ($\pm 1,24$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır 3,96 ($\pm 1,47$) ve takım toplantıları için harcanan zaman başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir 2,95 ($\pm 1,37$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 22. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri

Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur.	185	4,93	1,01	0,31	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesine yardımcı olur.	185	4,84	1,04	0,33	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek, tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler.	185	5,01	1,17	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir.	185	4,76	1,24	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır.	185	3,96	1,47	0,24	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takım toplantıları için harcanan zaman, çoğunlukla başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir.	185	2,95	1,37	0,25	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 22. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri (Devamı)

Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takımlar halinde çalışmak çoğu zaman sağlık hizmeti sunumunu gereksiz yere karmaşıktırır.	185	4,68	1,10	0,32	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

4.7. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 23’te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin değerlendirmeleri sağlık hizmetlerinin entegrasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde, kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır 4,96 ($\pm 1,18$), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olmasıyla daha fazla etkili olur 4,90 ($\pm 1,07$), nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır 4,84 ($\pm 1,11$) ve özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur 4,82 ($\pm 1,34$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, en çok örgütsel düzeyde etkilidir 3,24 ($\pm 1,24$), nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır 2,99 ($\pm 1,31$) ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır 1,99 ($\pm 1,35$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 23. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur.	196	4,82	1,34	0,31	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez.	196	4,79	1,24	0,35	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) hasta bakımı için “herkese uyan tek tip” bir tedavi yaklaşımı yoktur.	196	4,62	1,21	0,33	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), sağlık durumlarının çeşitliliğine bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmak için uygundur.	196	4,46	1,24	0,23	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır.	196	4,84	1,11	0,26	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır.	196	2,99	1,31	0,22	0,215
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) en çok örgütsel düzeyde etkilidir.	196	3,24	1,24	0,17	0,645
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmetleri gereken zaman dahilinde sunulabilir.	196	4,37	1,14	0,27	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ekonomik olarak uygulanabilir.	196	3,47	1,46	0,15	0,012
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) tüm hizmet basamaklarında (1., 2., ve 3. basamak) uygulanmak yerine belirli hastalık popülasyonlarına uygulandığında en iyi şekilde çalışır.	196	3,58	1,47	0,17	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri), sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri vardır.	196	4,53	1,14	0,31	<0,05
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 23. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri (Devamı)

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır.	196	1,99	1,34	0,28	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır.	196	4,96	1,18	0,30	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) entegre sağlık bakımı için organizasyonel kaynaklar elverişlidir.	196	3,99	1,23	0,22	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olması durumunda daha fazla etkili olacaktır.	196	4,90	1,07	0,29	<0,05
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

Tablo 24’te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticilerinin şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili üst düzey yöneticilerin değerlendirmeleri sağlık hizmetlerinin entegrasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde, fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez 5,36 ($\pm 1,20$), nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır 5 ($\pm 1,41$), sağlık durumlarının çeşitliliğine bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmak için uygundur 4,91 ($\pm 1,13$) ve lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olmasıyla daha fazla etkili olur 4,73 ($\pm 1,27$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, belirli hastalık popülasyonlarına uygulanması durumunda en iyi şekilde çalışır 3,55 ($\pm 1,44$), nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır 3,36 ($\pm 1,62$) ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır 2,91 ($\pm 1,97$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 24. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	SW	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur.	11	4,73	1,90	0,66	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez.	11	5,36	1,20	0,59	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) hasta bakımı için “herkese uyan tek tip” bir tedavi yaklaşımı yoktur.	11	3,64	1,56	0,79	<0,01
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), sağlık durumlarının çeşitliliğine bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmak için uygundur.	11	4,91	1,13	0,75	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır.	11	5	1,41	0,61	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır.	11	3,36	1,62	0,90	0,215
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) en çok örgütsel düzeyde etkilidir.	11	3,64	1,56	0,95	0,645
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmetleri gereken zaman dahilinde sunulabilir.	11	4,55	1,29	0,62	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ekonomik olarak uygulanabilir.	11	4,55	1,57	0,80	0,012
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) tüm hizmet basamaklarında (1., 2., ve 3. basamak) uygulanmak yerine belirli hastalık popülasyonlarına uygulandığında en iyi şekilde çalışır.	11	3,55	1,44	0,83	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri), sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri vardır.	11	3,91	1,13	0,82	<0,05
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi					

Tablo 24. Araştırma Kapsamındaki Hastane Üst Düzey Yöneticilerinin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri (Devamı)

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	SW	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır.	11	2,91	1,97	0,82	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır.	11	4,45	1,12	0,84	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) entegre sağlık bakımı için organizasyonel kaynaklar elverişlidir.	11	4,09	1,44	0,70	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olması durumunda daha fazla etkili olacaktır.	11	4,73	1,27	0,84	<0,05
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi					

Tablo 25’te araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili uzman hekimlerin değerlendirmeleri sağlık hizmetlerinin entegrasyonu alt boyutları açısından incelendiğinde, kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır 4,99 ($\pm 1,18$), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olmasıyla daha fazla etkili olur 4,91 ($\pm 1,06$), nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır 4,83 ($\pm 1,09$) ve özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur 4,82 ($\pm 1,30$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sırasıyla en yüksek ortalamalara sahip olduğu, en çok örgütsel düzeyde etkilidir 3,22 ($\pm 1,22$), nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır 2,97 ($\pm 1,29$) ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır 1,94 ($\pm 1,29$) alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin ise en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 25. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur.	185	4,82	1,30	0,30	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez.	185	4,76	1,24	0,35	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) hasta bakımı için “herkese uyan tek tip” bir tedavi yaklaşımı yoktur.	185	4,68	1,16	0,33	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), sağlık durumlarının çeşitliliğine bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmak için uygundur.	185	4,44	1,25	0,22	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır.	185	4,83	1,09	0,25	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır.	185	2,97	1,29	0,23	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) en çok örgütsel düzeyde etkilidir.	185	3,22	1,22	0,17	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmetleri gereken zaman dahilinde sunulabilir.	185	4,36	1,13	0,26	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ekonomik olarak uygulanabilir.	185	3,41	1,43	0,16	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) tüm hizmet basamaklarında (1., 2., ve 3. basamak) uygulanmak yerine belirli hastalık popülasyonlarına uygulandığında en iyi şekilde çalışır.	185	3,58	1,48	0,18	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri), sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri vardır.	185	4,56	1,14	0,32	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır.	185	1,94	1,29	0,28	<0,001

Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi

Tablo 25. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri (Devamı)

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konulu Sorular	N	Ort.	Ss.	KS	p
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır.	185	4,99	1,18	0,30	<0,001
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) entegre sağlık bakımı için organizasyonel kaynaklar elverişlidir.	185	3,99	1,22	0,22	<0,001
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olması durumunda daha fazla etkili olacaktır.	185	4,91	1,06	0,29	<0,001
Kısaltmalar: Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; KS: Kolmogorov-Smirnov Z testi					

4.8. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Değerlendirmeleri

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmeleri genel ve dört boyut itibariyle değerlendirilmiştir.

4.8.1. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri

Tablo 26'da araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastaneleri ile ilgili genel değerlendirmeleri incelendiğinde, Anesteziyoloji ve Reanimasyon 4,78 ($\pm 0,09$), Göz Hastalıkları 4,69 ($\pm 0,26$), Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji 4,68 ($\pm 0,54$), Dahiliye 4,66 ($\pm 0,33$) ve Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları 4,61 ($\pm 0,67$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, Ortopedi ve Travmatoloji 3,76 ($\pm 0,95$) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3,75 ($\pm 0,77$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin ise en düşük ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 26. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Değerlendirmeleri

Uzmanlık Alanları	n	Ort.	Ss.	SW	p
Genel Cerrahi	11	4,51	0,25	0,98	0,98
Ortopedi ve Travmatoloji	11	3,76	0,95	0,92	0,35
Dahiliye	19	4,66	0,33	0,98	0,93
Göz Hastalıkları	7	4,69	0,26	0,85	0,14
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	4,78	0,09	0,77	<0,05
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	4,68	0,54	0,84	<0,05
Dermatoloji	10	4,32	0,57	0,88	0,15
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	4,61	0,67	0,48	<0,01
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	4,29	0,36	0,97	0,92
Üroloji	4	4,58	0,16	0,95	0,71
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	3,75	0,77	0,91	0,12
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,39	0,59	0,84	0,03
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	4,24	0,83	0,96	0,84
Acil Servis	19	4,09	0,73	0,95	0,44
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	4,41	0,32	0,94	0,70
Radyoloji	7	4,34	0,69	0,64	<0,01
Tıbbi Biyokimya	3	4,53	0,99	0,89	0,36
Enfeksiyon Hastalıkları	4	4,55	0,16	0,92	0,56
Palyatif Bakım, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji*	5	4	0,77	0,83	0,13

Açıklamalar: *Palyatif Bakımda 2, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji uzmanlık alanlarında yalnızca 1 uzman hekim araştırmaya katıldığından bu uzmanlık alanlarındaki hekimlerin görüşleri birlikte değerlendirilmiştir. **Kısaltmalar:** Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi

4.8.2. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 27’de araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastaneleri ile ilgili sağlık bakım kalitesi ve etkinliği değerlendirmeleri incelendiğinde, Göz

Hastalıkları 5,20 ($\pm 0,36$), Enfeksiyon Hastalıkları 5,20 ($\pm 0,51$), Genel Cerrahi 5,18 ($\pm 0,43$), Üroloji 5,15 ($\pm 0,34$), Anesteziyoloji ve Reanimasyon 5,10 ($\pm 0,39$), Dahiliye 5,01 ($\pm 0,62$) ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 4,88 ($\pm 0,41$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, Ortopedi ve Travmatoloji 3,94 ($\pm 0,60$) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3,78 ($\pm 1,08$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin ise en düşük ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 27. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmeleri

Uzmanlık Alanları	n	Ort.	Ss.	SW	p
Genel Cerrahi	11	5,18	0,43	0,97	0,94
Ortopedi ve Travmatoloji	11	3,94	0,60	0,93	0,45
Dahiliye	19	5,01	0,62	0,95	0,44
Göz Hastalıkları	7	5,20	0,36	0,94	0,67
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	5,10	0,39	0,87	0,26
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	4,88	0,79	0,81	<0,05
Dermatoloji	10	4,52	0,88	0,93	0,48
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	4,86	0,85	0,70	<0,01
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	4,22	0,40	0,92	0,45
Üroloji	4	5,15	0,34	0,97	0,85
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	3,78	1,08	0,94	0,41
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,56	0,73	0,87	0,08
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	4,41	1,03	0,95	0,74
Acil Servis	19	4,07	0,90	0,87	<0,05
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	4,88	0,41	0,94	0,68
Radyoloji	7	4,65	0,87	0,77	<0,05
Tıbbi Biyokimya	3	4,73	1,55	0,93	0,49
Enfeksiyon Hastalıkları	4	5,20	0,51	0,99	0,97
Palyatif Bakım, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji*	5	4,20	1,01	0,88	0,32

Açıklamalar: *Palyatif Bakımda 2, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji uzmanlık alanlarında yalnızca 1 uzman hekim araştırmaya katıldığından bu uzmanlık alanlarındaki hekimlerin görüşleri birlikte değerlendirilmiştir. **Kısaltmalar:** **Ort:** Ortalama; **Ss:** Standart sapma; **SW:** Shapiro-Wilk W testi

4.8.3. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 28’de araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastaneleri ile ilgili bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki değerlendirmeleri incelendiğinde, Anesteziyoloji ve Reanimasyon 5,43 ($\pm 0,19$), Üroloji 5,35 ($\pm 0,25$), Genel Cerrahi 5,25 ($\pm 0,35$), Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları 5,24 ($\pm 0,94$), Göz Hastalıkları 5,22 ($\pm 0,58$) ve Dahiliye 5,17 ($\pm 0,49$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, Ortopedi ve Travmatoloji 3,98 ($\pm 1,13$) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3,85 ($\pm 1,13$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin ise en düşük ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 28. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Uzmanlık Alanları	n	Ort.	Ss.	SW	p
Genel Cerrahi	11	5,25	0,35	0,97	0,94
Ortopedi ve Travmatoloji	11	3,98	1,13	0,92	0,32
Dahiliye	19	5,17	0,49	0,95	0,46
Göz Hastalıkları	7	5,22	0,58	0,94	0,66
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	5,43	0,19	0,77	<0,05
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	5,05	0,74	0,81	<0,01
Dermatoloji	10	4,70	0,80	0,86	0,09
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	5,24	0,94	0,53	<0,01
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	4,45	0,68	0,93	0,56
Üroloji	4	5,35	0,25	0,89	0,41
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	3,85	1,13	0,86	<0,05
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,70	0,92	0,81	<0,05
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	4,48	1,18	0,93	0,41
Acil Servis	19	4,40	0,98	0,95	0,39

Tablo 28. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri (Devamı)

Uzmanlık Alanları	n	Ort.	Ss.	SW	p
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	4,85	0,51	0,83	0,08
Radyoloji	7	4,68	1,16	0,75	<0,05
Tıbbi Biyokimya	3	4,66	1,79	0,79	0,10
Enfeksiyon Hastalıkları	4	5,20	0,23	0,72	<0,05
Palyatif Bakım, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji*	5	4,16	1,14	0,95	0,77

Açıklamalar: *Palyatif Bakımda 2, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji uzmanlık alanlarında yalnızca 1 uzman hekim araştırmaya katıldığından bu uzmanlık alanlarındaki hekimlerin görüşleri birlikte değerlendirilmiştir. **Kısaltmalar:** Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi

4.8.4. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 29’da araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekipleri konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastaneleri ile ilgili disiplinlerarası bakım ekipleri değerlendirmeleri incelendiğinde, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları 4,80 ($\pm 0,57$), Dahiliye 4,77 ($\pm 0,36$), Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji 4,75 ($\pm 0,34$), Anesteziyoloji ve Reanimasyon 4,71 ($\pm 0,20$), Göz Hastalıkları 4,69 ($\pm 0,23$) ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4,66 ($\pm 0,54$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3,98 ($\pm 0,86$) ve Ortopedi ve Travmatoloji 3,91 ($\pm 0,99$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin ise en düşük ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 29. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeleri

Uzmanlık Alanları	n	Ort.	Ss.	SW	p
Genel Cerrahi	11	4,50	0,36	0,92	0,34
Ortopedi ve Travmatoloji	11	3,91	0,99	0,87	0,08
Dahiliye	19	4,77	0,36	0,94	0,32
Göz Hastalıkları	7	4,69	0,23	0,88	0,25
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	4,71	0,20	0,98	0,96
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	4,75	0,34	0,91	0,13
Dermatoloji	10	4,37	0,76	0,90	0,23
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	4,80	0,57	0,62	<0,01
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	4,48	0,61	0,93	0,58
Üroloji	4	4,53	0,31	0,96	0,79
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	3,98	0,86	0,86	<0,05
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,66	0,54	0,87	0,08
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	4,26	0,89	0,91	0,22
Acil Servis	19	4,15	0,82	0,95	0,45
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	4,53	0,44	0,90	0,39
Radyoloji	7	4,42	0,70	0,59	<0,01
Tıbbi Biyokimya	3	4,61	0,50	0,99	0,84
Enfeksiyon Hastalıkları	4	4,57	0,30	0,92	0,57
Palyatif Bakım, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji*	5	4,11	0,72	0,76	<0,05

Açıklamalar: *Palyatif Bakımda 2, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji uzmanlık alanlarında yalnızca 1 uzman hekim araştırmaya katıldığından bu uzmanlık alanlarındaki hekimlerin görüşleri birlikte değerlendirilmiştir. **Kısaltmalar:** Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; SW: Shapiro-Wilk W testi

4.8.5. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 30'da araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusundaki değerlendirmeleri sunulmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastaneleri ile ilgili sağlık hizmetlerinin entegrasyonu değerlendirmeleri incelendiğinde,

Anesteziyoloji ve Reanimasyon 4,48 ($\pm 0,03$), Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları 4,45 ($\pm 0,54$), Tıbbi Biyokimya 4,37 ($\pm 0,79$), Göz Hastalıkları 4,34 ($\pm 0,30$), Dahiliye 4,33 ($\pm 0,29$) ve Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi 4,18 ($\pm 0,28$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3,60 ($\pm 0,64$) ve Ortopedi ve Travmatoloji 3,57 ($\pm 1,03$) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin ise en düşük ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 30. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Türlerine Göre Şehir Hastanelerine İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeleri

Uzmanlık Alanları	n	Ort.	Ss.	SW	p
Genel Cerrahi	11	4,05	0,26	0,93	0,46
Ortopedi ve Travmatoloji	11	3,57	1,03	0,85	<0,05
Dahiliye	19	4,33	0,29	0,92	0,14
Göz Hastalıkları	7	4,34	0,30	0,94	0,65
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	4,48	0,03	0,64	<0,01
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	4,45	0,54	0,94	0,42
Dermatoloji	10	4,11	0,41	0,84	0,05
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	4,45	0,54	0,94	0,42
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	4,18	0,28	0,93	0,53
Üroloji	4	4,16	0,22	0,85	0,24
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	3,60	0,64	0,94	0,50
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,11	0,61	0,75	<0,01
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	4,10	0,75	0,96	0,87
Acil Servis	19	3,96	0,69	0,92	0,15
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	4,05	0,38	0,94	0,64
Radyoloji	7	4,09	0,52	0,79	<0,05
Tıbbi Biyokimya	3	4,37	0,79	0,85	0,24
Enfeksiyon Hastalıkları	4	4,11	0,03	0,63	<0,01
Palyatif Bakım, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji*	5	3,82	0,70	0,73	<0,05

Açıklamalar: *Palyatif Bakımda 2, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji ve Tıbbi Patoloji uzmanlık alanlarında yalnızca 1 uzman hekim araştırmaya katıldığından bu uzmanlık alanlarındaki hekimlerin görüşleri birlikte değerlendirilmiştir. **Kısaltmalar:** **Ort:** Ortalama; **Ss:** Standart sapma; **SW:** Shapiro-Wilk W testi

4.9. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 31’de araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin cinsiyet bakımından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışmakta olan üst düzey yöneticilerin %72,7’sinin cinsiyetinin erkek, %27,3’ünün kadın olduğu, uzman hekimlerin ise %62,2’sinin cinsiyetinin erkek, %37,8’inin kadın olduğu görülmektedir. Buna göre şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimler arasında cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 31. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması

Karşılaştırılan Gruplar	Erkek		Kadın		Toplam		p ^{&}
	n	%	n	%	n	%	
Üst Düzey Yöneticiler	8	72,7	3	27,3	11	100	0,36
Uzman Hekimler	115	62,2	70	37,8	185	100	
Toplam	123	62,8	73	37,2	196	100	

[&]Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

4.10. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Medeni Durumları Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 32’de araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin medeni durumları bakımından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışmakta olan üst düzey yöneticilerin tamamının (%100) medeni durumunun evli, uzman hekimlerin ise %86,5’inin medeni durumunun evli, %13,5’inin bekar olduğu görülmektedir. Buna göre şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimler arasında medeni durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 32. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Medeni Durumları Bakımından Karşılaştırılması

Karşılaştırılan Gruplar	Evli		Bekar		Toplam		p ^{&}
	n	%	n	%	n	%	
Üst Düzey Yöneticiler	11	100	0	0	11	100	0,36
Uzman Hekimler	160	86,5	25	13,5	185	100	
Toplam	171	87,2	25	12,8	196	100	

&Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

4.11. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Meslekte Çalışma Süreleri Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 33'te araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin meslekte çalışma süreleri bakımından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışmakta olan üst düzey yöneticilerin %63,6'sının 21 ve üzeri yıl, %18,2'sinin ise 11-15 yıl, uzman hekimlerin ise %28,6'sının 21 ve üzeri yıl, %23,2'sinin 11-15 yıl arasında çalıştıkları görülmektedir. Buna göre şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimler arasında meslekte çalışma süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 33. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Meslekte Çalışma Süreleri Bakımından Karşılaştırılması

Karşılaştırılan Gruplar	1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16-20 yıl		21 ve üzeri		Toplam		p ^{&}
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Üst Düzey Yöneticiler	1	9,1	1	9,1	2	18,2	0	0	7	63,6	11	100	0,14
Uzman Hekimler	14	7,6	43	23,2	43	23,2	32	17,3	53	28,6	185	100	
Toplam	15	7,7	44	22,4	45	23	32	16,3	60	30,6	196	100	

&Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır,

4.12. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Öğrenim Durumu Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 34’te araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin öğrenim durumu bakımından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışmakta olan üst düzey yöneticilerin %81,8’inin öğrenim durumu lisans seviyesinde iken %18,2’sinin ise öğrenim durumunun tıpta uzmanlık seviyesinde olduğu görülmektedir. Uzman hekimlerin ise tamamının (%100) öğrenim seviyesinin tıpta uzmanlık seviyesinde olduğu görülmüştür. Buna göre şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimler arasında öğrenim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,001$).

Tablo 34. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Öğrenim Durumu Bakımından Karşılaştırılması

Karşılaştırılan Gruplar	Lisans		Tıpta Uzmanlık		Toplam		p ^{&}
	n	%	n	%	n	%	
Üst Düzey Yöneticiler	9	81,8	2	18,2	11	100	<0,001
Uzman Hekimler	0	0	185	100	185	100	
Toplam	9	4,6	187	95,4	196	100	

[&]Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

4.13. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticiler ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygun Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Tablo 35’te araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna verdikleri yanıtların karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışmakta olan üst düzey yöneticilerin tamamının şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşündüğü, uzman hekimlerin ise %84,3’nün şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olduğunu, %15,7’sinin ise

şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olmadığını düşündükleri görülmektedir. Buna göre araştırma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 35. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygun Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Karşılaştırılan Gruplar	Evet		Hayır		Toplam		p ^{&}
	n	%	n	%	n	%	
Üst Düzey Yöneticiler	11	100	0	0	11	100	0,37
Uzman Hekimler	156	84,3	29	15,7	185	100	
Toplam	167	85,2	29	14,8	196	100	

[&]Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

4.14. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri Hakkındaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Tablo 36’da araştırma kapsamındaki üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki genel değerlendirmeleri ile şehir hastaneleri hakkındaki değerlendirmelerin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibariyle gruplar arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar bir tür nonparametrik istatistiksel test olan Mann Whitney-U testi ile incelenmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili genel değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($U=954,50$, $p>0,05$). Bu durumda üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında farklılık olduğunu belirten **Hipotez 1** reddedilmiştir.

Araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık bakım kalitesi ve etkinliği (U=1015,50, $p>0,05$), bakım bileşenlerinin koordinasyonu (U=1014, $p>0,05$), disiplinlerarası bakım ekipleri (U=994, $p>0,05$) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu (U=823, $p>0,05$) konusundaki değerlendirmelerine ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır. Bu durumda üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında sağlık bakım kalitesi ve etkinliği açısından farklılık olduğunu belirten **Hipotez 1.1**, bakım bileşenlerinin koordinasyonu açısından farklılık olduğunu belirten **Hipotez 1.2**, disiplinlerarası bakım ekipleri açısından farklılık olduğunu belirten **Hipotez 1.3** ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu açısından farklılık olduğunu belirten **Hipotez 1.4** reddedilmiştir.

Tablo 36. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) ile İlgili Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Genel Değerlendirme	11	104,23	185	98,16	954,50	0,73
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	11	98,68	185	98,49	1015,50	0,99
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	11	98,18	185	98,52	1014	0,98
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	11	100,64	185	98,37	994	0,89
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	11	116,18	185	97,45	823	0,28
<i>U testi: Mann Whitney U</i>						

Tablo 37’de araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 37. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliğinin Bileşenleri ile İlgili Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti sunumunda etkinliği azaltır.	11	100,09	185	98,41	1000	0,91
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) çalışan sağlık profesyonelleri, hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler.	11	93,82	185	98,78	966	0,77
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) tıbbi bakım alan hastalar, diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alırlar.	11	100,82	185	98,36	992	0,88
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır.	11	119,09	185	97,28	791	0,19
Hastalar entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti aldıklarında kendilerine sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalırlar.	11	112	185	97,70	869	0,37
<i>U testi: Mann Whitney U</i>						

Tablo 38’de araştırma kapsamındaki üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 38. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu ile İlgili Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Sağlık hizmetleri sunumunda entegre sağlık kampüslerinden (şehir hastaneleri) faydalanmak disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır.	11	114,32	185	97,56	843,50	0,29
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırmaz.	11	97,68	185	98,55	1008,50	0,95
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır.	11	102,18	185	98,28	977	0,81
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki hasta geçişlerini/nakillerini kolaylaştırmaz.	11	86,59	185	99,21	886,50	0,44
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) kurumların, toplulukların, sağlık çalışanlarının ve hastaların özel ihtiyaçlarını dikkate alır.	11	115,82	185	97,47	827	0,27
<i>U testi: Mann Whitney U</i>						

Tablo 39’da araştırma kapsamındaki üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili disiplinlerarası bakım ekiplerinin alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, disiplinlerarası bakım ekiplerinin alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında altı alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmazken ($p>0,05$), “şehir hastanelerinde disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 39. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Disiplinlerarası Bakım Ekipleri Konusundaki Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur.	11	87,23	185	99,17	893,50	0,45
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesine yardımcı olur.	11	70,86	185	100,14	713,50	0,06
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek, tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler.	11	101,41	185	98,33	985,50	0,85
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir.	11	96,59	185	98,61	996,50	0,90
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır.	11	140,27	185	96,02	558	<0,01
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takım toplantıları için harcanan zaman, çoğunlukla başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir.	11	96,05	185	98,65	990,50	0,87
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takımlar halinde çalışmak çoğu zaman sağlık hizmeti sunumunu gereksiz yere karmaşıktırır.	11	103,05	185	98,23	967,50	0,76
<i>U testi: Mann Whitney U</i>						

Tablo 40'ta araştırma kapsamındaki üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun alt boyutları konusundaki

değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında on alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmazken ($p>0,05$), “şehir hastaneleri, fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez”, “şehir hastanelerinde hasta bakımı için herkese uyan tek tip bir tedavi yaklaşımı yoktur”, “şehir hastaneleri ekonomik olarak uygulanabilir”, “şehir hastanelerinde, sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri vardır” ve “şehir hastanelerinin başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 40. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur.	11	107,36	185	97,97	920	0,571
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez.	11	133,32	185	96,43	634,50	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) hasta bakımı için “herkese uyan tek tip” bir tedavi yaklaşımı yoktur.	11	60,73	185	100,75	602	<0,05
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), sağlık durumlarının çeşitliliğine bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmak için uygundur.	11	120,45	185	97,19	776	0,17
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır.	11	115,14	185	97,51	834,50	0,29
<i>U testi: Mann Whitney U</i>						

Tablo 40. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması (Devamı)

Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Konusundaki Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır.	11	111,14	185	97,75	878,50	0,43
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) en çok örgütsel düzeyde etkilidir.	11	114,32	185	97,56	843,50	0,32
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmetleri gereken zaman dahilinde sunulabilir.	11	115,27	185	97,50	833	0,28
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ekonomik olarak uygulanabilir.	11	140,18	185	96,02	559	<0,05
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) tüm hizmet basamaklarında (1., 2., ve 3. basamak) uygulanmak yerine belirli hastalık popülasyonlarına uygulandığında en iyi şekilde çalışır.	11	98,95	185	98,47	1012,50	0,97
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri), sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri vardır.	11	66,09	185	100,43	661	<0,05
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır.	11	122,09	185	97,10	758	0,12
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır.	11	67,68	185	100,33	678,50	<0,05
Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) entegre sağlık bakımı için organizasyonel kaynaklar elverişlidir.	11	109,91	185	97,82	892	0,47
Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olması durumunda daha fazla etkili olacaktır.	11	93,05	185	98,82	957,50	0,72

U testi: Mann Whitney U

Tablo 41’de araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticilerin görev unvanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Kruskal Wallis varyans analizi sonuçlarına göre üst düzey yöneticilerin görev unvanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=954,50$, $p>0,05$) bir farklılık yoktur. Buna göre üst düzey yöneticilerin görev unvanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında farklılık olduğunu belirten **Hipotez 2** reddedilmiştir.

Tablo 41. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticilerin Görev Unvanlarına Göre Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) ile İlgili Değerlendirmeler	Başhekim yardımcısı		Müdür		Müdür Yardımcısı		X^{2*}	p
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
Genel değerlendirme	2	8,25	3	6,00	6	5,25	1,23	0,53
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	2	7,50	3	7,33	6	4,83	1,66	0,43
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	2	7,75	3	5	6	5,92	0,86	0,64
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	2	7	3	6,17	6	5,58	0,29	0,86
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	2	8,50	3	5,83	6	5,25	1,45	0,48

* X^2 : Kruskal Wallis varyans analizi

Tablo 42’de araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara yer verilmiştir. Kruskal Wallis varyans analizi sonuçlarına göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($X^2=49,71$, $p<0,001$). Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında farklılık olduğunu belirten **Hipotez 3** kabul edilmiştir.

Kruskal Wallis varyans analizi sonuçlarına göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ($X^2=47,76$, $p<0,001$), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ($X^2=46,20$, $p<0,001$), disiplinlerarası bakım ekipleri ($X^2=33,27$, $p<0,05$) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ($X^2=40,15$, $p<0,05$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında sağlık bakım kalitesi ve etkinliği açısından bir farklılık olduğunu belirten **Hipotez 3.1**, bakım bileşenlerinin koordinasyonu açısından bir farklılık olduğunu belirten **Hipotez 3.2**, disiplinlerarası bakım ekipleri açısından bir farklılık olduğunu belirten **Hipotez 3.3** ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu açısından bir farklılık olduğunu belirten **Hipotez 3.4** kabul edilmiştir.

Sonuç olarak uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik genel tutumları ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibariyle değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tablo 42. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeleri

Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeler	Genel Cerrahi	Ortopedi ve Travmatoloji	Dahiliye	Göz Hastalıkları	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	Dermatoloji	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	Üroloji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Fizik Tedavi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Acil Servis	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Radyoloji	Tıbbi Biyokimya	Enfeksiyon Hastalıkları	Palyatif Bak., Radyasyon Onk., Tıbbi Patoloji	X ² *	p
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n		
	11	11	19	7	6	16	10	10	8	4	15	11	12	19	7	7	3	4	5		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Genel Değerlendirme	98,64	59,45	119,24	125,07	138,75	128,75	87,15	133,10	73,69	108	49,03	84,59	79,58	63,82	88,93	95,79	119,83	104,50	60,90	49,71	0,000
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	130,14	56,77	114,63	132,14	124,67	112,69	84,55	113,95	59,25	127,25	53,13	87,82	80,54	61,13	106,93	97,36	109	130,75	71,20	47,76	0,000
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	119	55,55	115,47	120,93	138,50	110,41	85,20	133,25	66,56	129,25	49,83	89,59	82,75	70,16	87,21	93,14	115,17	112,50	59,20	46,20	0,000
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	89,18	67,32	119,66	108	113,33	120,72	89,25	134,65	92,56	90,75	58,40	99,41	81,54	65,79	94,43	96,57	99,67	91,38	60,10	33,27	0,015
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	76,45	68,09	116,61	119,57	146,33	128,66	92,15	121,30	95	91,13	52,03	73,95	89,83	73,45	83,14	95,21	126,17	81,50	69,30	40,15	0,002

*X²: Kruskal Wallis varyans analizi

Tablo 43'te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiler boyutlar itibariyle incelendiğinde, tüm boyutların aralarında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin boyutlar arasındaki ilişkileri incelendiğinde, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki ($r_s=0,81$, $p<0,01$) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,72$, $p<0,01$) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,71$, $p<0,01$) olduğu, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,67$, $p<0,01$) olduğu, sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,66$, $p<0,01$) olduğu ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,64$, $p<0,01$) olduğu görülmektedir. Bu durumda, hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten **Hipotez 4** kabul edilmiştir.

Tablo 43. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri

Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumların Boyutları	n	r_s	Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	185	r_s	1			
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	185	r_s	0,809**	1		
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	185	r_s	0,666**	0,727**	1	
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	185	r_s	0,640**	0,710**	0,664**	1

*r_s: Spearman sıra korelasyon katsayısı; r_s ** 0,01 düzeyinde anlamlıdır.*

Tablo 44'te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticilerinin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin boyutlar arasındaki ilişkileri incelendiğinde, tüm boyutlar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bu durumda, üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten **Hipotez 5** reddedilmiştir.

Tablo 44. Araştırma Kapsamındaki Üst Düzey Yöneticilerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri

Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumların Boyutları	n	r_s	Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	11	r_s	1			
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	11	r_s	0,452	1		
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	11	r_s	0,030	0,352	1	
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	11	r_s	0,060	0,551	0,445	1

r_s : Spearman sıra korelasyon katsayısı

Tablo 45'te araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutlar arasındaki ilişkisi incelendiğinde, tüm boyutlar arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki ($r_s=0,82$, $p<0,01$) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,74$, $p<0,01$) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,72$, $p<0,01$) olduğu, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,69$, $p<0,01$) olduğu, sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü güçlü ilişki ($r_s=0,67$, $p<0,01$) olduğu ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü güçlü ilişki ($r_s=0,66$, $p<0,01$) olduğu görülmektedir. Bu durumda, uzman hekimlerin şehir hastanelerine

yönelik tutumlarının boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirten **Hipotez 6** kabul edilmiştir.

Tablo 45. Araştırma Kapsamındaki Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri

Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumların Boyutları	n	r_s	Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	185	r_s	1			
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	185	r_s	0,824**	1		
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	185	r_s	0,693**	0,746**	1	
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	185	r_s	0,666**	0,723**	0,678**	1

*r_s: Spearman sıra korelasyon katsayısı; r_s ** 0,01 düzeyinde anlamlıdır.*

5. BÖLÜM: TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarından elde edilen bulgular meslek grupları ve uzmanlık alanlarına göre karşılaştırılarak ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır. Bu çalışmada farklı uzmanlık alanlarının bir arada bulunduğu multidisipliner bir organizasyon olan şehir hastaneleri ile ilgili olarak üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin tutumları ele alınmış ve bu doğrultuda değerlendirmeler yapılmıştır. Bu kapsamda üst düzey yönetici ve uzman hekimlere uygulanan yüz yüze anket aracılığıyla şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olup olmadığı, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları açısından şehir hastanelerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi istenmiştir.

Çalışma kapsamında üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olup olmadığına yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Buna göre üst düzey yöneticilerin tamamının, uzman hekimlerin ise %84,3'ünün şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olduğuna yönelik olumlu bir görüşe sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında KÖO modelinin geleneksel yöntemle sunulan sağlık hizmetleri modeline göre daha olumlu değerlendirildiğine yönelik görüşlerin ağırlıkta olduğu görülmektedir (McIntosh vd., 2015; Caballer-Tarazona ve Vivas-Consuelo, 2016; Kosycarz vd., 2018; Miguel vd. 2019). Türkiye'de KÖO modeli ile inşa edilen şehir hastanelerine yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında ise, Top ve Sungur (2019)'un çalışmasına göre içerisinde hastane yöneticilerinin de bulunduğu farklı paydaşların %52'sinin KÖO modelini kullanarak şehir hastaneleri altyapılarını inşa etmenin uygun olduğuna yönelik görüş bildirdikleri görülmüştür. Çalışmaya göre, katılımcıların çoğunluğunun KÖO modelini, Türkiye sağlık sektörünün altyapısı için uygun bir finansman modeli olarak gördüğü belirlenmiştir. Kamu ve özel sektörden paydaşlar konu ile ilgili olumlu görüş bildirirken, sivil toplum kuruluşları (STK) temsilcilerinin olumsuz görüş bildirdikleri tespit edilmiştir.

Üst düzey yöneticilere kıyasla uzman hekimlerin sağlık hizmetlerinin sunumunda daha ön planda yer alması, iş yükü algılarının farklı olması ve örgütsel karar verme süreçlerinden çok klinik bakım kararları verme sürecinde aktif rol oynamaları şehir hastanelerine yönelik tutumlarında farklılıkların görülmesine sebep olabilmektedir. Bu çalışmada üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğu konusundaki görüşleri birlikte değerlendirildiğinde, üst düzey yöneticilerin uzman hekimlere göre daha olumlu bir yaklaşım sergilemesi durumu dikkat çekmektedir. Sağlık sektöründe KÖO modeline yönelik sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada bu çalışma ile benzer olarak sağlık yöneticilerinin KÖO modeli olan şehir hastanelerine yönelik genel tutumlarının olumlu yönde olduğu sonucuna varılmıştır (Ünal ve Ünal, 2017). Literatüre bakıldığında sağlık alanında örgütleyici, karar verici ve hizmet sunucu konumunda olan hastane yöneticilerinin stratejik planlama tutumlarının değişen politika uygulamalarına karşı etkili olduğu ve genellikle bu değişimler karşısında daha olumlu bir yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir (Kırılmaz vd, 2015; Ekiz ve Tarım, 2020). Nitekim bu çalışmada da üst düzey yöneticilerin görüşlerinin literatürde yapılan çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmektedir. Baş'ın (2018) çalışmasına göre şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörüne uygunluğu konusunda diğer personellerden daha olumlu yönde görüş bildirdikleri bulgulanmıştır. Literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada da uzman hekimlerin çoğunluğu şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmeleri birlikte incelendiğinde genel değerlendirmelerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($4,35 \pm 0,65$). Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmeleri sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları açısından incelendiğinde ise en yüksek ortalamaya sahip olan boyutun bakım bileşenlerinin koordinasyonu ($4,73 \pm 0,95$) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sunulmasını kolaylaştırmak için hasta bakımının organizasyonu olarak tanımlanan bakım koordinasyonunun sadece

sağlık hizmeti sunucuları için değil aynı zamanda sağlık hizmetlerini planlayan ve koordine edenler için de büyük bir öneme sahip olduğu bilinmektedir (McDonald vd., 2014; Busse ve Blümel, 2015). Bakım koordinasyonunun sağlanmasında etkin rol oynayan hekimlerin tedavi sürecinde farklı uzmanlık alanlarına sahip meslektaşları ile işbirliği içerisinde bir bakım planı geliştirmesi ve hizmet sağlayıcı olan hekimlerin birbirleriyle ve hastalar ile iyi bir iletişim içerisinde olmalarının hem bakım koordinasyonunun iyi bir şekilde yönetilmesine hem de hastaların sağlığı için risk teşkil edecek durumların ortadan kaldırılmasına yardımcı olduğu görüşü savunulmaktadır (Hodgson vd., 2021). Bu nedenlerle, bakım koordinasyonunun hem sağlık hizmeti yöneticileri hem de sunucuları olan uzman hekimler arasında bir odak noktası haline geldiği belirtilmiştir (Hearld vd., 2019). Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinde hastalara daha etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için bakım koordinasyonuna önem verdikleri söylenebilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin alt boyutları konusundaki değerlendirmeleri birlikte ele alındığında üst düzey yönetici ve uzman hekimler hastaların şehir hastanelerinde aldıkları sağlık hizmetinden memnun oldukları ile ilgili olarak olumlu değerlendirmelerde bulunmuşlardır. Sarcan ve Yaşar (2019)'ın şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastalar kendilerine sunulan sağlık hizmeti ve diğer destek hizmetlerden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonucuna göre hastaların memnuniyet düzeyini artıran hizmetlerin başında acil servis hizmetleri, güvenlik, temizlik, yemek ve şehir hastanesinde görevli personelin davranışları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca şehir hastanelerinin fiziki koşullarının diğer kamu hastanelerinden daha iyi olmasının da hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Gökkaya ve arkadaşlarının (2018b) yaptığı bir diğer çalışmada mevcut kamu hastanelerinin şehir hastanelerine dönüştürülmesi sürecinde hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada hasta memnuniyeti fiziksel çevre, genel memnuniyet, personel memnuniyeti ve zaman boyutu olmak üzere dört farklı boyutta incelenmiştir. Ele alınan boyutlar

çerçevesinde hastaların şehir hastanelerine yönelik memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörler arasında modern teknolojilerin kullanılması, yeni ve ferah hastane binalarının olması ve hastanenin genel hizmet kalitesinin yüksek olması yer almıştır. Baş'ın (2018) sağlık sektöründe uygulanan KÖO modeline ilişkin hizmet sunucuları ile hizmet yararlanıcılarının görüşlerini değerlendirdiği çalışma sonucunda ise genel anlamda hastaların şehir hastanelerine yönelik olumlu bir tutum içerisinde oldukları, çoğunlukla şehir hastanesinden alınan hizmetten memnun kaldığı, hastaların şehir hastanesinin sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşıladığını düşündükleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin hastaların şehir hastaneleri tarafından sunulan sağlık hizmetinden memnun olduklarına inandıkları belirlenmiştir. Şehir hastanelerinin Türkiye sağlık sisteminde yeni olması beraberinde birçok eleştiriyi getirmesine rağmen özel sektörün de aracılığıyla yapılan binaların fiziki koşulları kamu hastanelerine kıyasla daha modern, donanımlı, konforlu ve teknik açıdan daha kaliteli olduğu savunulmaktadır (Atasever vd., 2018; Gökkaya, 2021). Bunun yanında şehir hastanelerinin büyük kapasitede inşa edilmesinden dolayı hem tıbbi hem de destek hizmetlerin sunumunda yer alacak nitelikli personelinin varlığına ihtiyaç duyulmakta ve hizmet sunumunda modern teknolojilerin kullanılması esas alınmaktadır.

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine bakıldığında uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda etkinliği artırdığına dair değerlendirmelerinin üst düzey yöneticilere göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Yine uzman hekimlerin şehir hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verdiklerine yönelik değerlendirmelerinin de üst düzey yöneticilerin değerlendirmelerinden daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda etkin bir rol oynayan uzman hekimlerin bu değerlendirmeleri literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Mosadeghrad (2013) tarafından sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamının ve hastalara etkili, etkin ve verimli sağlık hizmetleri sunarak

memnun etmenin bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetleri kullanıcılarının çoğunlukla sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi hakkındaki görüşlerini, sağlık kuruluşlarının erişilebilirliği, sağlık kuruluşları içerisinde ve çevresinde güvenlik, temiz ve konforlu odalar, mahremiyet gibi klinik olmayan bakım unsurlarına dayanarak oluşturma eğiliminde oldukları da tespit edilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin görüşleri literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte, sağlık hizmeti sunucuları olan uzman hekimlerin hastalara sundukları sağlık hizmetlerinin yanı sıra şehir hastanelerinin yapısı gereği sahip oldukları fiziksel koşullar ve destek hizmetlerin de sağlık bakım kalitesini etkilediğini söylemek mümkündür.

Araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutları konusundaki değerlendirmeleri ele alındığında, üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin birlikte en yüksek değerlendirmelerinin sağlık hizmetleri sunumunda şehir hastanelerinden faydalanmanın disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırmadığına ve şehir hastanelerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırdığına yönelik olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında insan, makine ve sistemden oluşan ve sürekli etkileşim içinde olan riskli süreçleri içeren organizasyonlar olarak tanımlanan hastaneler birbirinden farklı disiplinlerin bir arada bulunduğu multidisipliner bir çalışma ortamını temsil etmektedir (Kohn vd., 1999). Bu nedenle hastanelerde sunulan sağlık hizmeti ve bakıma erişimin desteklenmesinde en önemli faktörlerin, disiplinlerarası bakım ekiplerinin koordinasyonu ile işbirliği ve uyum olduğu belirtilmiştir (Adam vd., 2020). Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların disiplinlerarası koordineli bir şekilde ele alınmasının, güncel sorunların daha hızlı tanımlanmasına ve çözülmesine olanak sağladığı savunulmaktadır (Aslan, 2020). Ayrıca ekip çalışması ile kazanılan hasta memnuniyetinin, sağlık çalışanlarının da memnuniyet ve motivasyonunu olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Çelik ve Karaca, 2017; Adam vd., 2020).

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ayrı ayrı bakıldığında ise uzman hekimlerin şehir hastanelerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri ve akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki hasta geçişlerini/nakillerini kolaylaştırdığına yönelik değerlendirmelerinin üst düzey yöneticilerden daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Klinik bakımın sağlayıcıları olan uzman hekimlerin hem tüm sağlık hizmet basamaklarında hem de akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve sosyal hizmetler gibi bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutlarında üst düzey yöneticilerden daha fazla sağlık hizmet sahasında oldukları ve klinik bakım sunumuyla doğrudan ilişkili oldukları için daha olumlu değerlendirmelerde buldukları öngörülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekiplerinin alt boyutları konusundaki değerlendirmeleri ele alındığında üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin birlikte en yüksek değerlendirmelerinin şehir hastanelerinde ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmenin tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataların önlemesine yönelik olduğu belirlenmiştir. Berghout ve arkadaşlarının (2015) sağlık profesyonellerinin hasta merkezli bakıma yönelik tutumlarının değerlendirildiği çalışmada, sağlık profesyonellerinin hasta bakım planı oluşturmaları ve iyi bir şekilde koordine etmelerinin hastaların bakım sırasında karşılaşılabileceği riskleri önlemeye yardımcı olduğuna vurgu yapılmıştır. Yine Andreasson ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir diğer çalışmaya göre yöneticilerin hasta bakımını ve sonuçlarını iyileştirmeye yönelik değerlendirmelerde olumlu görüşler bildirdiği ve hasta bakım planı geliştirmenin hayati derecede öneme sahip olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarını bakım süreçlerine yönelik yöntemlerin uygulanmasına dahil etmenin sağlık bakımı planı geliştirmede ve hataları önlemede sağlık profesyonellerini başarıya ulaştıracağı belirtilmiştir.

Çalışmanın dikkat çekici bulgularından birisi üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinde takım toplantıları için harcanan zamanın çoğunlukla başka şekillerde daha iyi değerlendirilebileceğine yönelik olan görüşlerinin olumsuz yönde olmasıdır. Van Bogaert ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada farklı disiplinlerden sağlık çalışanlarının işbirliği içerisinde olmasının iş yükünü dengelediği belirtilmiştir. İş yükünün dengelenmesinin temel sebebinin ise disiplinlerarası toplantıların varlığı olduğuna vurgu yapılmıştır. Buna göre sağlık profesyonelleri hastalara sunulan bakım hizmetleri hakkında doğru bilgiye sahip olmak için disiplinlerarası toplantıların gerekli olduğu konusunda hemfikirdirler. Şehir hastanelerinin kompleks yapısı ve birçok sağlık hizmetinin bir arada verilmesi hizmet sunumunda farklı disiplinlerin bir arada bulunmasını gerektirmektedir. Bu nedenle takım toplantıları için harcanan zamanın hastalara sunulan sağlık hizmetinde bütüncül bir tedavi yaklaşımını desteklediği, ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirdiği ve ekiplerin iş yükünün paylaşılmasını sağladığı düşünülmektedir.

Diğer yandan uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekiplerinin alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine bakıldığında ise, şehir hastanelerinde gözlemlerin ekibe bildirilmesinin ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olduğuna yönelik değerlendirmelerinin üst düzey yöneticilerin değerlendirmelerine kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir. Uzman hekimlerin şehir hastanelerindeki ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyumun daha iyi hasta bakımı kararları verilmesine yardımcı olduğuna ilişkin değerlendirmelerinin de üst düzey yöneticilerin değerlendirmelerine kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin giderek ekiplere, işbirliğine ve disiplinlerarası çalışmaya dayanması olduğu belirtilmiştir (McAlearney, 2008; ACGME, 2022).

Araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yöneticileri ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun alt boyutları konusundaki

değerlendirmeleri ele alındığında şehir hastanelerinin özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygun olduğuna yönelik değerlendirmelerinin olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında Batın ve arkadaşlarının (2020) üçüncü basamak bir şehir hastanesinde tedavileri yapılan hastaların yüksek riskli diyabetik komplikasyonlarının klinik bulgularının incelendiği bir çalışmada, şehir hastanelerinde multidisipliner bir tedavi yaklaşımı ile bu riskli hastalıkların tedavisinin daha etkin yürütüldüğü belirtilmiştir. Çalışmaya göre zorlu bir tedavi ve bakım süreci gerektiren diyabetik komplikasyonların tedavisinde multidisipliner yaklaşım ve ekip çalışmalarının ön planda olduğu şehir hastanelerinin tercih edilmesinin kronik hastalıkların takip edilmesinde önemli bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü süre boyunca hiçbir hastanın ölümünün gerçekleşmediği saptanmış ve sağlık profesyonellerinin hastaların ihtiyaçlarına daha hızlı yanıt verdiği belirtilmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgular literatür ile birlikte değerlendirildiğinde şehir hastanelerinin yüksek kalitede teknolojik cihaz ile nitelikli sağlık profesyonellerinin bir arada çalıştığı sağlık kampüsleri olmaları nedeniyle yüksek riskli ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde daha etkin bir rol oynamaları beklenmektedir.

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ayrı ayrı bakıldığında uzman hekimlerin şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri olduğuna ilişkin değerlendirmelerinin üst düzey yöneticilere kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde sağlık hizmetleri gibi komplike hizmetlerin sunumunda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin kesin bir ayrımının olmaması sebebi ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonuna vurgu yapıldığı görülmektedir (Özdemir vd., 2003). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının entegrasyon türleri farklı şekillerde olabilmektedir. Bunlardan ilki, bir sistemdeki hastaneler arasında temel destek faaliyetlerinin (örneğin, finans standardizasyonu, insan kaynakları, planlama) koordinasyonu olarak tanımlanan fonksiyonel entegrasyondur. İkincisi hekimlerin bir sisteme ekonomik olarak bağlı olma, hizmet kullanımı, planlama, yönetim ve yönetişime aktif olarak katılma derecesini belirten hekim-sistem

entegrasyonudur. Sonuncusu ise zaman içerisinde insanlar, işlevler ve faaliyetler arasında hasta bakım hizmetlerini koordine etmek için hastanelerin yapılarını ve sistemlerini ifade eden klinik entegrasyondur. Klinik entegrasyonun bu üç entegrasyon türü içerisinde en önemli entegrasyon türü olduğu ve diğer iki entegrasyon türünün gelişimine ve başarılı bir şekilde yürütülmesine bağlı olduğu görüşü savunulmaktadır. Ayrıca, klinik entegrasyonun hastalarla doğrudan bağlantı kuran bakım sürekliliğinin koordinasyonunu gerektirdiği için entegre bir sağlık sisteminin en önemli yönü olduğu ileri sürülmektedir (Burns ve Muller, 2008; Ridgely vd., 2020).

Bu çalışmada, üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerinin ekonomik olarak uygulanabilirliğine yönelik değerlendirmelerinin uzman hekimlere kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde yönetim ve klinik bakımın sunucuları olan yönetici ve hekimlerin, hastanelerdeki tıbbi ve ekonomik süreçlere ilişkin çok farklı algılara sahip olduklarını söylemek mümkündür. Geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin yönetiminde etkin olan hekimler ile profesyonel sağlık yöneticileri arasında uzmanlık seviyeleri, deneyim ve bakış açısı farklılıkları bulunmakta, bu durumun algılama farklılıklarını da beraberinde getirdiği savunulmaktadır (Falcone ve Satiani, 2008; Hayran, 2021). Örneğin, finansal yönetim ve maliyetlerin kontrolü profesyonel yöneticilerin odaklandıkları bir konu iken, klinik bakım kalitesinin artırılması hekimlerin uzman oldukları bir alandır. Kaliteli sağlık hizmetlerinin üretim ve geri bildirim süreçlerinde, diğer mal ve hizmetlerin üretiminden farklı olarak profesyonel yöneticilerin hekimler ile koordineli bir şekilde hizmet sürecinde yer alması ise kaçınılmazdır (Hayran, 2021). Songur (2016) tarafından yapılan çalışmada içerisinde hastane yöneticilerinin de bulunduğu paydaşların büyük çoğunluğunun KÖO modelinin şehir hastaneleri projelerinde uygulanmasının ekonomiklik, kalite ve sağlık hizmetlerine erişimde olumlu görüş bildirdikleri tespit edilmiştir. Hekimlerin ise genellikle hastane yapılarında ve politikalarında değişiklik yapılmasının, tıbbi kararları doğrudan veya dolaylı olarak etkilediğinden şikayet ettiği ve bu yapılanmalara karşı daha temkinli yaklaştıkları belirlenmiştir. Bunun aksine yöneticilerin kurumun geleceğini güvence altına almak için yeterince yüksek bir kâr elde etme baskısı altında oldukları vurgulanmıştır. Bu nedenle kârlılık stratejileri ve organizasyonel süreçlerin

optimizasyonuna odaklanan yöneticilerin, hekimlerden farklı görüşlere sahip olması beklenen bir durum olarak görülmektedir (Köbberling, 2017). Ayrıca hekimlerin yöneticilere kıyasla şehir hastanelerinin ekonomik olarak uygulanabilirliğine yönelik görüş farklılıklarının nedenleri arasında şehir hastanelerine ödenecek kira ve hizmet bedelleri sebebi ile döner sermaye gelirlerindeki azalmanın yer aldığı savunulmaktadır. Nitekim halen faaliyette olan Isparta ve Adana'da bulunan şehir hastanelerinde çalışan personellerin bu ödenek sıkıntıları ile karşı karşıya kaldıkları görülmüştür (TTB, 2018). Uğurluoğlu ve arkadaşlarının (2019) şehir hastanesinde çalışanların memnuniyetini araştırdıkları bir çalışmada hekim ve diğer sağlık personellerinin şehir hastanelerinde döner sermaye ödemelerinin az olması veya bazen hiç alınamaması durumundan şikayetçi oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada ise klinik bakımın sunucuları olan hekimlerin şehir hastanelerinin ekonomik uygulanabilirliğe yönelik tutumlarının yöneticilerden farklı olması durumunun literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmanın yürütüldüğü süre boyunca hekimlerin yeterli ödenek alamadıklarını düşündükleri için grev yaparak iş bırakmaları ve ekonomik olarak daha çok desteklenmek istediklerini belirtmelerinin uzman hekimlerin üst yöneticilere kıyasla şehir hastaneleri ile ilgili daha az olumlu yönde bir görüşe sahip olma nedeni olarak açıklanabilmektedir.

Hem üst düzey yönetici hem de uzman hekimlerin şehir hastanelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanımına yönelik değerlendirmelerinin düşük ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bakanlık, Türkiye'de SDP ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekimliği modeli ile güçlendirmeyi ve bu modelin diğer sağlık hizmet seviyeleri üzerinde yetki ve denetime sahip bir yapıyı sağlamasını amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Ancak KÖO modeli ile faaliyete geçen şehir hastaneleri çok yüksek yatak kapasitelerine sahip olarak inşa edilmiştir ve %70 yatak doluluk oranı garanti ettiği bilinmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018b; Fedai, 2020). Literatür incelendiğinde SDP ile birlikte kurulmaya çalışılan güçlü aile hekimliği yapısının şehir hastaneleri projelerinin faaliyete geçmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin de bu sağlık kampüslerinde sunulması ile sekteye uğradığına yönelik görüşler mevcuttur (Cerrahoğlu, 2016; Fedai, 2020). Temelde birinci basamak sağlık

hizmetlerinin güçlendirilmesi için öncelikle sağlık giderlerinin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi gerekmektedir. Birinci basamağın yer aldığı aile hekimliklerinde çözülemeyen sağlık sorunlarının bir sonraki adım olarak hastanelere yönlendirilmesi gerekmektedir (Erkan, 2019). Ancak faaliyete geçen şehir hastaneleri ile birlikte bu kurumlara çok sayıda hastanın başvurması ve belirli bir yatak doluluk kapasitesine ulaşılması hedeflenmiştir. Bu hedeflere ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu da şehir hastanelerinde gerçekleşmekte, hasta ve tıbbi işlemlerin sayısındaki artışın yüksek olması bu kurumlara yönelik başarı algısı ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Oysa aile hekimliklerinin ön planda olduğu sağlık sistemlerinde hastanelere daha az sayıda hastanın başvuru yapması bir başarı kriteri olarak görülmektedir. Bu nedenle şehir hastaneleri ve birinci basamakta aile hekimliği sisteminin başarı faktörlerinin bu noktada birbirleri ile çeliştiği savunulmaktadır (Cerrahoğlu, 2016). Bu çalışmada üst düzey yönetici ve uzman hekimler şehir hastanelerinde birinci basamak sağlık hizmet sunumuna karşı daha olumsuz değerlendirmelerde bulunmaktadır ve bu değerlendirmeler literatürde yer alan bilgilerle tutarlılık göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmeleri incelendiğinde, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Göz Hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin yüksek ortalamalara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada yer alan uzman hekimlerin çoğunluğu 21 ve üzeri yıl çalışma deneyimine sahiptir. Uzun yıllar sağlık sektöründe hizmet vermiş olmanın bir sonucu olarak çalışma deneyimleri yüksektir. Buna göre iş tecrübesinin varlığının değişen sağlık sistemlerine daha kolay uyum sağlamayı ve sağlık hizmeti ihtiyacına daha hızlı yanıt vermeyi beraberinde getirdiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği konusundaki değerlendirmeleri incelendiğinde, Göz Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Genel Cerrahi, Üroloji ve Dahiliye uzman

hekimlerinin değerlendirmelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Nair ve arkadaşlarının (2017) Göz Hastalıkları hekimlerinin iş tatmini ve tükenmişlik düzeylerini incelemeyi amaçladıkları çalışmanın bulgularına bakıldığında çalışmaya katılan hekimlerin %54'ünün Göz Hastalıkları uzmanlık alanında çalışmaktan memnun oldukları ve düşük tükenmişlik düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Omolase ve arkadaşlarının (2010) Göz Hastalıkları hekimlerinin iş memnuniyetini değerlendirmeyi amaçladığı bir diğer çalışmanın bulgularına göre Göz Hastalıkları hekimlerinin %78,5'inin iş memnuniyetlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada Göz Hastalıkları uzman hekimlerinin nispeten hasta yoğunluğunun daha az, iş memnuniyetinin daha yüksek olduğu bir alanı temsil etmekte olup, sağlıkta güncel uygulamalar konusunda olumlu bir tutum sergiledikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki değerlendirmeleri incelendiğinde, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, roloji, Genel Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları ve Göz Hastalıkları uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir. Hastanelerde bakım bileşenlerinin koordinasyonunun sağlanabilmesi birçok uzmanlık grubunun koordineli bir şekilde hizmet sunumunu gerçekleştirmesini gerektirmektedir (McCarthy, 2015). Kekeç ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmaya göre Acil Servise başvuran ve ilk değerlendirilmelerinden sonra bütüncül bir tedavi alabilmesi için konsülte edilen hastaların en sık Genel Cerrahi, Göz Hastalıkları, roloji ve Kulak Burun Boğaz kliniklerine yönlendirildiği belirlenmiştir. Koordineli bir şekilde hizmet sunumu gerçekleştirebilmek için Acil Servis ve diğer uzmanlık alanlarının bulunduğu bölümler arasında işbirliği sağlanmaktadır. Bu sonuçlarla uyumlu olarak bu çalışmada üst düzey yönetici ve uzman hekim değerlendirmelerine göre şehir hastanelerinin bakım bileşenlerinin koordinasyonunun sağlanmasında bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti sundukları yönünde görüş belirttikleri görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin disiplinlerarası bakım ekipleri konusundaki değerlendirmeleri incelendiğinde, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Dahiliye, Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Kulak-Burun-Boğaz ve Fizik Tedavi gibi uzmanlık alanlarının multidisipliner bir yaklaşımla tedavi sunumunda sıklıkla yer aldıkları görülmektedir. Ayrıca bu disiplinlerarası ekiplerde yer alan uzmanlıkların hastaların tanı ve tedavisinde daha etkili ve hızlı hizmet sunduğu görülmektedir (Kutsal vd., 2005; Gokgoz vd., 2018). Multidisipliner bir yaklaşımı benimseyen şehir hastanelerinde disiplinlerarası bakım ekiplerinin varlığı ve bu ekiplerin birbirleriyle işbirliği içinde olduğu bir hizmet sunumu desteklenmektedir.

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusundaki değerlendirmeleri incelendiğinde, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları, Tıbbi Biyokimya, Göz Hastalıkları ve Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan ekiplerin entegre olarak çalışmalarının hem sağlanan bakımın kalitesini artırdığı hem de riskli ve kronik sağlık problemlerinin çözülmesine katkıda buldukları savunulmuştur (Rosen vd., 2018). Şehir hastaneleri projelerinde yer alan sağlık bakım ekiplerinin entegre bir hizmet sunumu ile hastaların memnuniyetini artırırken, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin de iş yükünü hafiflettiği düşünülmektedir.

Uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin genel, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile ilgili değerlendirmelerinin tamamında Ortopedi ve Travmatoloji ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimlerinin düşük ortalamalarla değerlendirmelerde buldukları tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında Tanner ve arkadaşlarının (2015) hekimlerin farklı uzmanlık alanlarındaki iş streslerinin

değerlendirdiği çalışmada Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerinin işyerinde geçimsizlik, işi kaybetme endişesi, terfi edememe, ücret azlığı, nöbetler gibi sosyal stresörlere maruz kalmak konusunda diğer uzmanlık türlerine göre daha yüksek değerlendirmelerde buldukları bulgulanmıştır. Bu faktörlerin varlığı Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerinin şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerinin diğer uzmanlık alanlarına göre daha olumsuz olması ile uyumluluk göstermektedir. Weigl ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmada iş stresi ve tükenmişliğin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimleri arasında yaygın olduğu bulunmuştur. Ayrıca artan iş yüküne karşın çalışma motivasyonunu artıran teşviklerin bulunmamasının (ödül, terfi, döner sermaye vs.) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık alanında çalışmakta olan uzman hekimlerin iş motivasyonunu büyük ölçüde olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin cinsiyetlerine bakıldığında üst düzey yönetici (%27,3) ve uzman hekimler (%37,8) içerisinde kadın çalışanların az sayıda olmaları dikkat çekmektedir. Bu çalışmada üst düzey yönetici ve uzman hekimler arasında cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde üst düzey yöneticiler arasında kadınların daha az sayıda oldukları, benzer şekilde uzman hekimler arasında da kadınların azınlıkta olması durumu dikkat çekmektedir (Songur, 2016; Güler, 2016; Baş, 2018; Tenşi, 2019). Bu çalışmadan elde edilen bulgular profesyonel sağlık yönetiminde cinsiyet eşitsizliğinin varlığına işaret etmektedir.

Araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında üst düzey yöneticilerin ve uzman hekimlerin çoğunluğunun meslekte 21 ve üzeri yıl çalıştıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmaya katılan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin çalışma süreleri göz önüne alındığında değerlendirme yapan sağlık profesyonellerinin sağlık sektöründe uzun yıllar çalışmış tecrübeli, yönetim ve klinik bakım süreçlerine hakim, sağlıkta politika değişikliklerine yakından tanık oldukları fark edilmektedir.

Araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin öğrenim durumlarına bakıldığında üst düzey yöneticilerin %81,8'nin lisans seviyesinde öğrenim durumuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Uzman hekimlerin öğrenim durumlarının tamamının tıpta uzmanlık seviyesinde olduğu görülmüştür. İlgili şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimler arasında öğrenim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,001$). Bu çalışmada yer alan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin çoğunluğunun eğitim düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu çalışma kapsamında üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki genel değerlendirmeleri ile şehir hastaneleri hakkındaki değerlendirmelerin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibariyle gruplar arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili genel değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamamıştır ($p>0,05$). Araştırma kapsamındaki üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusundaki değerlendirmelerine ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında ise yine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konularında farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamamıştır ($p>0,05$). Üst

düzy yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde ise üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, bakım bileşenlerinin koordinasyonunun alt boyutlarına ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ile bakım bileşenlerinin koordinasyonu boyutları hakkındaki değerlendirmelerinin farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili disiplinlerarası bakım ekiplerinin alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, üst düzey yöneticiler ile uzman hekimlerin “şehir hastanelerinde disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır” alt boyutuna ilişkin tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,01$). Şehir hastanelerinin farklı disiplinlerden oluşan ekiplerin bir arada çalıştığı kompleks yapılar olması sebebiyle bu yapılarda disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutmaktadır. Üst düzey yöneticilerin aksine uzman hekimler hasta bakım planı geliştirme konusunda daha aktif bir rol oynamaktadırlar (Meydan, 2020). Bu durumda üst düzey yöneticiler ile hekimlerin hasta bakım planı geliştirmenin zaman alıcı olması konusundaki görüşlerinin farklılık göstermesi olağandır. Nitekim disiplinlerarası ekiplerin oluşturulması, bu ekiplerle hastalar için etkili bir bakım planının geliştirilmesi ve işbirliğinin oluşturulması birçok farklı disiplini bir arada bulandıran şehir hastanelerinde zaman alıcı olabilmektedir.

Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun alt boyutları konusundaki değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, şehir hastanelerinin fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmemesi, hasta bakımı için herkese uyan tek tip bir tedavi yaklaşımı olmaması, ekonomik olarak uygulanabilirliği, sağlık hizmetleri

sunumunda entegrasyonun çeşitli türlerinin varlığı ve hekimlerin şehir hastanelerinin başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına olan ihtiyacın varlığına yönelik değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Üst düzey yöneticilerin görev unvanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde ise başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcılarının şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna göre üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesinde görev unvanları bakımından anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,001$). Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ($p<0,001$), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ($p<0,001$), disiplinlerarası bakım ekipleri ($p<0,05$) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ($p<0,05$) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu sonuçlara göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik hem genel tutumları hem de sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibariyle anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Hekimlerin hastane sistemleri içinde hizmet sunumunda lider rolü taşıdıkları bilinmektedir. Şehir hastaneleri gibi multidisipliner yaklaşım ile tanı ve tedavilerin yürütüldüğü sağlık kampüslerine ilişkin farklı uzmanlık alanlarına sahip uzman hekimlerin farklı tutumlara sahip olmaları durumu dikkat çekicidir.

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiler boyutlar itibariyle incelendiğinde, tüm boyutların aralarında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Buna göre bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve çok güçlü ($r_s = 0,81$, $p < 0,01$) ilişki olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s = 0,72$, $p < 0,01$) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s = 0,71$, $p < 0,01$) olduğu, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s = 0,67$, $p < 0,01$) olduğu, sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s = 0,66$, $p < 0,01$) olduğu ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki ($r_s = 0,64$, $p < 0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgularına göre araştırma sonucunda üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları dört boyut açısından değerlendirildiğinde tüm boyutlar arasında çok güçlü ilişkilerin varlığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular bakım bileşenlerinin koordinasyonunun artması durumunda sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin de arttığını göstermektedir. Benzer şekilde bakım bileşenlerinin koordinasyonu ve disiplinlerarası bakım ekipleri arasında da güçlü ilişkiler gözlemlenmiştir. Antonelli ve arkadaşları (2009) bakım koordinasyonunu geniş bir bakım sistemine entegre etmenin en etkili yolunun disiplinlerarası bakım ekipleri ile mümkün olduğu görüşünü savunmuşlardır. Bu çalışmanın bulgularına göre şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları birbirleriyle güçlü ilişkiler içerisindedir.

Üst düzey yöneticilerinin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, boyutlar arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Bu bulgulara göre üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerinde yönelik tutumlarının değerlendirilmesinde sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık

hizmetlerinin entegrasyonu boyutlarının birbirleriyle ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır.

Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutları arasındaki ilişkide, tüm boyutlar arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Buna göre bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki ($r_s=0,82$, $p<0,01$), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,74$, $p<0,01$), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,72$, $p<0,01$), sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ($r_s=0,69$, $p<0,01$), sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü güçlü ilişki ($r_s=0,67$, $p<0,01$) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü güçlü ilişki ($r_s=0,66$, $p<0,01$) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bulgularına göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları dört boyut açısından değerlendirildiğinde üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin birlikte değerlendirmelerine benzer olarak tüm boyutlar arasında güçlü ilişkiler gözlemlenmiştir. Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre bakım bileşenlerinin koordinasyonu ve sağlık bakım kalitesi ve etkinliği arasında çok güçlü ilişkilerin olması durumu dikkat çekmektedir. Bu bulgular bakım bileşenlerinin koordinasyonunun artması/azalması durumunda sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin de arttığını/azaldığını göstermektedir. Yine bir diğer güçlü ilişki bakım bileşenlerinin koordinasyonu ve disiplinlerarası bakım ekipleri arasında tespit edilmiştir. Rosen ve arkadaşları (2018) sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunda ekip çalışması ve iletişim zorluklarının olmasının, bakım koordinasyonunda da sorunların çıkmasına sebep olduğunu vurgulamışlardır. Bu çalışmada klinik bakımın başlıca sunucuları olan uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibarıyla güçlü ilişkilere sahip olduğunu söylemek mümkündür.

6. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında KÖO modeli ile inşa edilen şehir hastaneleri projelerinin daha iyi anlaşılabilmesi için KÖO modelinin tanımı, genel özellikleri, sınıflandırması, sağlık sektöründe uygulanması, dünyadaki uygulama örnekleri, sağlık sistemine sağladığı avantaj ve dezavantajlar hakkında bilgiler verilmiştir. Çalışma kapsamında yer alan şehir hastanesinde çalışan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları farklı boyutlar ve uzmanlık alanlarına göre değerlendirilmiştir. Yapılan bu değerlendirmelerden elde edilen sonuçlar karşılaştırılarak üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin tutumları arasındaki farklılıklar tespit edilmiş, bu farklılıkların nedenleri literatürdeki bilgiler ışığında tartışılmıştır.

Araştırma sonuçları üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna yönelik uzman hekimlerden daha olumlu bir görüşe sahip olduklarını göstermiştir. Üst düzey yöneticilerin sağlık sektöründe karar verici konumda olmaları ve değişen politika ve uygulamalara karşı hızlı adapte olabilmeleri şehir hastaneleri örneğinde olduğu gibi köklü değişimlere daha olumlu yaklaştıklarını göstermektedir. Araştırma kapsamında üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları açısından incelendiğinde hem üst düzey yöneticiler hem de uzman hekimler için bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki olumlu değerlendirmelerin ön plana çıktığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan şehir hastanelerine yönelik üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin tutumları sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu bileşenlerinin alt boyutları açısından değerlendirildiğinde önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre üst düzey yönetici ve uzman hekimler, hastaların şehir hastanelerinde aldıkları sağlık hizmetinden memnun olduklarını, sağlık hizmetleri

sunumunda şehir hastanelerinden faydalanmanın disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırmadığını, şehir hastanelerinde ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmenin tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önlediğini ve şehir hastanelerinin özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygun olduğunu belirtmişlerdir. Hem organizasyonel karar vericiler hem de hizmet sunucularının bu değerlendirmelerinin hizmet sunumunda yeni bir model olan şehir hastanelerine yönelik algıları temsil ettiği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda ulaşılan sonuçlardan bir diğerine göre hem üst düzey yöneticiler hem de uzman hekimler şehir hastanelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanımını desteklememişlerdir. Yüksek kapasiteli yatak sayılarına sahip şehir hastaneleri, yatak doluluk oranlarını artırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin de sunumunu gerçekleştirmektedir. Türkiye’de SDP ile hayata geçirilmeye çalışılan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılacak olan aile hekimlikleri uygulamaları ile şehir hastanelerinde de bu hizmetlerin sunumunun gerçekleşmesi çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem aile hekimliğinde sunulması hem de şehir hastanelerinde aynı hizmetlerin sunulmasından kaynaklanan bu karmaşıklığı çözmeye yönelik uzlaşmacı politikalar geliştirmesi önerilmektedir.

Şehir hastanelerine yönelik tutumların değerlendirilmesinde dikkat çeken bir diğer sonuç ise üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerinin ekonomik olarak uygulanabilirliğine yönelik değerlendirmelerinin uzman hekimlere kıyasla daha olumlu olmasıdır. Bu çalışmada şehir hastanelerinde görev yapmakta olan uzman hekimlerin ekonomik olarak daha teşvik edici unsurlarla desteklenmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır.

Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirilmenin aşırı derecede zaman alıcı olduğuna, şehir hastanelerinin fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirdiğine, hasta bakımı için herkese uyan tek tip bir tedavi yaklaşımı olmadığına, ekonomik olarak uygulanabilir olduğuna, sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türlerinin olduğuna ve hekimlerin şehir hastanelerinin başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç olduğuna yönelik değerlendirmelerinde anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ile ilgili bulgular incelendiğinde elde edilen sonuca göre hem genel değerlendirmelerde hem de dört boyut itibari ile Ortopedi ve Travmatoloji ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık alanlarının değerlendirmelerinin düşük ortalamalara sahip oldukları belirlenmiştir. Yoğun çalışma temposu ve iş stresinin bu olumsuz değerlendirmeler üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin ve sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Şehir hastaneleri gibi birçok disiplinin bir arada bulunduğu hastanelerde farklı uzmanlık alanlarına sahip hekimlerin sağlık sistemini farklı bakış açılarıyla değerlendirmeleri olağandır.

Bu çalışmada üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları hem meslek gruplarına göre hem de uzmanlık alanlarına göre incelenmiş ve bu inceleme sonuçları karşılaştırmalar yapılarak değerlendirilmiştir. Bu araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından birisi araştırma planının kır ve kent dinamikleri üzerine kurulduktan sonra ilgili hastanelerin hepsinden olumlu dönüş alınamadığı için çalışma kapsamına tek bir şehir hastanesinin dahil edilmesidir. Bu nedenle şehir hastaneleri ile

ilgili sağlık profesyonellerinin tutumlarının değerlendirilmesini amaçlayan sonraki çalışmalarda üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin meslek ve uzmanlık alanlarının yanı sıra şehir hastanelerine yönelik tutum ve değerlendirmelerin kır-kent dinamikleri ve nüfus yoğunluğu faktörleri dikkate alınarak incelenmesi önerilmektedir. Ayrıca ilerleyen araştırmalarda organizasyonel, teknolojik ve finansal açılardan şehir hastanelerinin sürdürülebilirliği, şehir hastanelerinin etkinlik ve verimliliğinin incelenmesi ve KÖO modeli ile şehir hastanesi inşa eden diğer ülke örnekleri ile karşılaştırmalı araştırmaların tasarlanması önerilmektedir. Bu araştırmada olduğu gibi üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının karşılaştırılmasının hedeflendiği diğer çalışmalarda sağlık profesyonellerinin şehir hastaneleri hakkında finansal açıdan değerlendirmelerini içeren ölçeklerin kullanılması/tasarlanması ve bu konuda nitel çalışmaların da yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E., ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2022). Common Program Requirements. Erişim Tarihi: 09.03.2022 <https://www.acgme.org/what-we-do/accreditation/common-program-requirements/>
- Adam, E., Sleeman, K. E., Brearley, S., Hunt, K., ve Tuffrey-Wijne, I. (2020). The Palliative Care Needs of Adults with Intellectual Disabilities and Their Access to Palliative Care Services: A Systematic Review. *Palliative Medicine*, 34(8), 1006-1018.
- Akdağ, R. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 26.11.2021. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/25703,shgmyatirimpdf.pdf?0>.
- Allard, G., ve Trabant, A. (2008). Public-Private Partnerships in Spain: Lessons and Opportunities. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, 7(2), 1-24.
- Alonso, J.M., Clifton, J., ve Díaz-Fuentes, D. (2015). The Impact of New Public Management on Efficiency: An Analysis of Madrid's Hospitals. *Health Policy*, 119(3), 333-340.
- Anderson, M.B., Petrie, M., Alier, M.M., Cangiano, M.M., ve Hemming, M.R. (2006). *Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk*. International Monetary Fund, Washington D.C.
- Akintoye, A., Hardcastle, C., Beck, M., Chinyio, E., ve Asenova, D. (2003). Achieving Best Value in Private Finance Initiative Project Procurement. *Construction Management and Economics*, 21(5), 461-470.
- Akintoye, A., Beck, M., ve Hardcastle, C. (2008). *Public-Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities*. Blackwell Publishing, UK.

- Akintoye, A. (2009). PPPs for Physical Infrastructure in Developing Countries. İçinde Akintoye, A. ve Beck, M. (Ed.), *Policy, Management and Finance of Public-Private Partnerships* (ss. 123-141). Blackwell Publishing, UK.
- Akyürek, Ç.E. (2021). Hastane Piyasası. İçinde Aslan, H., Aslan, E.Ç., ve Top, M. (Ed.), *Sağlık Ekonomisi* (ss. 195-224). Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Alonazi, W.B. (2017). Exploring Shared Risks Through Public-Private Partnerships in Public Health Programs: A Mixed Method. *BMC Public Health*, 17(1), 1-7.
- Andreasson, J., Eriksson, A., ve Dellve, L. (2016). Health Care Managers' Views on and Approaches to Implementing Models for Improving Care Processes. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 219-227.
- Antonelli, R.C., McAllister, J.W., ve Popp, J. (2009). Making Care Coordination a Critical Component of The Pediatric Health System: A Multidisciplinary Framework. The Commonwealth Fund. Erişim Tarihi: 26.12.2021 https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2009_may_making_care_coordination_a_critical_component_1277_antonelli_making_care_coordination_critical_final.pdf
- Aslan, F. (2020). Sağlığı Geliştirme Uygulamalarında Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, 30(1), 3-8.
- Atasever, M., Gözlü, M., Özaydın, M.M., Güler, H., Örnek, M., Barkan, O.B., Kavak, Y., ve İlhan, N. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Atasoy, H. (2011). *Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye'de Belediyelerin Altyapı Projelerinin Finansmanında Uygulanabilirliği*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Ayhan, E., ve Önder, E. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 109-121.
- Ballantyne, A., ve Stewart, C. (2019). Big Data and Public-Private Partnerships in Healthcare and Research. *Asian Bioethics Review*, 11(3), 315-326.

- Barrows, D., MacDonald, H. I., Supapol, A. B., Dalton-Jez, O., ve Harvey-Rioux, S. (2012). Public-Private Partnerships in Canadian Health Care: A Case Study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal on Budgeting*, 12(1), 1-14.
- Baş, Ö. (2018). *Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Batın, S., Gürbüz, K., Ekinci, Y., ve Çelik, İ. (2020). Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarının Tedavisine Dair Şehir Hastanesi Modelinde Klinik Sonuçlarımız: Diyabetik Yara Servisi'nde Mutlidisipliner Yaklaşım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 5(2), 5-10.
- Berghout, M., Van Exel, J., Leensvaart, L., ve Cramm, J.M. (2015). Healthcare Professionals' Views on Patient-Centered Care in Hospitals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-13.
- Bettignies, J.E., ve Ross, T.W. (2004). The Economics of Public-Private Partnerships. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 30(2), 135-154.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2008). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective*. Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Burns, L.R., ve Muller, R.W. (2008). Hospital-Physician Collaboration: Landscape of Economic Integration and Impact on Clinical Integration. *The Milbank Quarterly*, 86(3), 375-434.
- Busse, R., ve Blümel, M. (2015). Payment Systems to Improve Quality, Efficiency, and Care Coordination for Chronically Ill Patients—A Framework and Country Examples. İçinde Mas, N., ve and Wisbaum, W. (Ed.) *The Triple Aim for the Future of Health Care FUNCAS Social and Economic Studies* (ss. 83-100). Funcas, Madrid.
- Caballer-Tarazona, M., ve Vivas-Consuelo, D. (2016). A Cost and Performance Comparison of Public Private Partnership and Public Hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(1), 1-7.
- Campbell, I. (2007). Chi-Squared and Fisher–Irwin Tests of Two-By-Two Tables with Small Sample Recommendations. *Statistics In Medicine*, 26(19), 3661-3675.

- Canbaz, M. (2019). Küresel Dinamiklerin Kamu Özel İşbirliğine Yaklaşımı: Türkiye İçin Finansal Bir Değerlendirme. *İktisadi Yenilik Dergisi*, 6(2), 44-75.
- Cangöz, M.C., Emek, U., ve Karaca, N.U. (2021). *Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Modeli Uygulaması: Etkin Risk Paylaşımına Yönelik Bir Model Önerisi*. TEPAV Elektronik Yayınları, Ankara.
- Cerrahoğlu, A. (2016). Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak. *The Journal of Turkish Family Physician*, 7(3), 81-84.
- Ceylan Y. (2020). *Türkiye Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği ve Şehir Hastaneleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Chabrol, F., Albert, L., ve Ridde, V. (2019). 40 Years After Alma-Ata, Is Building New Hospitals in Low-Income and Lower-Middle-Income Countries Beneficial?. *BMJ Global Health*, 22(3), 1-5.
- Ciani, O., Torbica, A., Lecci, F., Morelli, M., Drummond, M., Tarricone, R., ... ve Bene, L.D. (2018). Myth #5: Health Care Is Rightly Left to the Private Sector, for the Sake of Efficiency. İçinde Adinolfi, P., ve Borgonovi, E. (Ed.) *The Myths of Health Care* (ss. 123-154). Springer, Cham.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Çelik, A., ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 254-263.
- Çınar, N.F., Türkoğlu, Ç., ve Tütünsatar, A. (2017). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 29(4), 215-232.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., ve Tinkler, J. (2006). New Public Management is Dead—Long Live Digital-Era Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494.

- Edwards, P., Shaoul, J., Stafford, A., ve Arblaster, L. (2004). *Evaluating the Operation of PFI in Roads and Hospitals (Vol. 84)*. Association of Chartered Certified Accountants, London.
- Ekiz, T., ve Tarım, M. (2020). Sağlık Yöneticilerinin Stratejik Planlama Tutumlarının Hastanelerin Pazar Oryantasyonuna Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 29-41.
- Emek, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.
- English, L.M., ve Guthrie, J. (2003). Driving Privately Financed Projects in Australia: What Makes Them Tick?. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 16(3), 493-511.
- Erkan, F. (2019). Şehir Hastaneleri. *Çalışma Ortamı Dergisi*, 159, 20-22.
- Ertaş, H., ve Dömbekci, H.A. (2018). Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı (PPP) Modeli: İngiltere ve Türkiye Karşılaştırması. *Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(30), 4009-4015.
- European Commission. (2014). Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery Across EU. Erişim Tarihi: 24.06.2021.
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/documents/publications/docs/ppp_finalreport_en.pdf
- European PPP Expertise Centre (EPEC) (2022a). *EPEC Data Portal*. Erişim Tarihi: 02.02.2022. <https://data.eib.org/epec/>
- European PPP Expertise Centre (EPEC). (2022b). Market Update Review of the European Public-Private Partnership Market in 2021. Erişim Tarihi: 15.01.2022. <https://www.eib.org/en/publications/epec-market-update-2021>.
- Eurostat. (2016). Frequently Asked Questions Public-Private Partnerships (PPPs) and Their Statistical Treatment in National Accounts (ESA2010). Erişim Tarihi: 03.11.2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/methodology/guidance-on-accounting-rules>

- Evren, Ç.C. (2016). *Kamu-Özel İş Birlikleri*. Birinci Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Fagerland, M.W., ve Sandvik, L. (2009). The Wilcoxon–Mann–Whitney Test Under Scrutiny. *Statistics in Medicine*, 28(10), 1487-1497.
- Falcone, R.E., ve Satiani, B. (2008). Physician As Hospital Chief Executive Officer. *Vascular and Endovascular Surgery*, 42(1), 88-94.
- Fedai, R. (2020). Şehir Hastaneleri'nin Gelişimi Sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18(4), 1-28.
- Frederickson, H.G. (2016). Yeni Bir Kamu Yönetimine Doğru İçinde Shafritz, J.M. ve Hyde, A.C. (Ed.) *Kamu Yönetimi Klasikleri*. Çev. Kara, M. Global Politika ve Strateji Yayınları, Ankara.
- Gokgoz, M.C., Ökçesiz, İ., Taşlı, H., Yiğit, Y.Ç., ve Taha, A. (2018). Akut Solunum Sıkıntısına Neden olan Travmatik Tiroid Hematomuna Multidisipliner Yaklaşım: Olgu Sunumu. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(2), 223-227.
- Gottwald, M., Becker, A., Bahr, I., ve Mueller-Fahrnow, A. (2016). Public–Private Partnerships in Lead Discovery: Overview and Case Studies. *Archiv der Pharmazie*, 349(9), 692-697.
- Gökkaya, D., Eroymak, S., ve İzgüden, D. (2018a). Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 19(4), 2235-2243.
- Gökkaya, D., İzgüden, D., ve Erdem, R. (2018b). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- Gökkaya, D. (2021). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (31), 73-96.
- Gökyurt F. (2018). *İdare Hukuku Bakımından Kamu Özel İşbirliği Sözleşmeleri*. Birinci Baskı, Adalet Yayınevi, Ankara.

- Grimsey, D., ve Lewis, M. (2007). *Public Private Partnerships: The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*. Edward Elgar Publishing, UK.
- Gurgun, A.P., ve Touran, A. (2014). Public-Private Partnership Experience in The International Arena: Case of Turkey. *Journal of Management in Engineering*, 30(6), 04014029.
- Güler, E. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Bursa İli Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Güney, E. (2005). Kamu Hizmetleri ve Altyapıda Kamu-Özel İşbirliği. *E-yaklaşım Dergisi*, 19, 126-151.
- Gürkan, M.F. (2014). *Kamu Özel Ortaklığı*. Adalet Yayınevi, Ankara.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.
- Güzelsarı, S. (2013). Kamu Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme, İçinde Balseven, H. ve Ercan, F. (Ed.) *Kriz ve Türkiye, Aşınan Teoriler* (313-361). Phoenix Yayınları, Ankara.
- Hayllar, M.R., ve Wettenhall, R. (2010). Public-Private Partnerships: Promises, Politics and Pitfalls. *Australian Journal of Public Administration*, 69, S1-S7.
- Hayran O. (2021). *Sağlık Yönetimi Yazıları*. SAGE Yayıncılık Reklam Matbaacılık, İkinci Baskı, Ankara.
- Hearld, L. R., Carroll, N., ve Hall, A. (2019). The Adoption and Spread of Hospital Care Coordination Activities Under Value-Based Programs. *The American Journal of Managed Care*, 25(8), 397-404.
- Hecke, T.V. (2012). Power Study of Anova Versus Kruskal-Wallis Test. *Journal of Statistics and Management Systems*, 15(2-3), 241-247.
- HM Treasury and Infrastructure U.K. (2018). Private Finance Initiative and Private Finance 2 Projects: 2018 Summary Data. Erişim Tarihi: 16.12.2021. <https://www.gov.uk/government/publications/private-finance-initiative-and-private-finance-2-projects-2018-summary-data>

- Hodge, G., ve Greve, C. (2005). Public–Private Partnerships: A Policy for All Seasons?.
İçinde Hodge, G., ve Greve, C. (Ed.), *The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience* (ss. 332-349). Edward Elgar, UK.
- Hodge, G.A., ve Greve, C. (2007). Public–Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558.
- Hodgson, A., Bernardin, T., Westermeyer, B., Hagopian, E., Radtke, T., ve Noman, A. (2021). Development of a Specialty Intensity Score to Estimate a Patient's Need for Care Coordination Across Physician Specialties. *Health Science Reports*, 4(2), e303.
- Independent Evaluation Group (IEG). (2016). *Public-Private Partnerships in Health: World Bank Group Engagement in Health PPPs An IEG Synthesis Report*. World Bank, Washington.
- Jacob, D., Kochendörfer, B., Von Drygalski, M., ve Hilbig, C. (2014). Ten Years of PPP in Germany: Experiences and Perspectives. *Proceedings of the Institution of Civil Engineers-Management, Procurement and Law*, 167(4), 180-188.
- Jefferies, M., Gajendran, T., ve Brewer, G. (2013). Public Private Partnerships: The Provision of Healthcare Infrastructure in Australia. *Reading*, 809-818.
- Kahyaoğulları, B. (2013). Public-Private Partnerships in Developing and Developed Countries: The UK and Turkish Cases. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, IIBF Dergisi*, 11(20), 243-276.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2021). Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Erişim Tarihi: 28.09.2021. <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-43796/sehir-hastanelerimiz.html>.
- Karasu, K. (2009), Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi. İçinde Övgün, B. (Ed.), *Kamu Yönetimi: Yapı-İşleyiş-Reform* (ss. 79-91). Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi (KAYAUM) Yayını, Ankara.
- Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.

- Kasapoğlu Turhan, M. (2011). Kamu Özel Ortaklığının Hukuksal Niteliği. Türk Tabipleri Birliği Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 Mayıs 2011, 101-127.
- Kayral, İ.H. (2019). Kırık Pencereler Teorisi, Şehir Hastaneleri Yönetim Modelinde Hasta Güvenliği İçin Kullanılabilir Mi?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 677-694.
- Kekeç, Z., Koç, F., ve Büyük, S. (2009). Acil Serviste Yaşlı Hasta Yatışlarının Gözden Geçirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 8(3), 21-24.
- Keskin, S. (2011). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli: Aydın Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Kılıçaslan, H. (2017). *Devletin Değişen Rolü ve Kamu Özel İşbirlikleri*. Savaş Yayınevi, Ankara.
- Kırılmaz, H., Bağış, M., Salim, B., ve Şimşir, İ. (2015). Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11(25), 91-113.
- Klijn, E.H., ve Teisman, G.R. (2003). Institutional and Strategic Barriers to Public—Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases. *Public Money and Management*, 23(3), 137-146.
- Kohn L. T., Corrigan J. M. ve Donaldson M. S. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington.
- Kosycarz, E.A., Nowakowska, B.A., ve Mikołajczyk, M.M. (2019). Evaluating Opportunities for Successful Public–Private Partnership in the Healthcare Sector in Poland. *Journal of Public Health*, 27(1), 1-9.
- Köbberling, J. (2017). Economic Pressure in Hospitals: Profound Disagreement over Priorities Between Doctors and Managers. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(47), 795.
- Kökçü, A.T. (2014). Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 22(3), 98-105.

- Kömürlü, R., ve Akyel, İ. (2018). Kamu Özel Ortaklığı: Türkiye ve Diğer Ülkelerde Tarihi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması. *2nd International Symposium on Innovative Approaches in Scientific Studies, ISAS Winter*, 976-979.
- Köstekçi, A. (2017). Kamu ve Özel Sektör Ortaklıkları: Dünya’da ve Türkiye’de Yaşanan Gelişmeler. İçinde Yıldız, F., ve Tuncer, G. (Ed.), *Güncel Gelişmeler Perspektifinden Kamu Maliyesinde Seçme Konular* (ss. 309-338). Savaş Yayınevi, Ankara.
- Kutsal, Y.G., Varlı, K., Çeliker, R., Özer, S., Orer, H., Aypar, Ü., Şahin, A., ve Oruçkaptan, H. (2005). Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36(2), 111-128.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., ve Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.
- Liu, Q., Li, C., Wanga, V., ve Shepherd, B.E. (2018). Covariate-Adjusted Spearman's Rank Correlation with Probability-Scale Residuals. *Biometrics*, 74(2), 595-605.
- Marcos, J. M. (2012). Public-Private Partnerships in Infrastructures Projects in Health Sector. *First and Second Generation Hospitals: The Portuguese Case*. Lisbon: IST, Lisbon.
- Marsilio, M., Cappellaro, G., ve Cuccurullo, C. (2011). The Intellectual Structure of Research into PPPS: A Bibliometric Analysis. *Public Management Review*, 13(6), 763-782.
- McAlearney, A.S. (2008). Using Leadership Development Programs to Improve Quality and Efficiency in Healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 53(5).
- McDonald, K., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., ... ve Davies, S. (2014). *Care Coordination Measures Atlas*. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, Rockville.
- McIntosh, N., Grabowski, A., Jack, B., Nkabane-Nkholongo, E.L., ve Vian, T. (2015). A Public-Private Partnership Improves Clinical Performance in A Hospital Network in Lesotho. *Health Affairs*, 34(6), 954-962.

- McCarthy, D. (2015). Integrated Healthcare Delivery Models in an Era of Reform. İçinde Shiver, J.M., ve Cantiello, J. (Ed.), *Managing Integrated Health Systems* (ss. 1-24). MA: Jones and Bartlett, Burlington.
- McKee, M., Edwards, N., ve Atun, R. (2006). Public-Private Partnerships for Hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 890-896.
- Meydan, B. (2020). Türkiye’de Multi-Disipliner Hasta Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler Üzerine Bir Analiz. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 7-15.
- Miguel, J.L.F., Fullana Belda, C., ve Rúa Vieites, A. (2019). Analysis of the Technical Efficiency of the Forms of Hospital Management Based on Public-Private Collaboration of the Madrid Health Service, As Compared with Traditional Management. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 414-442.
- Millennium Challenge Corporation’s (MCC). (2022). Public-Private Partnership Platform. Erişim Tarihi: 04.02.2022. <https://www.mcc.gov/initiatives/initiative/public-private-partnership-platform>
- Minow, M. (2003). Public and Private Partnerships: Accounting for the New Religion. *Harvard Law Review*, 116(5), 1229-1270.
- Mitchell, M. (2008). An Overview Of Public Private Partnerships in Health. *International Health Systems Program Publication, Harvard School of Public Health*, 1-28.
- Montagu, D., Harding, A., ve Montagu, D. (2012). A Zebra or a Painted Horse? Are hospital PPPs Infrastructure Partnerships with Stripes or a Separate Species. *World Hospitals and Health Services*, 48(2), 15-19.
- Mosadeghrad, A.M. (2013). Healthcare Service Quality: Towards A Broad Definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219.
- Nair, A.G., Jain, P., Agarwal, A., ve Jain, V. (2017). Work Satisfaction, Burnout and Gender-Based Inequalities Among Ophthalmologists in India: A Survey. *Work*, 56(2), 221-228.

- National Audit Office. (2018). *PFI and PF2. Report By The Comptroller And Auditor General HC 718 Session 2017–2019*, London.
- Nikolic, I.A., ve Maikisch, H. (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in The Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. HNP Discussion Paper Series, World Bank, Washington.
- Omolase, C.O., Seidu, M.A., Omolase, B.O., ve Agborubere, D.E. (2010). Job Satisfaction Amongst Nigerian Ophthalmologists: An Exploratory Study. *Libyan Journal of Medicine*, 5(1), 4629.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2010). *Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure*, OECD Publishing, Paris.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*. Erişim Tarihi: 14.11.2021. [https://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm#:~:text=Public%2DPrivate%20Partnerships%20\(PPPs\),asset%2C%20sharing%20the%20associated%20risks](https://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm#:~:text=Public%2DPrivate%20Partnerships%20(PPPs),asset%2C%20sharing%20the%20associated%20risks)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- Osei-Kyei, R., ve Chan, A.P. (2021). Global Implementation Practices of Public-Private Partnership. İçinde *International Best Practices of Public-Private Partnership* (ss. 13-36). Springer, Singapore.
- Özdemir, O., Ocaktan, E., ve Akdur, R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(4), 207-216.
- Özdemir, H. (2018). Kamu-Özel Sektör İşbirliğinde Risk Yönetimi ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. *Journal of Politics Economy and Management*, 1(2), 27-40.
- Özer, M.A. (2016). Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 9-38.

- Pala, K. (2018). *Türkiye’de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri*. İletişim Yayıncılık, İstanbul.
- Pala, K., Erbaş, Ö., Bilaloğlu, E., İlhan, B., Tükel, R., ve Adıyaman, S. (2018). Public-Private Partnership in Health Care: Case of Turkey. *World Medical Journal (WMJ)*, 4(16), 44-48.
- Palcic, D., Reeves, E., Flannery, D., ve Geddes, R. R. (2019). Public-Private Partnership Tendering Periods: An International Comparative Analysis. *Journal of Economic Policy Reform*, 1-17.
- Pangal Çalışkan, Z. (2019). *Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Şehir Hastanelerine Yönelik Ampirik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Parlak, N., Köse, H.Ö., ve Toprak, M. (2020). Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye Uygulamaları: Sayıştay Raporları Işığında Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 31(119), 9-39.
- Price, D. (2011). Dünyada Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı: Kavram ve Değişimler. *Toplum ve Hekim*, 26(4), 289-296.
- Public-Private Partnership Legal Resource Center (PPPLRC) (2021). Government Objectives: Benefits and Risks of PPPs. Erişim Adresi: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives> Erişim Tarihi: 16.10.2021.
- Raman, A.V., ve Björkman, J.W. (2015). Public-Private Partnerships in Healthcare. İçinde Kuhlmann, E., Blank, R.H., Bourgeault, I.L., ve Wendt, C. (Ed.) *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (ss. 376-392). Palgrave Macmillan, London.
- Resmi Gazete. (1987). 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 19461, 07 Mayıs 1987.
- Resmi Gazete (2005). 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 25876, 03 Temmuz 2005.

- Resmi Gazete. (2013). 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 28582, 09 Mart 2013.
- Ridgely, M.S., Buttorff, C., Wolf, L.J., Duffy, E.L., Tom, A.K., Damberg, C. ... ve Vaiana M.E. (2020). The Importance of Understanding and Measuring Health System Structural, Functional, And Clinical Integration. *Health Services Research*, 55, 1049-1061.
- Rosen, M.A., DiazGranados, D., Dietz, A.S., Benishek, L.E., Thompson, D., Pronovost, P.J., ve Weaver, S.J. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *American Psychologist*, 73(4), 433.
- Sadeghi, A., Barati, O., Bastani, P., Jafari, D.D., ve Etemadian, M. (2016). Experiences of Selected Countries in the Use of Public-Private Partnership in Hospital Services Provision. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(11), 1401-6.
- Sağlıkta Kamu Özel İş Birliği Derneği, (2017). Sorularla Sağlıkla Kamu Özel İş Birliği/PPP, Ankara.
- Sarcan, E., ve Yaşar, G.Y. (2019). Adana Şehir Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma. *Politik Ekonomik Kuram*, 5(2), 177-196.
- Savaş, T., Keleş, R., ve Göktaş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 22-31.
- Songur, C. (2016). *Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Entegre Sağlık Kampüslerinde Uygulanmasında Paydaşların Görüş ve Değerlendirmeleri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Songur, C., ve Top, M. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(1), 159-186.
- Sönmez, M. (2016). Kamu-Özel İşbirliği Projelerinde Büyüyen Sorunlar. *Mimarlık Dergisi*, 392, Kasım-Aralık Sayısı.

- Sözer, N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15(Özel Sayı), 215-254.
- Şahin, M., ve Uysal, Ö. (2012). Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme. *Maliye Dergisi*, 162(1), 155-174.
- Tanner, G., Bamberg, E., Kozak, A., Kersten, M., ve Nienhaus, A. (2015). Hospital Physicians' Work Stressors in Different Medical Specialities: A Statistical Group Comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(1), 1-8.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). Dünyada ve Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018, Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2012a). Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2012b). Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Mevzuat. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı, Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2016). Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018a). Dünyada ve Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2017, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018b) On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023. Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarında Etkin Yönetim Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: 2983, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Erişim Tarihi: 01.07.2021 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Erişim Tarihi: 01.07.2021
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5131,sdpturkpdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Stratejik Plan 2010-2014. Erişim Tarihi: 25.06.2021.
https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/35664/0/stratejik-plan-2010-2014pdf.pdf?_tag1=645253105A84728F7DFD78DA38BD15E44B061D86
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). 2021 Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. Erişim Tarihi:12.07.2021 <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,76991/tc-saglik-bakanligi-butcesi-tbmm-plan-ve-butce-komisyonunda-gorusuldu.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021a). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Erişim Tarihi: 23.06.2021. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021b). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 23.06.2021. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021c). Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Erişim Tarihi: 26.06.2021. <https://mersinsehir.saglik.gov.tr/TR,73211/tarihce.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). 2019-2023 Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyonu. Erişim Tarihi: 09.03.2022. <https://sgb.saglik.gov.tr/TR-61668/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plani-guncellenmis-versiyonu.html>
- Teker, D.L. (2008). Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 37, 1-18.
- Teker, S., Teker, D., ve Çimen, M. (2013). Ulaştırma Projeleri Finansmanı İçin Bir Model Önerisi: Kamu-Özel Sektör Ortaklığı ile Yap-İşlet-Devret. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 116-129.
- Tekin, A.G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları. *İdarecinin Sesi Dergisi*, 21(122), 10-14.

- Tekin, P.Ş., ve Çelik, Y. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi ile Analiz Edilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 81-98.
- Tekin, P.Ş. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 5-20.
- Tenşi M. (2019). *Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi (İzmir İli Alan Çalışması)*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Publication, Ankara.
- The Canadian Council for Public-Private Partnerships (CCPPP). (2022). Erişim Tarihi: 05.03.2022.
https://www.pppcouncil.ca/web/Knowledge_Centre/What_are_P3s/Definitions_Models/web/P3_Knowledge_Centre/About_P3s/Definitions_Models.aspx?hkey=79b9874d-4498-46b1-929f-37ce461ab4bc
- Tokatlıoğlu, M. (2017). *Fayda Maliyet Analizi*. 2. Baskı, Ekin Kitabevi Basım Yayın, Bursa.
- Tokatlıoğlu, M., ve Şen, S. (2019). Kamu Hizmetlerinin Sunum ve Finansmanında Kamu Özel İşbirliği Modeli: Avrupa Birliği ve Türkiye. *International Journal of Public Finance*, 4(2), 205-235.
- Top, M., ve Şahin, B. (2004). Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1), 85-105.
- Top, M., ve Sungur, C. (2019). Opinions and Evaluations of Stakeholders in the Implementation of the Public-Private Partnership (PPP) Model in Integrated Health Campuses (City Hospitals) in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e241-e263.

- TTB. (2014). 6360 Sayılı On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanuna İlişkin Rehber.
- Tulukcu, İ. (2019). Kamu-Özel Ortaklıkları: Farklı Kurumsal İşleyiş ve Hedefler Varlığında Yönetişim Becerileri. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(38), 242-263.
- Türk Tabipler Birliği (TTB). (2018). Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri. Çalıştay Raporu. Erişim Tarihi: 18.01.2022 <https://ato.org.tr/files/documents/0673367001518504406.pdf>
- Uğurluoğlu, D., Gökkaya, D., ve Erdem, R. (2019). Şehir Hastanesinde Çalışan Memnuniyeti Araştırması. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 4(9), 101-118.
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2022). Public-Private Partnerships (PPP). Erişim Tarihi: 04.01.2022. <https://unece.org/ppp>
- Uysal, Y. (2019). Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(3), 877-898.
- Uysal, Y. (2020). Kamu-Özel İşbirliği Modelinde Özel Sektör Teşvik Faktörleri: Şehir Hastaneleri Örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(1), 386-401.
- Ünal, A., ve Ünal, A.K. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 51-56.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., ve Franck, E. (2017). Predictors of Burnout, Work Engagement and Nurse Reported Job Outcomes and Quality of Care: A Mixed Method Study. *BMC Nursing*, 16(1), 1-14.
- Warsen, R., Nederhand, J., Klijn, E. H., Grotenbreg, S., ve Koppenjan, J. (2018). What Makes Public-Private Partnerships Work? Survey Research Into the Outcomes and the Quality of Cooperation in PPPs. *Public Management Review*, 20(8), 1165-1185.

- Weigl, M., Schneider, A., Hoffmann, F., ve Angerer, P. (2015). Work Stress, Burnout, and Perceived Quality of Care: A Cross-Sectional Study Among Hospital Pediatricians. *European Journal of Pediatrics*, 174(9), 1237-1246.
- World Bank. (2021). About Public-Private Partnerships. Erişim Tarihi: 14.11.2021. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/about-public-private-partnerships>
- Yan, X., Chong, H.Y., Zhou, J., ve Li, Q. (2019). Concession Model for Fair Distribution of Benefits and Risks in Build-Operate-Transfer Road Projects. *Journal of Civil Engineering and Management*, 25(3), 265-275.
- Yang, J., Nisar, T. ve Prabhakar, G. (2017). Critical Success Factors For Build-Operate-Transfer (BOT) Projects in China. *The Irish Journal of Management*, 36(3), 147-161.
- Yescombe, E.R. (2011). *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*, Elsevier, UK.
- Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 15-28.
- Yılmaz, F.Y., ve Karakaş, D.G. (2011). Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek. *Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu*, 6(7).
- Zhang, Y., Feng, Z., ve Zhang, S. (2018). The Effects of Concession Period Structures on BOT Road Contracts. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 107, 106-125.
- Zvonkovic J.N. (2015). *Development of the Attitudes Toward Integrated Health Care Scale*. Yüksek Lisans Tezi, Southern Illinois University, Carbondale.

EKLER

Ek 1. Tez Orijinallik Raporu

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 07/06/2022</p> <p>Tez Başlığı: SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİNE (ŞEHİR HASTANELERİ) YÖNELİK TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 124 sayfalık kısmına ilişkin, 07/06/2022 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 7 'dir.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">07.06.2022 Tarih ve İmza</p> <p>Adı Soyadı: Büşra SAYLAN Öğrenci No: N19231368 Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi Programı: Sağlık Yönetimi</p>
<p><u>DANIŞMAN ONAYI</u></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">Doç. Dr. Songül ÇINAROĞLU</p>

Ek 2. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük



Sayı : E-35853172-050.06-00001845584
Konu : Büşra SAYLAN (Etik Komisyon İzni)

2.11.2021

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 14.10.2021 tarihli ve E-12908312-050.06-00001819158 sayılı yazımız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Büşra SAYLAN'ın Doç.Dr. Songül ÇINAROĞLU danışmanlığında hazırladığı "Kır ve Kentte Gören Yapmakta Olan Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 26 Ekim 2021 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: C9E7086B-E49B-43DF-9DFC-6DA71511AC39

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-sbys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Servis TOPAL

E-posta: yazimci@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Bilgisayar İşletmeni

Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks: 0 (312) 311 9992

Telefon: 03123051008

Kep: hacettepeunivresitesi@hu01.ksp.tr



Ek 3. Ankara Şehir Hastanesi Red Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
11.02.2022 10:31 - E-72300690-799-3419



Sayı : E-72300690-799
Konu : Büşra SAYLAN (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 10.11.2021 tarih ve E-90739940-799-2211 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazıya istinaden, Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra SAYLAN'ın, Doç.Dr.Songül ÇINAROĞLU danışmanlığında, "Kır ve Kentte Görev Yapmakta Olan Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzum 31.01.2022 tarih ve 35 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL
Koordinator Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 5283acb2-fb66-40dc-a396-9c0b64f5e011 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Üniversiteler Mah.Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA

Telefon: Faks No:

e-Posta: emine.kuranel@saglik.gov.tr İnternet Adresi: emine.kuranel@saglik.gov.tr

Bilgi için: Emine KURANEL

Veri Hazırlama ve Kontrol İşit

Telefon No: (0 312) 552 60 00



Ek 4. Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi İzin Yazısı

KOMİSYON KARARI

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Büşra SAYLAN'ın "Kır ve Kentte Görev Yapmakta Olan Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması" konulu araştırmasını yapabilmesi için başvuruda bulunmuş olup, söz konu başvuru Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi tarafından uygun görülmüştür. Bahse konu talep; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 27.03.2018 tarih ve E.483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazısı göz önünde bulundurularak, 20.12.2021 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; araştırmanın yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir. Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra **kitapçık halinde** ve ayrıca **elektronik ortamda CD/DVD üzerine** kayıtlı olarak Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme birimine teslim edilecektir.

Ömer YILDIRIM
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı
Üye

Dr. Abdulkadir KANTARCIOĞLU
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye

Doç. Dr. Yayız ORUÇ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Üye

Dr. Şenel ONER
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.
Üye

Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

Ek 5. Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Songül ÇINAROĞLU danışmanlığında yürütülmekte olan "Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması" konulu yüksek lisans tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmada sağlık profesyonellerinin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın yürütülebilmesi için Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alınmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır. İdari ve siyasi bir yönü olmayan bu araştırma bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Anket formuna kimliğinizi ya da isminizi belirten bilgiler yazmayınız. Sizden ricamız; görüş ve düşüncelerinizi bütün açıklığı ile sunmanızdır.

Anketimize katılıp, destek olduğunuz için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Büşra SAYLAN

Tel:

E-mail:

BÖLÜM A: Kişisel Bilgiler

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Erkek

Kadın

3. Medeni durumunuz:

Bekâr

Evli

4. Öğrenim Durumunuz:

Ön Lisans

Yüksek Lisans

Tıpta Uzmanlık

Lisans

Doktora

5. Entegre Sağlık Kampüsündeki (Şehir Hastaneleri) Göreviniz:

6. Görev Unvanınız:

7. Meslekteki Çalışma Süreniz:

1– 5 yıl

11 – 15 yıl

21+

6 – 10 yıl

16 – 20 yıl

8. Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri)'nin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

BÖLÜM B: Lütfen aşağıdaki ifadeleri entegre sağlık kampüslerine (şehir hastaneleri) karşı tutumlarınız açısından değerlendiriniz:

1: Kesinlikle katılmıyorum

2: Katılmıyorum

3: Biraz katılmıyorum

4: Biraz katılıyorum

5: Katılıyorum

6: Kesinlikle katılıyorum

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti sunumunda etkinliği azaltır.	1	2	3	4	5	6
2.	Sağlık hizmetleri sunumunda entegre sağlık kampüslerinden (şehir hastaneleri) faydalanmak disiplinlerarası bakım koordinasyonunu zorlaştırır.	1	2	3	4	5	6
3.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) gözlemlerin ekibe bildirilmesi, ekip üyelerinin diğer sağlık profesyonellerinin çalışmalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur.	1	2	3	4	5	6
4.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) özellikle çoklu, kronik veya yüksek riskli durumları olan kişilere tıbbi bakım hizmeti sunmak için uygundur.	1	2	3	4	5	6
5.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), fiziksel ve davranışsal sağlık bakımına erişimi iyileştirmez.	1	2	3	4	5	6
6.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) hasta bakımı için “herkese uyan tek tip” bir tedavi yaklaşımı yoktur.	1	2	3	4	5	6
7.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) çalışan sağlık profesyonelleri, hastaların duygusal ve finansal ihtiyaçlarına diğer sağlık kurumlarında çalışanlardan daha fazla yanıt verirler.	1	2	3	4	5	6
8.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır.	1	2	3	4	5	6

9.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleri arasındaki iş birliği ve uyum, daha iyi hasta bakımı kararları verilmesine yardımcı olur.	1	2	3	4	5	6
10.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), sağlık durumlarının çeşitliliğine bakılmaksızın sağlık hizmeti sunmak için uygundur.	1	2	3	4	5	6
11.	Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, hastalara klinik sonuçlar ve bakım memnuniyeti açısından fayda sağlamaktır.	1	2	3	4	5	6
12.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takımlar halinde çalışmak çoğu zaman sağlık hizmeti sunumunu gereksiz yere karmaşıklaştırır.	1	2	3	4	5	6
13.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) tıbbi bakım alan hastalar, diğer hastalara göre bütüncül bir tedavi yaklaşımı ile sağlık hizmeti alırlar.	1	2	3	4	5	6
14.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ayakta tedavi, evde bakım, toplum temelli ve kurumsal bakım arasındaki geçişleri/nakilleri kolaylaştırır.	1	2	3	4	5	6
15.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) disiplinlerarası bir hasta bakım planı geliştirmek aşırı derecede zaman alıcıdır.	1	2	3	4	5	6
16.	Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) nihai amacı, sağlık sistemine finansal sonuçlar açısından fayda sağlamaktır.	1	2	3	4	5	6
17.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) en çok örgütsel düzeyde etkilidir.	1	2	3	4	5	6
18.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) akut bakım, uzun süreli bakım, ruh sağlığı bakımı ve/veya sosyal hizmetler arasındaki hasta geçişlerini/nakillerini kolaylaştırmaz.	1	2	3	4	5	6
19.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip toplantıları, farklı disiplinlerden ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirir.	1	2	3	4	5	6
20.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmetleri gereken zaman dahilinde sunulabilir.	1	2	3	4	5	6
21.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) ekonomik olarak uygulanabilir.	1	2	3	4	5	6

22.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) tüm hizmet basamaklarında (1., 2., ve 3. basamak) uygulanmak yerine belirli hastalık popülasyonlarına uygulandığında en iyi şekilde çalışır.	1	2	3	4	5	6
23.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri), sağlık hizmetleri sunumunda entegrasyonun çeşitli türleri vardır.	1	2	3	4	5	6
24.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) ekip üyeleriyle koordineli bir şekilde hasta bakım planı geliştirmek, tıbbi bakım sırasında karşılaşılabilecek hataları önler.	1	2	3	4	5	6
25.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmalıdır.	1	2	3	4	5	6
26.	Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başarılı olabilmesi için kurumlar arası iş birliği ve disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır.	1	2	3	4	5	6
27.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) hastalara verilen tıbbi bakımın kalitesini artırır.	1	2	3	4	5	6
28.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) entegre sağlık bakımı için organizasyonel kaynaklar elverişlidir.	1	2	3	4	5	6
29.	Entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) takım toplantıları için harcanan zaman, çoğunlukla başka şekillerde daha iyi değerlendirilebilir.	1	2	3	4	5	6
30.	Hastalar entegre sağlık kampüslerinde (şehir hastaneleri) sağlık hizmeti aldıklarında kendilerine sunulan bakım hizmetinden daha az memnun kalırlar.	1	2	3	4	5	6
31.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri), lider konumunda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece dahil olması durumunda daha fazla etkili olacaktır.	1	2	3	4	5	6
32.	Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) kurumların, toplulukların, sağlık çalışanlarının ve hastaların özel ihtiyaçlarını dikkate alır.	1	2	3	4	5	6

Anketi yanıtladığınız ve bu araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.