



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNDE BİR KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ
UYGULAMASI OLAN ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK
SAĞLIK PERSONELİNİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hakan Oğuz ARI

Doktora Tezi

Ankara, 2021

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNDE BİR KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMASI
OLAN ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK SAĞLIK PERSONELİNİN GÖRÜŞ
VE ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan Oğuz ARI

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Hakan Oğuz ARI tarafından hazırlanan “Türk Sağlık Sisteminde Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine Yönelik Sağlık Personelinin Görüş ve Önerilerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, 17 Haziran 2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN (Danışman)

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Üye)

Prof. Dr. Ömer GİDER (Üye)

Doç. Dr. Mustafa DEMİRKIRAN (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

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 yayımlanan “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 açılır.

- 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)

...../...../.....

Hakan Oğuz ARI

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 tezlerle 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 özgün olduğunu, **Prof. Dr. Bayram şAHİN** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Hakan Oğuz ARI

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması sürecinde yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, her aşamasında sağladığı rehberlik ve değerli katkıları nedeniyle tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e,

Tez izleme komitesinde yer alarak tezimin tamamlanmasında görüş ve önerileri ile destek olan Sayın Prof. Dr. Yusuf ÇELİK ve Sayın Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na,

Değerli görüş ve önerileri ile katkıda bulunan jüri üyeleri Sayın Prof. Dr. Ömer GİDER ve Sayın Doç. Dr. Mustafa DEMİRKİRAN'a,

Saha çalışması esnasında anket formunu cevaplayarak araştırmaya katkı sağlayan Adana, Isparta ve Yozgat şehir hastanesi çalışanlarına,

Hayatım boyunca beni koşulsuz destekleyen ve daima yanımda olan kıymetli aileme,

Tez çalışmalarım boyunca desteğini hep yanımda hissettiğim değerli eşim Filiz ARI'ya ve tez sürecimde aramıza katılan yaşam kaynağım oğlum Yunus Eralp ARI'ya teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Arı, Hakan Oğuz. *Türk Sağlık Sisteminde Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine Yönelik Sağlık Personelinin Görüş ve Önerilerinin Değerlendirilmesi* Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Türkiye’de ve dünyada son yıllarda yaşanan gelişmeler ve reform süreçleri, sağlık sistemlerini etkilemektedir. Türkiye’de Kamu Özel İşbirlikleri ile hayata geçirilmiş olan şehir hastaneleri, bu kapsamda gündeme gelmiş olan güncel bir modeldir. Bu çalışmada, şehir hastanelerinin, sağlık personelinin görüşlerine dayalı olarak değerlendirilmesi, objektif veri ve bilgi sunulması amaçlanmıştır. Çalışmada kalitatif ve kantitatif araştırma yaklaşımları kullanılmış olup ilk aşamada 40 katılımcı ile kalitatif görüşmeler yapılarak, geçmiş dönem ile kıyasladığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, güçlü ve zayıf yönleri, sorunlar ve çözüm önerilerine dair görüşleri alınmıştır. Bu görüşlerden ve literatürden yararlanılarak hazırlanan anket Adana, Isparta ve Yozgat şehir hastanelerinde 557 sağlık personeline uygulanmıştır. Anketin yapı geçerliliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirilerek şehir hastaneleri uygulamasının çeşitli konulara ilişkin etkilerini sorgulayan 58 maddenin kalite ve verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim, fırsatlar, riskler, çalışanlar, şeffaflık ve yönetim süreçleri olmak üzere 7; şehir hastaneleri uygulamasına bağlı olarak ortaya çıkan sorunların giderilmesine yönelik 13 önerinin ise denetim ve işbirliği ile çalışanlar olmak üzere 2 boyutta toplandığı görülmüştür. Anketin güvenilirliği ise Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş ve kabul edilebilir değerler içinde yer aldığı bulunmuştur. Araştırma verilerinin analizinde, tanımlayıcı istatistikler ve hipotezleri test etmek için çok değişkenli regresyon analizleri kullanılmıştır. Kalite ve verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim ve fırsatlar boyutları katılımcıların genel olarak olumlu yönde; riskler, çalışanlar, şeffaflık ve yönetim süreçleri üzerindeki etkileri ile ilgili boyutlar ise olumsuz yönde görüş bildirdikleri boyutlardır. Denetim ve işbirliği ile çalışanlar boyutları hakkında ise katılımcılar, yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere ortalamanın üzerinde katılım göstererek, bu alanlarda şehir hastaneleri uygulamasının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuşlardır. Katılımcıların şehir hastanelerinin kalite ve verimliliği ile ilgili görüşlerinin daha önce çalışılan kurumun mülkiyetine, yönetsel pozisyonda olmalarına, toplam hizmet sürelerine ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine; çalışanlar üzerindeki etkiler ile ilgili görüşlerinin halen çalışılan kurum, meslek ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine; çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların

giderilmesine yönelik öneriler ile ilgili görüşlerinin öğrenim durumu ve mesleklerine; şeffaflık boyutuna ilişkin görüşlerinin ise yönetsel pozisyonda olmalarına ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçların, şehir hastaneleri uygulaması nedeniyle ortaya çıkan sorunların giderilmesinde ve uygulamanın geliştirilmesinde şehir hastanelerinin yöneticilerine ve politika yapıcılara önemli ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Türk Sağlık Sistemi, Kamu Özel İşbirliği, Şehir Hastaneleri, Sağlık Politikası, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Personeli.

ABSTRACT

ARI, Hakan Oğuz. *Evaluation of the Opinions and Suggestions of the Health Personnel Towards City Hospitals as a Public-Private Partnership Practice in The Turkish Health System*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2021.

Developments and reforms in Turkey and in the world in recent years affect health systems. City hospitals, which have been implemented through the Public-Private Partnership model in Turkey, are an up-to-date model that has come to the fore in this context. In this study, it is aimed to evaluate city hospitals based on the opinions of health personnel and to present objective data and information. Qualitative and quantitative research approaches were used in the study. At the first stage, qualitative interviews were held with 40 participants and were obtained of the participants views on how they evaluated the city hospitals when compared to the previous period, their strengths and weaknesses, problems and solution suggestions. The questionnaire, which was prepared by making use of these opinions and literature, was applied to 557 healthcare personnel in Adana, Isparta and Yozgat city hospitals. Evaluating the structural validity of the questionnaire with explanatory and confirmatory factor analyzes, it has been observed that 7 dimensions are gathered in 58 statements as quality and efficiency, access to healthcare services, opportunities, risks, employees, transparency and management processes. Also observed that 13 suggestions to overcome the problems arising from the implementation of city hospitals are gathered in 2 dimensions as supervision-cooperation and employees. The reliability of the questionnaire was evaluated with the Cronbach alpha coefficient and it was found to be within acceptable values. Descriptive statistics has been used into analysis of the data and multivariate regression analyzes to test hypotheses. The participants; while expressing generally positive opinions on the dimensions on quality and efficiency, access to healthcare services and opportunities; they express negative opinions on the dimensions risks, employees, transparency and impacts on management processes. The participants agreed above average regarding to the suggestions for the solution of the problems of the dimensions supervision-cooperation and the personnel and stated that the implementation of city hospitals in these areas should be improved. Participants' opinions on the quality and efficiency of city hospitals show statistically significant differences are based on the ownership of the institution where they worked before, their being in an administrative position, their total

service time and their level of knowledge about PPP. Their views on impacts on employees show statistically significant differences depends on the current institution, profession and on their level of knowledge about PPP. On the other hand, it was found that statistically significant differences about the suggestions for the elimination of the problems experienced in the personnel dimension based on the educational status and professions. In addition to this, statistically significant differences found about the opinions of the participants' regarding the dimension of transparency according to their managerial position and their level of knowledge about PPP. It is thought that the results obtained from the research will provide important clues to city hospital managers and policy makers in eliminating the problems arising due to the implementation of city hospitals and developing the application.

Keywords

Turkish Health System, Public-Private Partnership, City Hospitals, Health Policy, Health Services, Health Personnel.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xviii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAVRAMI	5
1.1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
1.2. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN TARİHÇESİ	8
1.3. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN UYGULAMA MODELLERİ.....	10
1.4. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARININ AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI	17
2. BÖLÜM: DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI	23
2.1. DÜNYADA KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI	23
2.2. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI	28
2.3. TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI.....	32
3. BÖLÜM: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI	37
3.1. ÜLKE UYGULAMALARI.....	38
3.1.1. İngiltere.....	38
3.1.2. Portekiz	41
3.1.3. Kanada	42
3.1.4. İtalya	43
3.1.5. İspanya.....	44

4. BÖLÜM: TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI.....	47
4.1. HUKUKİ ALTYAPI	49
4.2. ŞEHİR HASTANELERİ	53
4.2.1. Şehir Hastaneleri Kavramı.....	53
4.2.2. Şehir Hastanelerinin Hayata Geçirilme Gerekçeleri.....	57
4.2.3. Mevcut Şehir Hastaneleri Projeleri.....	59
4.2.4. Şehir Hastaneleri Projelerinin Ekonomik Boyutu	62
4.2.5. Şehir Hastanelerinde Yüklenici Tarafından Sunulan Hizmetler ve Yükleniciye Yapılan Ödemeler	63
4.2.6. Şehir Hastaneleri Uygulamalarına Yönelik Değerlendirmeler	65
5. BÖLÜM: GEREÇ ve YÖNTEM	70
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	70
5.2. PROBLEM CÜMLESİ.....	71
5.3. HİPOTEZLER.....	71
5.4. EVREN VE ÖRNEKLEM	73
5.5. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR.....	75
5.6. VERİ TOPLAMA ARACI.....	76
5.7. ANKETİN UYGULANMASI	77
5.8. VERİLERİN ANALİZİ.....	78
5.9. GEÇERLİLİK ANALİZİ	78
5.9.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları	79
5.9.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	84
5.10. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ	101
6. BÖLÜM: BULGULAR.....	103
6.1. KATILIMCILARININ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	103
6.2. KATILIMCILARIN ŞEHİR HASTANELERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	106
6.2.1. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Kalite ve Verimlilik” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri	106
6.2.2. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sunduğu “Fırsatlar” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri	109

6.2.3. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Çalışanlar” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri	113
6.2.4. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine “Erişim” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri.....	115
6.2.5. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Şeffaflık” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri	117
6.2.6. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Oluşturduğu “Riskler” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri	119
6.2.7. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Yönetim” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri	121
6.2.8. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine” İlişkin Önerileri	123
6.2.9. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine” İlişkin Önerileri	125
6.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	128
6.3.1. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Kalite ve Verimlilik” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler.....	128
6.3.2. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sunduğu “Fırsatlar” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler.....	130
6.3.3. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Çalışanlar” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler.....	131
6.3.4. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine “Erişim” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler	133
6.3.5. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Şeffaflık” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler.....	135
6.3.6. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Oluşturduğu “Riskler” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler.....	137
6.3.7. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Yönetim” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler.....	138
6.3.8. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine” İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörler	140
6.3.9. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Denetim ve İşbirliği” Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörler	142
6.3.10. Katılımcıların, Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Diğer Görüş ve Önerileri	144
6.4. KALİTATİF GÖRÜŞMELERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR.....	147

7. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	159
8. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	180
KAYNAKÇA	191
EKLER.....	206

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

£: İngiliz sterlini

\$: Amerikan doları

%: Yüzde

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

BİT: Bilgi İletişim Teknolojileri

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

EIB: Avrupa Yatırım Bankası

EPEC: Avrupa KÖİ Uzmanlık Merkezi

GFI: Uyum İyiliği İndeksi

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

IMF: Uluslararası Para Fonu

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KÖİ: Kamu Özel İşbirliği

NHS: National Health Service

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı

PF2: New Private-Finance-Initiative Model

PFI: Private-Finance-Initiative

PPP: Public-Private Partnership

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TLI: Tucker-Lewis İndeksi

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TÜFE: Tüketici Fiyat Endeksi

UTFP: Unità Tecnica Finanza di Progetto

Yİ: Yap-işlet

YİD: Yap-işlet-devret

Yİ-ÜFE: Yurt İçi Üretici Fiyat Endeksi

YKİD: Yap Kirala İşlet Devret

YÖK: Yükseköğretim Kurumu

YPK: Yüksek Planlama Kurulu

YSİD: Yap, Sahiplen, İşlet, Devret

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Temel Kamu Özel Sektör Ortaklık Modellerinin Özellikleri	14
Tablo 2. Türkiye’de Uygulanan KÖİ Uygulama Sayılarının ve Sözleşme Değerlerinin Sektörel Dağılımı, 1986-2019	34
Tablo 3. Proje Sayılarının Modellere Göre Dağılımı, 1986-2019	35
Tablo 4. Proje Sayılarının ve Sözleşme Değerlerinin Yıllara Göre Dağılımı, 1986-2019	36
Tablo 5. Hizmete Açılmış Olan Şehir Hastaneleri.....	60
Tablo 6. Şehir Hastanelerinde Özel Sektör (Yüklenici Firma) Tarafından Sunulacak Hizmetler ve Ödeme Yöntemleri.....	63
Tablo 7. Y Faktörü Oranları.....	65
Tablo 8. Evren ve Örneklem Büyüklüğü	75
Tablo 9. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları	81
Tablo 10. Şehir Hastanelerinde Yaşanan Sorunların Giderilmesine Yönelik Önerilerin Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	84
Tablo 11. Kalite ve Verimlilik Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	86
Tablo 12. Fırsatlar Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları.....	87
Tablo 13. Çalışanlar Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları..	89
Tablo 14. Erişim Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	91
Tablo 15. Şeffaflık Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları....	93
Tablo 16. Riskler Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları	94
Tablo 17. Yönetim Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları....	96
Tablo 18. Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları.....	98
Tablo 19. Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları.....	99

Tablo 20. Araştırmada Kullanılan Soru Kâğıdının Güvenilirlik Düzeylerine İlişkin Bulgular	102
Tablo 21. Katılımcılarının Çalışmış Oldukları Şehir Hastanelerine İlişkin Bulgular ...	103
Tablo 22. Katılımcılarının Daha Önce Çalışmış Oldukları Kurumlara İlişkin Bulgular	104
Tablo 23. Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	105
Tablo 24. Şehir Hastanelerinin Kalite ve Verimlilik Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	107
Tablo 25. Şehir Hastanelerinin Sunduğu Fırsatlar Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	110
Tablo 26. Şehir Hastanelerinin Çalışanlar Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	113
Tablo 27. Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	116
Tablo 28. Şehir Hastanelerinin Şeffaflık Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	118
Tablo 29. Şehir Hastanelerinin Riskler Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	120
Tablo 30. Şehir Hastanelerinin Yönetim Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	122
Tablo 31. Şehir Hastanelerinde Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular	124
Tablo 32. Şehir Hastanelerinde Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular	126
Tablo 33. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Kalite ve Verimlilik Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	128
Tablo 34. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Sunduğu Fırsatlar Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	130

Tablo 35. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Çalışanlar Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	132
Tablo 36. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	134
Tablo 37. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Şeffaflık Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	136
Tablo 38. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Oluşturduğu Riskler Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	137
Tablo 39. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Yönetimi Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	139
Tablo 40. Katılımcıların Şehir Hastanelerinde Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	141
Tablo 41. Katılımcıların Şehir Hastanelerinde Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	142
Tablo 42. Katılımcıların, Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Diğer Görüş ve Önerileri.....	145
Tablo 43. Önceki Dönem ile Kıyasladığında Şehir Hastanelerine İlişkin Görüşler	148
Tablo 44. Şehir Hastanelerinin Güçlü Yönlerine İlişkin Görüşler.....	150
Tablo 45. Şehir Hastanelerinin Zayıf Yönlerine İlişkin Görüşler.....	152
Tablo 46. Şehir Hastaneleri Uygulaması ile İlgili Mevcut Sorunlara İlişkin Görüşler.	154
Tablo 47. Mevcut Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri İle İlgili Görüşler.....	156

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kamu Özel İşbirliğinin Kapsamı	8
Şekil 2. Kamu Özel İşbirliği Sözleşme Türleri	17
Şekil 3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Projeleri Dağılımı (2008-2017)	25
Şekil 4. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Bölgesel Dağılımı (2008-2017).....	26
Şekil 5. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sektörel Dağılımı (2008-2017).....	27
Şekil 6. KÖİ Proje Sayısı ve Değerinin Ülkelere Göre Dağılımı, 2017	28
Şekil 7. KÖİ Proje Sayısı ve Değerinin Sektörlere Göre Dağılımı, 2017.....	29
Şekil 8. Kamu Özel İşbirliği Piyasa Olgunluk Eğrisi	37
Şekil 9. Hastane Yönetiminde Kamu Özel Ortaklığı Geliştirme Adımları.....	56
Şekil 10. Kalite ve Verimlilik Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri	86
Şekil 11. Fırsatlar Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri	88
Şekil 12. Çalışanlar Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri	90
Şekil 13. Erişim Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri.....	92
Şekil 14. Şeffaflık Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri.....	93
Şekil 15. Riskler Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri.....	95
Şekil 16. Yönetim Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri.....	96
Şekil 17. Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri	98
Şekil 18. Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri	100

GİRİŞ

Kamu özel sektör işbirlikleri (PPP – Public-Private Partnership) genel olarak hem kamu sektörünün hem de özel sektörün bilgi ve becerilerini içeren kaynakları bir araya getirmeye yönelik bir araç olarak görülmektedir (Bovaird, 2004, s. 199). Kamu özel işbirliklerine (KÖİ) dahil olmanın gerekçesi, “sinerji” yaratma potansiyeline sahip olmaları veya her iki tarafın da kazanç sağlayacağı “işbirlikçi avantaj”ın olmasıdır (Huxham, 2003, s. 403). Bu sinerji, ortakların tek başına çalışması halinde elde edilemeyen katma değeri ifade eder (Skelcher ve Sullivan, 2008, s. 753; Brinkerhoff ve Brinkerhoff, 2011, s. 4) ve kamu sektörünün tek başına ele alamayacağı “zorlu problemlerin” üstesinden gelmeye katkıda bulunabilir (Stoker, 1998, s. 19). Ancak, bu olumlu retoriğe rağmen (Skelcher, 2005, s. 92) bu avantajları elde etmek için büyük çabalar gerekmektedir.

1990’lı yılların başlarına yaklaşıırken, devlet yönetim yaklaşımları değişmeye başlamış, zamanın iktisadi ve sosyal şartlarından etkilenecek bürokratik bir yapıdan daha esnek ve piyasa bazlı bir yönelime doğru geçiş yaşanmıştır. Bu yönelim beraberinde, kamunun sunmuş olduğu hizmetlerde verimlilik ve etkinlik gibi kavramları getirmiştir. Bu çerçevede dünyanın dört bir yanında ve özellikle Avrupa ülkelerindeki hükümetler, kamu altyapı ve hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli finansmanın sağlanmasında özel sektör katılımına giderek daha fazla başvurmaya başlamıştır. Aslında kamu politikası kurallarına göre, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak mal ve hizmetleri sunabilmek için yapılacak kamu harcamalarının kamu gelirleri sınırlarında olması beklenir. Kamu harcamalarının kamu gelirleriyle finanse edilmesi temel hedef olmakla birlikte, kamu harcamalarının kamu gelirleri ile finanse edilmesi zorlaşacağı zaman yeni finansman yolları gündeme gelmektedir.

KÖİ, uluslararası arenada bilindiği şekliyle PPP (Public Private Partnership), bu yönde gündeme gelen finansman modellerinden biridir. Kamu tarafından sunulacak olan mal ve hizmetlerin, ödenek yetersizliği sebebiyle aksamasının engellenmesi amacıyla devreye alınmaktadır. Kamu yatırımları nedeniyle oluşan maliyetlerin düşürülmesi, özel sektörce

sunulan hizmetlerdeki rahatlığın devlet tarafından sunulan hizmetlerde de yaşatılması ve karşılaşılabilecek riskli durumların başarılı bir düzeyde dağıtılması gibi avantajlar KÖİ'nin kamu tarafından tercih edilmesine neden olmaktadır. Özel firmalar açısından ise elde edilen çeşitli imtiyazlar yoluyla harcanan bütçenin yeniden kazanılması garanti altına alınmaktadır.

KÖİ son yıllarda özellikle yüksek yatırım gerektiren projelerde sıklıkla kullanılan bir araçtır. Eğitim, sağlık, altyapı hizmetleri ve enerji sektörü uygulanması düşünülen alanlar olarak belirmektedir. KÖİ modeli, İngiltere başta olmak üzere ABD, İrlanda, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde finansman sorununa bir çözüm olarak görülmüş ve mevcut politika içinde finansman yöntemi olarak uygulanması tercih edilmiştir.

Neredeyse son yarım yüzyıldır tüm dünyada daha iyi yaşam ve çalışma koşulları ile gelişen sağlık teknolojisi sayesinde ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Aynı zamanda toplumların hastalık yapısı değişmekte, bununla birlikte sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaç ve talep de artmaktadır. Kamunun bu artan talebi karşılayabilmesi için sağlık sistemine daha fazla yatırım yapması gerekmekte, bunu da mevcut kamu kaynakları ile karşılayamadığı için sağlık hizmetlerinde/sektöründe de KÖİ projelerine yer verilmektedir. Bazı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türk sağlık sektöründe de son yıllarda sağlık hizmetine ulaşımın artması kamunun bu alanda daha fazla yatırım yapma ihtiyacını doğurmuştur. Türkiye'de sağlık alanında yaşanan reform süreçleri sonucunda KÖİ modelinin kullanımı ön plana çıkmıştır. Model kapsamında, 22 ilde toplam 32 adet sağlık kampüsünün inşa edilerek vatandaşların hizmetine sunulması planlanmıştır.

Türkiye'de 2017 yılında dört adet şehir hastanesinin faaliyete geçmesi ile sağlık hizmeti sunumunda KÖİ süreci de başlamıştır. 2021 yılının başı itibariyle faaliyete geçmiş olan şehir hastanesi sayısı 13'e ulaşmış ve yapımı planlanan toplam 32 şehir hastanesinin yarıya yakını faaliyete geçmiştir. Uygulama ile ilgili lehte ve aleyhte çok sayıda görüş bulunmaktadır. Uygulamaya yönelik olarak, modern binalara sahip ve teknolojik açıdan güçlü sağlık tesislerinin hayata geçirilmesi, ihtiyaç duyulacak tüm uzmanlık dallarının tek çatı altında toplanması gibi olumlu görüşlerin yanında, kamuoyuna uygulama ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaması, oldukça yüksek maliyetlerle yüz yüze

kalınması ve uzun sürelerle yayılan borç yükü altına girilmesi, hastanelerde çift başlı bir yönetim yapısı oluşturması, kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmaması gibi olumsuz eleştiriler de yapılmaktadır.

Konu ile ilgili literatüre bakıldığında gerek yurt dışında (Thankachen, 2015; Sedisa, 2008; Loiola, 2013; Ludden, 2016; McCann, 2014; Ristov, 2018) gerekse ülkemizde (Keskin, 2011; Baş, 2018; Özzeybek Taş, 2018; Tenşi, 2019; Pangal Çalışkan, 2019) sağlıkta KÖİ ve şehir hastaneleri konusunda bazı çalışmaların yapıldığı, ancak bu çalışmalarda, daha çok kamu hastanelerinde KÖİ'nin uygulanabilirliği, avantajları ve dezavantajları sağlık çalışanları, üst ve orta düzey sağlık yöneticileri ve vatandaşların görüşleri açısından incelendiği görülmektedir. Şehir hastaneleri kurulmadan önce farklı paydaşların KÖİ'ne ilişkin görüşlerini yakalamak amacıyla yapılan bu çalışmaların dışında, bazı çalışmaların da şehir hastaneleri uygulamasından hemen sonra yapıldığı için uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmesi açısından çok erken olduğu, hatta sadece bir hastanede ve sınırlı sayıda meslek grubu üzerinde yapılan çalışmaların olduğu görülmektedir. Önceki çalışmalardan farklı olarak bu çalışma ise; şehir hastaneleri uygulamasına yönelik 3 farklı şehir hastanesinde (Adana, Isparta ve Yozgat) çalışan sağlık personelinin değerlendirmelerinin (şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik, çalışanlar, fırsatlar, riskler, şeffaflık, erişim ve yönetim süreçleri üzerindeki etkileri) ve önerilerinin (çalışanlar ve denetim-işbirliği boyutlarında yaşanan sorunların giderilmesine yönelik) incelenerek literatürdeki boşluğun giderilmesi ve uygulamadaki sorunlara ilişkin çözümlerin geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma bu haliyle, yukarıda bahsi geçen çalışmalardan zamanlama, kapsam, ölçülen boyutlar ve örneklem boyutu gibi yönleri nedeniyle farklılık göstermektedir.

Çalışmanın birinci bölümünde KÖİ kavramının tanımı ve kapsamı ortaya konulmuş, tarihçesi, uygulama modelleri ile avantaj ve dezavantajlarına yer verilmiştir. İkinci bölümde dünyada ve Türkiye'de KÖİ uygulamalarının gelişimi tartışılmıştır. Üçüncü bölümde sağlık sektöründe KÖİ uygulamalarının gerçekleştirildiği ülke örnekleri ortaya konulmuştur. Dördüncü bölümde Türk sağlık sektöründeki KÖİ uygulamalarının gelişimi ve hukuki alt yapısı hakkında bilgi verilmiş, şehir hastaneleri kavramının ortaya çıkışı, hayata geçirilme gerekçeleri, ekonomik boyutu, mevcut şehir hastaneleri, yüklenicilere

yapılacak ödemeler ile şehir hastaneleri uygulamasına yönelik değerlendirmeler ortaya konulmuştur. Beşinci bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi, altıncı bölümde bulgular, yedinci bölümde tartışma, sekizinci bölümde ise sonuç ve öneriler kısımları yer almaktadır.

1. BÖLÜM

KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAVRAMI

1.1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1980'lerden bu yana, müdahaleci devlet krizleri ve neoliberal fikirlerin ortaya çıkmasıyla birlikte, birçok ülke ekonomik ve sosyal kalkınma için kamu politikası aracı olarak özel finansman modelini benimsemiştir. Bu süreçte devletin kamu hizmetlerini yerine getirme sorumluluğunun gittikçe büyümesi nedeniyle kamu hizmetlerinin büyük bir kısmı merkezi yönetimler tarafından sunulmaya başlanmıştır. Ancak, zaman içinde gittikçe büyüyen kamu hizmetlerini sahip olduğu organizasyon ve finansman imkânları sayesinde etkin, verimli ve toplumun beklentilerine yönelik olarak sunabilme sürecinde sıkıntılar yaşayan merkezi yönetimler, karşılaştıkları kaynak sıkıntıları nedeniyle bazı hizmetleri yerine getiremez hale gelmişlerdir. Bu gerçeklik içerisinde devletin finansman açısından yaşadığı zorluklar nedeniyle ve özellikle 1990'lı yılların başlangıcı ile gündeme gelen liberal yaklaşımlar sonucunda kamunun küçülerek daha etkin bir hale getirilmesi düşüncesinin yanında, kamu hizmetlerinin merkezi yönetimlerden yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör eliyle gerçekleştirilmeye doğru geçildiği bir dönem yaşanmaya başlanmıştır (Sezer ve Vural, 2010, s. 204).

KÖİ kavramı (Uluslararası platformda Public-Private Partnership -PPP- olarak adlandırılmaktadır), kamu hizmetlerinin sağlanması amacıyla özel finansmanın bir politika aracı olarak kullanılması ile birçok ülkede farklı şekillerde uygulanan bir yöntemdir. En geniş anlamda bir politika aracı, kamu sektörünün politikası gereğince hedeflediği hizmetlerin topluma sunulabilmesi amacıyla kullanabileceği araçları veya yöntemleri içermektedir (Salamon, 2011, s. 1611-1674; Voß, 2007, s. 243).

KÖİ yöntemi genellikle altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesi ve desteklenmesiyle ilgili kamu hizmetlerinin sağlanması için bir araç olarak kullanılmıştır. Hükümetler, toplumsal varlıklar ve hizmetlerin genişletilmesi için alternatif finansman kaynakları arayışına girdiğinde ve inovatif yaklaşımlar, finans, teknoloji bilgisi ve yönetsel

verimlilik konusunda özel sektörle gerçekleştirilecek ortaklıklardan yararlanmaya karar verdiğinde, sıklıkla kullanılan bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır (HM Treasury, 2012, s. 16).

Avrupa Komisyonu KÖİ kavramını, geleneksel olarak kamu sektörü tarafından yürütülen veya finanse edilen yatırım projelerinin özel sektöre aktarılması olarak tanımlamıştır. Bunun yanı sıra şu dört faktörün bir arada bulunması bir KÖİ uygulaması için gereklilik olarak belirtilmiştir (European Commission, 2003, s. 128):

- Proje, kamu hizmeti (örneğin, ulaşım, kentsel gelişim, güvenlik vb.) olarak karakterize edilen alanlarda fiziksel varlıkların inşası veya işletilmesi ile ilgili olmalı ve kamu sektörünü (genel hükümet) ana alıcı olarak dahil etmelidir.
- KÖİ, genel işletmeci dışındaki bir şirketi, ana operatör, yani projeyi yürüten aracı olarak içermelidir. Yani projenin yürütücüsü olarak yeni bir aracı şirket de sürece dahil olmalıdır.
- Projenin ana finansmanı kamu borçlarından değil, özel tahviller gibi diğer kaynaklardan gelmelidir.
- Bu işbirliği aracılığıyla ortaya çıkan projenin yürütme şekli, sadece kamu tedariki yöntemine bir alternatif olarak değerlendirildiğinde farklılık göstermelidir. Bu durum, KÖİ'lerde, özel şirketin projenin tasarımında ve yapımında önemli girdiler sağladığı ve belirli bir düzeyde risk taşıdığı anlamına gelmektedir.

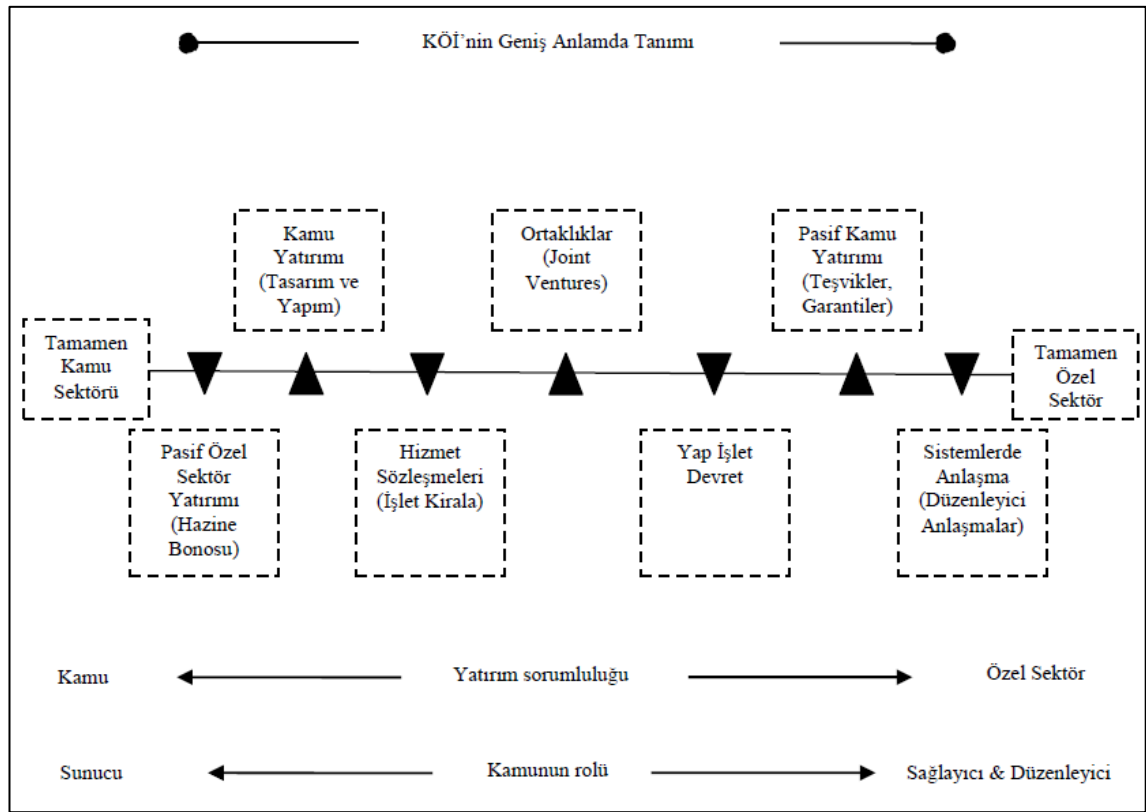
KÖİ başka bir tanımda ise, “kamu hizmetlerinin örgütlenmesine, inşaat, hizmet ve finans gibi farklı sektörlerden gelen özel şirketin (genellikle bir ortak girişim şeklinde) farklı rollerle (mal, hizmet ve yapım işi sağlama) dâhil edildiği, yönetim ilişkisinin sözleşme temelinde kurulduğu, bu yönüyle de sözleşme ilişkisinin kendine özgü özelliklerini içinde barındıran, esnek örgütlenmeyi öngören bir model” olarak tanımlanmaktadır (Karasu, 2011, s. 219).

Kamu ve özel aktörler arasındaki işbirliğinin, mal ve hizmetlerin karşılıklı olarak geliştirilmesi ve ayrıca risklerin, maliyetlerin ve kaynakların karşılıklı paylaşımı ile

karakterize edildiği durumlarda, KÖİ bir yönetim aracı olarak görülebilir. Ya da diğer yandan, hükümetlerin “özelleştirme” kavramı yerine ortaklıklardan bahsetmekten yana kullandıkları bir dil oyunu olarak görülebilir ve bu nedenle daha akılda kalıcı bir isim altında işbirliği şeklinde kullandıklarına dair görüşler de bulunmaktadır (Teisman ve Kljin, 2002, s. 197).

Daha genel ve tutarlı bir tanım ortaya koyabilmek amacıyla Bovaird (2004, s. 204), KÖİ’yi “kamu sektörü dışındaki herhangi bir örgütle kamu kuruluşu arasında karşılıklı bir bağlılığa dayalı bir dizi çalışma düzeni” olarak tanımlar. Benzer şekilde, OECD’nin “Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money” (Kamu Özel Sektör Ortaklıkları: Risk Paylaşımı ve Paranın Değerinin İzinde) raporunda da belirtildiği gibi KÖİ; “devlet ile bir veya daha fazla özel ortak arasındaki bir anlaşma” olarak tanımlanmaktadır. Bu anlaşmada kamunun hedefleri özel ortakların kar hedefleri ile uyumludur (OECD, 2008, s. 7). Benzer bir şekilde, Avrupa Birliği’ne göre KÖİ, bir hizmet sunumu için altyapının finanse edilmesini, inşasını, yenilenmesini, yönetimini ve bakımını sağlamayı amaçlayan kamu otoriteleri ile iş dünyası arasındaki işbirliği biçimlerini ifade eder. Uluslararası Para Fonu (IMF) ise KÖİ’yi, “özel sektörün geleneksel olarak devlet tarafından sağlanan altyapı varlıklarını ve hizmetlerini tedarik ettiği düzenlemeler” olarak tanımlamaktadır (APGM, 2016, s. 12). Dahası, KÖİ’lerin; dışsallıklara, kaynakların bir araya getirilmesine ve yönetim verimliliğine izin veren ve değer yaratan örgütsel biçimler oldukları ileri sürülmektedir (Villani ve diğerleri, 2017, s. 880).

KÖİ genellikle hizmetlerin kamu ve özel sektör işbirliğine dayalı olarak sunumunu gerçekleştirmek için devlet ile özel girişimciler arasındaki olası işbirliği biçimlerini belirlemekte kullanılan bir kavramdır. KÖİ olarak isimlendirilen farklı ortaklık modelleri de vardır. Bu farklı yapılanmalar yasal koşulların, yönetim tarzlarının, ortaklarca ortaya konulan katkıların farklı olacağı düşüncesinden hareketle, bu ortaklığın aynı zamanda ortak bir hedefe yöneldiği de akılda tutulmalıdır. Şekil 1’de geniş anlamda KÖİ’nin kapsamı, projelerin kamu ve özel sektör arasında konumlanma derecesi, yatırım sorumluluğu ve kamunun üstlendiği roller ortaya konulmuştur (Güngör, 2012, s. 6):



Şekil 1. Kamu Özel İşbirliğinin Kapsamı

Kaynak: Güngör, 2012, s. 6.

KÖİ tanımı çok farklı şekillerde yapılabilir ancak, yapılan tanımların hemen hemen hepsinde kamu ve özel sektörden aktörler arasındaki karşılıklı güven, kazanç ve risk paylaşımı ile karakterize edilen uzun vadeli bir sözleşme anlaşması olduğu ileri sürülmektedir. Bu işbirliğinde özel sektör geleneksel olarak kamu tarafından sunulan hizmetlerin sağlanması nedeniyle elde edilen kazançlardan yararlanırken, kamu sektörü ise kendi adına özel sektörün yatırımları gerçekleştirmesinden ve özel sektörün yönetim hizmetlerinin verimliliğinden yararlanmaktadır.

1.2. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN TARİHÇESİ

Tarih boyunca, kamu sektörü ve özel sektör arasında çeşitli işbirlikleri gerçekleştirilerek ve yenilikçi yaklaşımlar paylaşılarak toplumsal refahın artırılması arzulanmıştır

(Reynaers ve Graaf, 2014, s. 120). KÖİ modellerinin uygulanması açısından bakıldığında, günümüzdeki modern iş ortamlarında gerçekleştirilen uygulamaların, önceki yüzyıllardakilere göre önemli bir değişime sahip olmadığı ileri sürülmektedir (Geddes ve Wagner, 2013, s. 2). Örneğin, günümüz iş ortamındaki kamu özel işbirlikleri, sektörlerin kendine özgü becerileri yoluyla eğitim, sağlık, ulaştırma, kamu güvenliği gibi kamu hizmetlerini geliştirme gücüne sahiptir.

Kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektör katılımı yeni bir kavram değildir; KÖİ 1970'lerden başlayarak otuz yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Başlangıçta alt yapı hizmetlerine odaklanan KÖİ uygulamaları, sosyal içerikli altyapı hizmetlerinin ve bazı kamu hizmetlerinin satın alınmasını içerecek şekilde genişlemiştir. KÖİ özellikle konut, sağlık, eğitim, enerji, su ve atık arıtma gibi projelerde sıkça kullanılmaktadır. Tarihsel gelişime bakıldığında KÖİ politikalarının da sayılan gelişmelerin paralelinde küresel olarak geliştiği ve özellikle kamu yönetimlerinin yaşadığı bütçe sorunları nedeniyle potansiyel faaliyet alanlarını sınırlamamak için bu modeli alternatif sermaye kaynaklarına yönelmenin bir yolu olarak kullandıkları görülmektedir.

ABD'de altyapı yatırımlarının özel sektör katılımı ile gerçekleştirilmesi yeni bir olgu değildir. Karayolları ilk olarak 18. yüzyılda özel sektör tarafından paralı yollar ve turnike sistemi kullanılarak geliştirilmiştir. Özel sektör, 19. yüzyılda kanalların ve demiryollarının yapımında rol almıştır. 20. yüzyılda ise, büyüyen ekonomi ve yeni altyapıya olan ihtiyaç ile hem federal hükümet hem de eyalet yönetimleri altyapı sağlama sorumluluğunu üstlenmişlerdir (Kulkarni, 2009, s. 83).

KÖİ modelinin dünyada ilk defa hayata geçirilmesi köprü ve kanal yatırımlarında imtiyaz verilmesi suretiyle ulaşım sektöründe görülmüştür. İkinci Dünya Savaşından sonra ise bu eğilim giderek artmış, birçok ülkede yaygınlaşmıştır (Sözer, 2013, s. 216).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ve 1929 Büyük Buhranının uluslararası yansımalarıyla birlikte, birçok Batılı ülke, devletin mal üretmesi ve hizmetlerin sağlanması; ekonomiye artan hükümet müdahalesi yoluyla makroekonomik istikrar ve yeniden yapılanma

getirmeye çalıştı. 1930-1980 yılları arasında, müdahale “Refah Devleti” ve “Keynesyen Devlet” gibi popüler isimler altında uygulandı. Yıllar içinde bu yaklaşım birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede, hizmetlerin sunumunda etkinliğin sağlanamaması ve 1980'lerin küresel kriziyle sonuçlanan devlet üzerindeki finansman ve idari yükün büyük ölçüde artması nedeniyle eleştirilmeye başlandı ve uluslararası gücünü giderek kaybetti. KÖİ kavramının daha belirgin bir şekilde ortaya çıkışı genellikle 1990'larda Muhafazakâr Hükümet tarafından Birleşik Krallık'ta tanıtılan Özel Finans Girişimi (PFI) ile bağlantılıdır. Kavram ilk defa 1997 yılında maliye politikasını kontrol etmek, kamu sektörü harcamalarını sınırlamak ve ekonomik büyümeyi artırmak için açıklanan ekonomik durgunluk senaryosunda ileri sürülmüştür (Broadbent ve Laughlin, 1999, s. 95; Entwistle ve diğerleri, 2007, s. 63). Birleşik Krallık'ta ve diğer birçok ülkede, altyapı projelerinin gerçekleştirilmesinde özel finansmanın kullanımı yönünde KÖİ uygulanmasına öncülük eden benzer bir süreç vardı (Majone, 1997, s. 141).

1980'li yıllar genellikle “minimal devlet”, “desantralizasyon” ve “özelleştirme” politikalarının gündemde olduğu zaman dilimleri haline gelmiştir. 1990'lı yıllarla birlikte KÖİ “özelleştirmenin güncel hali” olarak algılanmıştır (Sözer, 2013, s. 217).

Dünyada globalleşme akımının etkisiyle sağlık hizmetlerinde kamunun etkisi giderek azalmıştır. 1980 yılından itibaren özelleştirme gibi bazı uygulamalar hayata geçirilmiş, kamudaki bütçe yetersizliğini aşmak ve özel firmaların dinamizminden faydalanmak için yeni arayışlar başlamıştır. Bu gelişmeler neticesinde KÖİ modeli daha güçlü bir şekilde gündeme gelmeye başlamıştır (Ünal ve Ünal, 2017, s. 52). 1990'lardan sonra ise birçok ülke KÖİ modelini kullanmaya başlamıştır. Model daha çok ulaşım, haberleşme, enerji, sağlık, eğitim, altyapı ve bilişim hizmetlerinde yoğun bir şekilde kullanılmaktadır (Emek, 2009a, s. 13).

1.3. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN UYGULAMA MODELLERİ

Kamu ve özel sektör kuruluşlarının ihtiyaçları nedeniyle farklı KÖİ biçimlerinin ve modellerinin geliştirildiği söylenebilir. KÖİ belirli bir ölçüde, kamu idaresinin hizmet

sağlayıcı olarak rollerinin farklılaşması nedeniyle sözleşmeli hizmet sunum modellerinin bir uzantısı olarak görülebilir (Teisman ve Kljin, 2002, s. 197). Aynı zamanda Teicher ve diğerlerinin (2006, s. 86) belirttiği gibi, özel sektörün kamu hizmeti sunum sistemlerinde önemli bir ortak haline gelmesini sağlayan bir uygulama olarak düşünülebilir. KÖİ'lerin kamu mal ve hizmetlerinin üretim ve dağıtımında yeni bir yaklaşım olduğu ancak, "her şeye uyan tek bir yaklaşımın" olmadığı; örneğin, Yap-Sahiplen-İşlet-Devret yaklaşımı (YSİD) kentsel yolların yapımı için tercih edilen bir KÖİ biçimiyken, tasarım, inşaat ve bakım düzenlemelerinin kırsal yolların yapımı için daha uygun olabileceği ifade edilmektedir (Pessoa, 2008, s. 317). Dolayısıyla, farklı kamusal ihtiyaçlar ve politika hedefleri için çeşitli KÖİ biçim ve yöntemleri oluşturulmuştur.

KÖİ modelleri, talebin devlet tarafından kontrol edildiği ve hizmet sunum maliyetlerinin devlet tarafından büyük ölçüde veya tam olarak finanse edildiği bir düzenlemeden, hükümetin talep üzerine çok az (veya hiç) kontrol sahibi olduğu ve hizmetlerin maliyetlerini kullanıcılarla paylaştığı düzenlemeye kadar uzanmaktadır. İkinci durumda, hükümetin rolü, bazı performans gerekliliklerinin belirlenmesi, bazı altyapıların (insan kaynağı, arazi, vb.) sağlanması ve planlama gibi alanlarda projenin kolaylaştırılması ile sınırlandırılmıştır (Mirjam Bult-Spiering ve Dewulf, 2008, s. 21). Aslında, belirli bir KÖİ biçiminin seçimi; hükümetin hedefleri, finansın kullanılabilirliği, projenin doğası, kapsamı, riskleri ve özel sektörün ortaklığa getirebileceği deneyim gibi faktörlere bağlıdır (Pace ve diğerleri, 2000; Schaeffer ve Loveridge, 2002, s. 175; Webb ve Pulle, 2002, s. 3).

McQuaid, (2000, s. 6) farklı KÖİ modellerinin ortaya çıkması üzerinde durmuş ve herhangi bir bireysel ortaklığın beş farklı boyutun bir bileşkesi olduğunu ve zaman içinde ortaklıklar arasında büyük farklılıklar olabileceğini savunmuştur. Bu boyutlar şunları içerir:

- Ortaklığın yapmak istediği şey (amaç stratejik mi yoksa proje odaklı mı?)
- Ortaklığa katılanlar (kilit aktörler ve ortaklıktaki ilişkilerinin yapısı)

- Ne zaman (diğer bir deyişle, ortaklık sürecinin gelişiminin zamanlaması veya aşamaları ve zaman içindeki ilişki ve faaliyetlerin değiştirilmesi)
- Nerede (mekansal boyut)
- Nasıl (diğer bir deyişle aktivitelerin nasıl yürütüldüğü ve uygulama mekanizmaları).

Ayrıca, bu boyutların her birinin birtakım bileşenleri veya alt boyutları da vardır. Kullanılacak olan model, sayılan bileşenlerin bir karması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Wang ve Zhao ise (2014, s. 680), kamu finansmanı ve projenin uzun vadeli veya kısa vadeli olmasının, seçilecek model üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Bu kapsamda aşağıda incelenen temel KÖİ modelleri şunlardan oluşmaktadır:

- Hizmet sözleşmeleri
- Yönetim sözleşmeleri
- Feragat veya kira sözleşmeleri
- Yap-işlet-devret (YİD) ve benzeri düzenlemeler
- İmtiyazlar
- Ortak girişimler

Her bir KÖİ seçeneği, müteakip bölümlerde ele alındığı ve Tablo 1’de özetlenen yapı ve sözleşme biçimlerindeki farklılıklarla birlikte, özel işletmeci tarafından üstlenilecek farklı sorumluluk ve risk düzeylerini ifade etmektedir. Sözleşmeler, yerel gereksinimleri en iyi yansıtacak şekilde çeşitli sözleşmelerin özelliklerini benimseyerek, gittikçe daha melez hale gelmektedir.

- **Hizmet sözleşmeleri** KÖİ’nin en basit şeklidir. Özel ortak herhangi bir kamu varlığını yönetmez, ancak belirli bir hizmeti sağlamak için kamu sektörü ile sözleşme yapar. Bu sözleşmeler genellikle 1-3 yıllık bir süreyi kapsayacak şekilde olup yol bakımı ve sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaktadır.

- **Yönetim sözleşmeleri** genellikle kamu mallarının özel bir iş ortağı tarafından yönetilmesi sürecini içerir. Özel ortak bir yönetim ücreti alır ve risk paylaşımı varsa, bir kar paylaşımı teşviki alır. Sözleşme süreleri genellikle 3- 5 yıl ile sınırlıdır.
- **Kiralamalar** yönetim sözleşmelerine benzerdir, ancak özel iş ortağı bir kira ücreti ödediğinden ve yalnızca varlıkların kullanımına bağlı gelir elde edildiğinden dolayı, karşılaşılabilecek risklerin paylaşımı konusu önem kazanmaktadır. Sözleşme dönemleri genellikle 8-15 yıldır.
- **Tasarla / Yap-İşlet-Devret modelinde**, özel ortak tarafından bir altyapı oluşturularak işletilmekte ve kamu tarafı ile bir sözleşme imzalanarak mal ve hizmet alımı gerçekleştirilmektedir. Bu süreç oldukça büyük bir yatırım yapılmasını gerektirmektedir. Varlıkların mülkiyeti, KÖİ'nin sonunda kamuya iade edilir. Talep riski, kamu ve özel sektör ortakları tarafından paylaşılabilirken, işletme ve finans riskleri özel ortakla aynı kalmaktadır. Sözleşme dönemleri genellikle yatırımın geri dönüşüne izin veren, 20-30 yıllık süreleri kapsamaktadır.
- **İmtiyazlar** uygulamasında, bir tür özel işletme lisansı için kamu sektörü özel bir işletmeye maksimum miktarda risk (örneğin, talep, işletme, yatırım/ finans vb.) aktarır. Sözleşmeler normal olarak hizmetleri genişletmek için yeni yatırımlar talep eder. Bunlar KÖİ modellerinin en karmaşıklarıdır ve dikkatli bir yapılandırma ve izleme gerektirir. Sözleşme süresi genellikle 20-30 yıldır (Asian Development Bank, 2008a, s. 1-2). Tablo 1'de temel KÖİ modellerinin ve özelliklerinin bir özeti verilmiştir (Asian Development Bank, 2008b, s. 28).

Tablo 1. Temel Kamu Özel Sektör Ortaklık Modellerinin Özellikleri

	Hizmet Sözleşmeleri	Yönetim Sözleşmeleri	Kiralama Sözleşmeleri	İmtiyaz	YİD
Kapsam	Sayaç okuma, faturalama gibi çeşitli destek hizmetleri için uygulanan sözleşmeler	Tüm operasyonun veya ana bileşenin yönetimi	Yönetim, hizmetlerin yerine getirilmesi ve belirli bazı yenilemelerin sorumluluğu	Tüm faaliyetler için sorumluluk ve belirli yatırımların finansmanı ve yürütülmesi	Arıtma tesisi gibi belirli bir ana bileşenin yatırımı ve işletilmesi
Varlık Sahipliği	Kamu	Kamu	Kamu	Kamu/Özel	Kamu/Özel
Süre	1-3 yıl	2-5 yıl	10-15 yıl	25-30 yıl	Değişken
İşletme ve Bakım Sorumluluğu	Kamu	Özel	Özel	Özel	Özel
Yatırım Sermayesi	Kamu	Kamu	Kamu	Özel	Özel
Ticari Risk	Kamu	Kamu	Paylaşılmış	Özel	Özel
Özel Sektör Tarafından Üstlenilen Riskler	Düşük	Düşük/Orta	Orta	Yüksek	Yüksek
Tazminat Koşulları	Birim fiyatlar	Sabit ücret, tercihen performans teşvikleri ile	Tarife gelirlerinin belirli bir kısmı	Tarife gelirlerinin tamamı	Üretim parametrelerine bağlı olarak çoğunlukla sabit, parça değişkeni
Rekabet	Yoğun ve devam eden	Sadece bir kez; sözleşmeler genellikle yenilenmez	Sadece ilk sözleşme; müteakip sözleşmeler genellikle müzakere edilir	Sadece ilk sözleşme; müteakip sözleşmeler genellikle müzakere edilir	Sadece bir kez; genellikle doğrudan rekabet olmadan müzakere edilir
Özel Durumlar	Kamu sektörünün verimliliğini artırmak için stratejinin bir parçası olarak kullanışlıdır; yerel özel sektör gelişimini teşvik eder	Daha yoğun özel katılım için hazırlık sırasında geçici çözüm	Operasyonel ve ticari verimliliği artırır; Yerel personeli geliştirir	Operasyonel ve ticari verimliliği artırır; yatırım finansmanını harekete geçirir, yerel personeli geliştirir	Yatırım finansmanını harekete geçirir; yerel personeli geliştirir
Sorunlar ve Zorluklar	Birden çok sözleşme yönetme ve sözleşme yasalarının güçlü bir şekilde uygulanmasını gerektirir	Yönetim, bütçe kaynakları, personel politikası gibi kilit unsurlar üzerinde yeterli kontrol sahibi olmayabilir	Yatırımlar ve özel işletmecilerden sorumlu kamu kurumları arasındaki potansiyel çatışmalar	İmzalanan sözleşme gereği yapılan yatırımların geri dönüşünün nasıl sağlanacağı	Devam eden operasyonların verimliliğini artırmaz; garantiler gerekebilir.

Kaynak: Asian Development Bank, 2008b, s. 28.

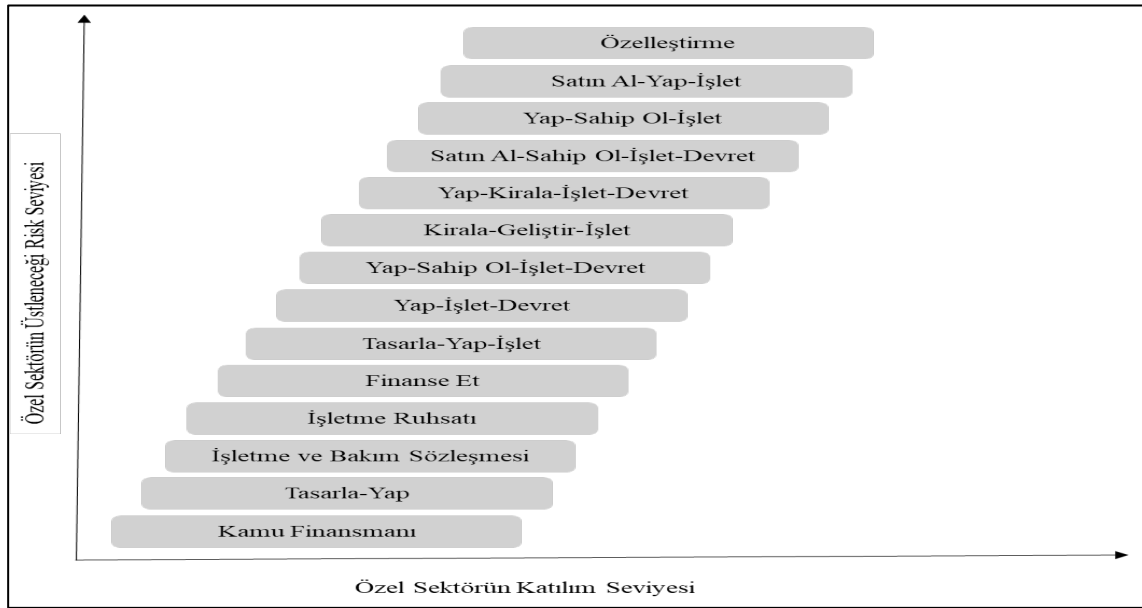
Yukarıda belirtilen temel tipolojilere ek olarak, kamu hizmeti sunumunda özel sektör katılımının derecesine ve aldığı riske göre farklılık gösteren bir dizi model daha bulunmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibi özetlenebilir (Rakić ve Rađenović, 2011, s. 212-213):

- **Tasarla ve Yap (Design-Build):** Özel sektörün tasarladığı ve inşa ettiği sözleşmeli KÖİ, kamu sektörünün belirlediği standartlara göre belirli bir hizmeti sunar ve böylece maliyet riskini özel sektöre aktarır. Bu tür sözleşmeye dayalı işbirliğinde, kamu sektörü finansal araçlar sağlar, hizmeti sunar, inşa ettirilen tesisin mülkiyetine sahiptir.
- **İşletme ve Bakım Sözleşmesi (Operation-Maintenance Contract):** Özel ortağın bir sözleşmeye dayalı olarak kamu mülkiyetini işlettiği bir KÖİ türüdür. Devlet mülkün sahibi olmaya devam eder. Özel iş ortağının karı, performansına bağlıdır.
- **İşletme Ruhsatı (Operation License):** Özel bir şirkete bir kamu hizmetinin sunulması amacıyla lisans verilen veya belli bir süre boyunca kamu hizmeti sunma hakkının bulunduğu KÖİ modelidir. Genellikle bilgi teknolojileri ile ilgili projelerde kullanılmaktadır.
- **Finanse Et (Finance Only):** Özel sektör tarafından ve genellikle de bir finans kuruluşu tarafından projenin doğrudan finanse edilmesidir. Tüm finansman giderleri ile projeye ilgili diğer gider ve riskler kamu sektörü tarafından karşılanmaktadır.
- **Tasarla-Yap-İşlet (Design-Built-Operate):** Özel sektör, kamu sektörünün taleplerine ve belirleyeceği şartlara uygun olarak, genellikle sabit bir fiyatla kamu hizmetini sağlarken, kamu sektörü finansman ve diğer giderlerin karşılanmasından sorumludur. Projenin tamamlanmasını takiben özel sektör bir kira karşılığında hizmeti sunar.
- **Yap-İşlet-Devret (Build-Operate-Transfer):** Özel sektör kamu sektörü projelerine dayanarak kamu yararına olacak bir projeyi gerçekleştirir ve kamu hizmetini sunarak projeyi işletir. Bir hizmet sağlayıcı olarak ve kamu sektörü denetimi altında, özel sektör kamu sektöründen ve / veya nihai kullanıcılardan hizmet sunum bedellerini tahsil eder. Kira süresi dolduğunda, proje kamu sektörüne iade edilir.
- **Yap-Sahip Ol-İşlet-Devret (Build-Own-Operate-Transfer):** Özel bir şirket, kamu sektörü projelerine dayanan bir kamu yararı oluşturur, daha sonra sözleşme ile düzenlenen bir süre için işletir ve mülkiyetinde tutar. Bu süre zarfında, özel şirket hizmetin kullanımından sorumludur ve sonrasında mülkiyet hiçbir ek ücret

ödenmeden kamuya devredilir. Sözleşmenin sona ermesine kadar, özel sektör altyapı projesinin operasyonel yönetimini üstlenir.

- Kirala-Geliştir-İşlet (Lease-Develop-Operate): Özel bir ortak, kamu yararına faaliyet gösteren bir varlığı kiralar, teknolojik ve işlevsel olarak geliştirir ve çalıştırır.
- Yap-Kirala-İşlet-Devret (Built-Lease-Operate-Transfer Et): Özel bir ortak tarafından kamu yararına hizmet edecek bir tesis hayata geçirilir ve kamuya kiraya verilir. Mülkiyet kamu sektöründe kalmakta ve özel sektör hizmet vermektedir. Kira süresi dolduğunda, tesis kamu sektörüne iade edilir.
- Satın Al-Sahip Ol-İşlet-Devret (Buy-Own-Operate-Transfer): Özel ortak bir kamu yararı satın alır, sözleşmede belirlenen süre boyunca kullanır ve hizmeti sağlar. Sözleşmenin sona ermesinden sonra kamu yararı kamu sektörünün mülkiyetine devredilir.
- Yap-Sahip Ol-İşlet (Built-Own-Operate): Özel sektör mülkiyeti kamuya devretme yükümlülüğü olmaksızın kendi mülkiyetinde kamu yararı yaratır ve işletir. Kamu sektörü, sağlanan hizmetlerin kalitesini kontrol etmektedir.
- Satın Al-Yap-İşlet (Buy-Build-Operate): Özel sektör tarafından kamu yararına hizmet eden tesis satın alınarak daha da geliştirilir ve işletilir. Sözleşme süresi dolduğunda ise tesis özel sektörün uhdesinde kalır.

KÖİ sözleşmelerinin bazı türleri Şekil 2'de gösterilmiştir (Rakić ve Rađenović, 2011, s. 212). KÖİ terimi bir süredir geniş çapta kullanılsa da özgün ve geniş kabul görmüş bir model yoktur. Şekilde de görüldüğü gibi, KÖİ ortaklıklarının biçimleri, geleneksel olarak kamu sektörü ile özel sektör tarafından ayrı ayrı geliştirilmiş olan çalışma biçimleri arasında bir yerde konumlanmaktadır.



Şekil 2. Kamu Özel İşbirliği Sözleşme Türleri

Kaynak: Rakić ve Radenović, 2011, s. 212.

1.4. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARININ AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Birçok hükümet, var olan hizmetleri iyileştirmek ve kamu sektörü tarafından sunulmakta olan hizmetleri daha da geliştirmek amacıyla özel sermayenin harekete geçirilmesinin potansiyel yararlarını da dikkate alarak yeni ve mevcut altyapı tesislerini tasarlamak, kurmak, finanse etmek ve / veya işletmek üzere KÖİ uygulamalarına yönelmektedir.

Kamu hizmetleri için var olan talebin büyüklüğü ve kamu kaynaklarının tek başına bu hizmetleri karşılayabilecek düzeyde olmaması yatırımların gerçekleştirilmesi ve hizmetlerin sürdürülmesi için özel sermayenin kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Özellikle uzun vadeli sözleşmelerle gerçekleştirilen KÖİ uygulamaları, kamu hizmetlerinin sunulmasında hükümetler için şu önemli faydaları sağlayabilir:

Kaynak kullanımında daha fazla verimlilik: Bir KÖİ uygulaması sürecinde kamu ve özel sektör arasında üstlenilecek risklerin optimal düzeyde ayarlanması ile iyi hazırlanılan ve yönetilen bir ihale süreci hem tasarım ve yapım maliyetlerinde hem de mevcut tesislerin iyileştirilmesi sayesinde oluşacak maliyetlerde önemli avantajlar sağlar. Aynı zamanda, sözleşmenin uzun vadeli olması özelliği, hizmet sunumunun fiyatında gerçek anlamda daha fazla kesinlik (hatta bir azalma) yaratabilir. Fiyatların öngörülebilir olması, fiyatlar üzerinde oluşabilecek sürpriz değişiklik olasılıklarını büyük ölçüde azaltacağı için büyük ölçüde kısıtlı olan kamu bütçe sistemi içinde açık bir değere sahiptir. Bu durum aynı zamanda, uzun vadeli sözleşmelerin hayata geçirilmesi sayesinde, kamu kaynaklarının uzun vadede daha etkin kullanılması için bir imkan sağlar.

Performans ve sermaye arasındaki risk düzeyi: Sermayenin uzun vadeli performans riskine maruz kalması, özel sektöre söz konusu varlığın zamanında ve tanımlanan bütçede tasarlanması ve inşa edilmesi ile uzun vadeli bakım ve yenileme maliyetlerini hesaba katması için bir teşvik sağlar. Bu durum işbirliği yapan taraflar arasında paylaşılmış olan risklerin dağılımını ve daha iyi yönetilmesini de destekler.

Kalite güvencesi ve incelemeler: KÖİ süreci genellikle standart kamu alımları sürecinden çok daha yüksek kalite güvencesi sağlamaktadır. Bu bağlamda proje; hem kamu idaresi tarafından hizmet sunumunun performansı açısından, hem de uzun vadede projeye mali kaynak aktaran sermayedarlar ile diğer borç verenler ve yatırımcılar tarafından sermayelerinin riski açısından incelemeye tabi tutulacaktır.

Bir KÖİ projesinin gerektirdiği uzun vadeli taahhüdün doğru bir şekilde değerlendirmesi, uzun vadeli riskler ve maliyetler hakkında bilgi gerektirir. Yapılan incelemeler, proje seçimi ve çıktılara ve hatta sonuçlara odaklanma konusunda daha bilinçli ve gerçekçi bir tartışma yaratabilir. Bu tür ek kalite güvence ve incelemeler geleneksel olarak satın alınan projelerde genellikle yoktur.

Bu faydalar, uzun vadeli özel sektör fonlarının kullanılabilirliğinin daha kısıtlı olduğu durumlarda bile KÖİ politikası açısından önemli olumlu etkileri vardır. Diğer bir deyişle,

kimi durumlarda özel finansman kaynaklarının kullanımı kısıtlanmış olsa bile, KÖİ'leri uygulamak için bazı politik faktörler bulunmaktadır. İleriye dönük olarak, iyi planlanmış ve iyi yönetilen KÖİ yapıları pazardaki değişikliklere kolayca uyum sağlayabilir. Böylece KÖİ uygulamaları hükümetlerin yeni duruma uygun beceriler geliştirmesini ve davranmasını sağlayabilir. Bu tür bir yaklaşım, sadece özel sektör kaynaklarından faydalanmanın bir aracı olarak değil, tedarik ve hizmet sunumunda kamu yönetimi tarafından kullanılacak bir araç olarak da düşünülebilir (Farquharson ve diğerleri, 2011, s. 4).

Bu açıdan bakıldığında KÖİ'ler özel sektör yoluyla gerçekleştirilen bir finansal işlem den daha fazlasıdır. Bu nedenle, sağlam politika temellerine, uzun vadeli siyasi taahhütlere, sağlam ve öngörülebilir bir yasal ve düzenleyici ortama dayanmalıdır. Özel sektör ortakları bir projeye teklif verilip verilmeyeceğine karar verirken bu faktörleri göz önünde bulundurmaktadır. Özellikle gelişmekte olan piyasalarda hükümetler için projeye özgü satın alma faaliyetlerinin dışında diğer bir zorluk, başarılı bir KÖİ uygulamasının temellerini oluşturan faaliyetler için gerekli kaynakların genellikle daha az erişilebilir olması gerçeğidir. Ancak, doğru politikalar, kurumlar ve süreçler olmadan, takip eden işlemler genellikle başarısız olacaktır (Farquharson ve diğerleri, 2011, s. 5).

Özel sektörle işbirliği yapmak, kamu sektörü ve sağlık sektörü için bazı potansiyel faydalar sağlamaktadır. Nikolic ve Maikisch (2006, s. 5) bu faydaları; kıt kamu kaynaklarının büyük yatırımlara tahsis edilmemesi suretiyle devlet harcamalarının azaltılması, özel ortakların operasyonel verimliliği nedeniyle daha yüksek verimlilik elde edilebilmesi veya hastane hizmetleri ve altyapısı sayesinde sağlık hizmetlerinde daha iyi bir yönetim etkinliği kazanılması şeklinde sıralamaktadır. Sağlık sektöründeki KÖİ uygulamaları, özellikle ortakların birbirinin teknik veya yönetim uzmanlığından (örneğin performansa dayalı izleme ve teşvikler) faydalanma ve teknoloji transferini teşvik etmenin bir aracı olarak, kalite iyileştirmelerine yol açabilecek bir yöntem olarak değerli olabilir. Aynı zamanda bir KÖİ uygulamasında, kamu ortağı yukarıda belirtilen faydaların elde edilmesini, riskin minimuma indirilmesini ve kamu fonlarının ortaklığın belirtilen hedeflerine uygun şekilde kullanılmasını sağlamak için gerekli adımları atabilir.

Daha iyi performans ve iyileştirilmiş çıktılar için teşvikler belirleyerek kamu hizmeti sunumunun etkinliğini artırabilir.

Ayrıca, etkili bir KÖİ uygulamasının yönetilmesi ve yürütülmesi süreci için önemli riskler de vardır. Bu riskler; finansal risklerin ve ödüllerin, karar verme mekanizmalarının ve sorumlulukların ve uygulanabilir düzenleyici sorumlulukların ve uygulanabilir düzenlemelerin dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesini içerir. Buna göre, olası bir alım-satım sürecinin ve faydaların doğru bir şekilde değerlendirilmesi, KÖİ uygulamasının uygun bir şekilde tasarlanması ve proaktif olarak yönetilmesi için önemlidir. Bu tür bir değerlendirme, yetersiz düzenleyici bir çerçeveden veya düşük kurumsal kapasiteden kaynaklanan riskleri ortaya çıkarabilir; bu durumun, ya sözleşmede yer alan özel hükümler yoluyla ya da hükümetler tarafından üstlenilen ayrı reformlar yoluyla ele alınması gerekebilir (örneğin, akreditasyon sistemlerinin geliştirilmesi, hasta hakları politikalarının güncellenmesi, sağlık sağlayıcılarının performansında şeffaflık sağlanması gibi). Sağlık sisteminde yanlış yerde fazla kapasite veya yeni kapasite yaratma riski de sık karşılaşılan risklerden olup, bu duruma özgü risklerin de ele alınması gerekebilir. Bu tür riskler, hizmetlerin ihtiyaca dayalı sunumuna izin veren etkili bir planlama ve ruhsatlandırma düzenlemesi ile hafifletilebilir. Pek çok durumda, yeterli bir ruhsatlandırma sistemi, yalnızca önceden tanımlanmış bir dizi kritere dayanarak sağlık tesislerini işletmek için ruhsatlandırma yapmamalı, aynı zamanda, yüksek riskli müdahalelere ve sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı karşılayacak şekilde özel bir düzenleme seçeneğini de içermelidir (Nikolic ve Maikisch, 2006, s. 5).

Van Herpen ise (2002, s. 3-10) KÖİ uygulamalarının avantajları ve dezavantajlarını şöyle gruplandırmıştır:

- Paranın değeri yaklaşımını desteklemesi

Bir KÖİ projesinin en önemli avantajı para için değer yaratmadır. Bu, daha az mali kaynak ayırarak geleneksel tedarik kapsamında olduğu gibi aynı kalitede bir proje sunmak veya aynı miktarda mali kaynak ile daha yüksek kalitede bir proje sunmak anlamına gelir. Paranın değeri yaklaşımının sağlanabilmesi için 6 bileşen göz önünde bulundurulmalıdır:

- Risk transferi sağlanması
- Çıktı bazlı şartname kullanılması
- Sözleşmelerin uzun vadeli niteliği (Projenin tüm yaşam maliyetinin dahil edilmesi)
- Ödemelere yönelik performans ölçümü yapılması ve teşviklerin devreye alınması
- Özel sektörün yönetim becerilerinin yüksekliği
- Rekabet sayesinde daha düşük fiyatlar, daha yüksek inovasyon, daha fazla yatırım ve daha iyi sonuçlar elde edilmesi
- Maliyet verimliliği sağlanması
- Teslim süresinde tasarruf sağlanması
- Kamu borçlanmasında azalma sağlanması
- Piyasada bulunan diğer aktörlere daha iyi cevap verebilmesi
- Daha geniş desteğe sahip olması
- Geliştirilmiş maliyet hesaplamalarının yapılması

KÖİ uygulamalarının dezavantajları ise şöyle sıralanmaktadır:

- Paranın değeri yaklaşımının yeteri düzeyde desteklenmemesi
- Daha yüksek işlem maliyeti oluşturması
- Daha yüksek sermaye maliyeti gerektirmesi
- Dezavantajlara dönüşebilecek avantajlar olması
 - Bir taraftan diğerine riski devretmenin bedeli olacaktır.
 - Projeden beklenen faydaların çok üst düzeyde veya uygun olmayan bir şekilde belirlenmesi, elde edilen proje çıktılarının yetersiz bulunmasına neden olabilir.
 - Kısa vadeli verimlilik kazancı, uzun vadede verimlilik kaybına neden olabilir.
 - Aşırı bir izleme sürecine sahip olmak, genel hizmetin iyileşmiş olduğu gerçeğini gözden kaçırmaya neden olabilir.
- Taraflar arasında oluşabilecek güvensizlik durumu
- Sözleşme şartlarından dolayı verimsizliğe neden olabilmesi

- Kamu ve özel sektör arasında var olan kültür boşluğu
- Bazı hallerde sözleşmelerde değişiklikler yapılması gerektiğinde, kısıtlayıcı veya engelleyici esneklik ile ilgili sorunların olması
- Tarafların müzakere durumlarının zaman içinde değişmesi ve sözleşmeye tam olarak uyulamaması nedeniyle oluşan bekleme sorunu
- Kamu sektörü personelinin KÖİ sonrasındaki çalışma şartları ile ilgili endişesi

2. BÖLÜM

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

2.1. DÜNYADA KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

KÖİ uygulamaları, özel sektör ile gerçekleştirilen bir finansal işlemde daha fazlasıdır. Günümüzde başarılı bir KÖİ uygulaması; sağlam politika temellerine, uzun vadeli siyasi taahhütlere, sağlam ve öngörülebilir bir yasal ortama dayanmalıdır. Gelişmiş özel sektör ortakları, bir projeye teklif verilip verilmeyeceğine karar verirken bu faktörleri göz önünde bulundurmaktadır. Ancak, doğru politikalar, kurumlar ve süreçler olmadan, takip eden işlemler genellikle başarısız olur (Farquharson ve diğerleri, 2011, s. 5).

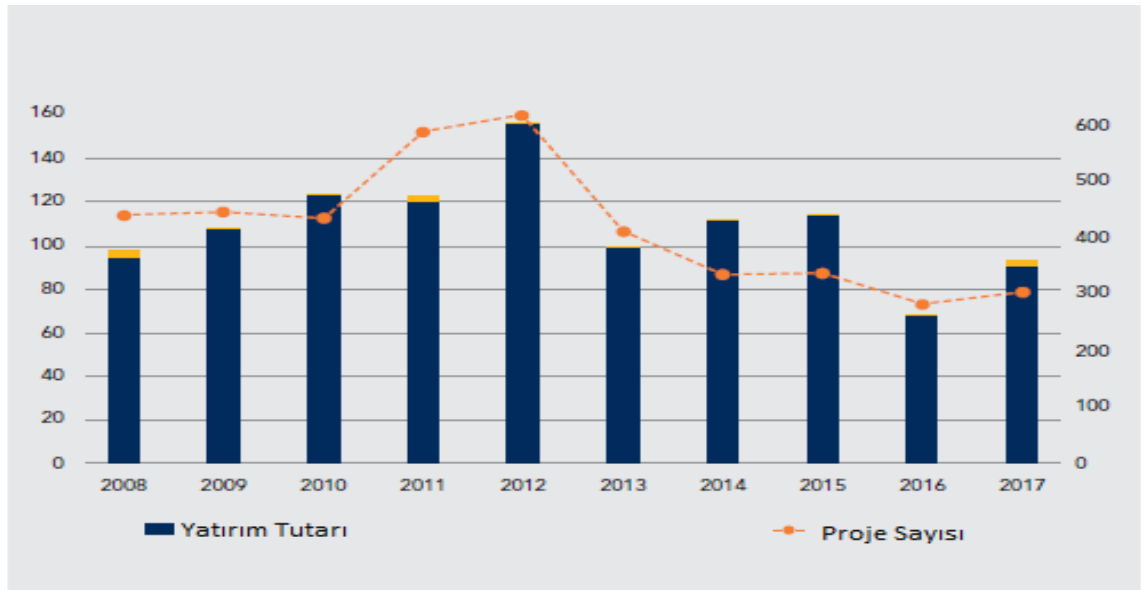
KÖİ kimi ülkelerde daha eski zamanlarda uygulanmaya başlanmış olsa da yaygınlaşması özellikle 1980'lerden sonra başlamıştır. KÖİ modelinin kamu hizmetlerinde uygulanması ile bu hizmetlerin sunumunda piyasa mantığı hakim olmaya başlamıştır. Özellikle Avrupa'da başlatılmış olan projeler ve diğer ülkelerindeki örnekler, modelin uygulanabilirliğinin sınır ötesine taşınması fikrini doğurmuştur. Bu gelişmeler neticesinde birçok ülkede KÖİ modeli ile çeşitli projeler başlatılmıştır. Model, geçen zamanla birlikte Amerika kıtası ve Uzak Asya ülkelerinde de kendine yer bulmuştur (Şenel Tekin, 2017, s. 7).

Modern, sürdürülebilir ve güvenilir bir altyapı oluşturmak, dünyadaki milyarlarca insanın yükselen isteklerini karşılamak için çok önemlidir. Altyapı yatırımları, ekonomik büyüme oranlarının artmasına yardımcı olmakta, yeni ekonomik fırsatlar sunmakta ve insan sermayesine yapılan yatırımları kolaylaştırmaktadır. Yoksulluğun azaltılması ve refahın sürdürülebilir bir şekilde sağlanması, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak ve iklim değişikliğinin üstesinden gelmek için gelişmekte olan pazarlarda ve ekonomilerde altyapı yatırımlarında önemli bir artışa ihtiyaç vardır. KÖİ altyapı hizmetlerinde bu ihtiyaçları karşılayacak bir araç olabilir. İyi tasarlanmış ve dengeli bir düzenleyici ortamda uygulandığında, KÖİ'ler su, temizlik, enerji, ulaştırma, telekomünikasyon, sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetlerinin sağlanmasında daha fazla verimlilik ve

sürdürülebilirlik sağlayabilir. KÖİ'ler ayrıca kamu ve özel kuruluşlar arasında daha iyi bir risk dağılımına izin verebilir. Dünya Bankası'nın Altyapıda Özel Sektör Katılımı Veritabanı (Private Participation in Infrastructure Database) verilerine göre, 2016 yılında altyapıya yapılan toplam yatırım miktarı 2011-2015 dönemi ortalaması olan 121 milyar ABD dolarından 71 milyar ABD dolarına düşmüştür. Dünya Bankası veri tabanı, kamu sektörü tarafından geleneksel olarak sunulan yüksek sermayeli altyapı hizmetlerini 4 temel sektör (enerji, bilgi ve iletişim teknolojisi, ulaştırma, su) olarak sınıflandırmaktadır (The World Bank, 2020).

2017 yılında ise dünya ölçeğinde KÖİ yatırımları, uygulanmakta olan 304 projede toplam 93,3 milyar ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Bir önceki yılda görülen düşüşten sonra 2017 yılında dünya genelinde KÖİ yatırımlarında bir artış olduğu görülmektedir. 2016 yılına göre 2017 yılında yatırım tutarında %37'lik bir artış görülmüştür. 2017'deki bu önemli artış, temel olarak Çin ve Endonezya'daki birkaç mega projenin devreye alınmasının yanı sıra Pakistan'ın öncülüğünde Güney Asya'da toparlanmanın neden olduğu, bunu takiben de Doğu Asya ve Pasifik'te meydana gelen yatırımlardan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, 2017 yılında toplam yatırım oranı, son beş yıldaki ortalama olan 109,8 milyar ABD dolarından %15 daha düşüktür. Proje sayısı, 2016'da 280'den, 2017'de 304'e yükselmiş ve %9'luk bir artış göstermiştir. Bu artış, çoğunlukla, proje sayısının arttığı Mısır (ikiden 25'e); Çin (64'ten 73'e) ve Hindistan (32'den 43'e) gibi ülkelerden kaynaklanmıştır. Ancak, proje sayısı Brezilya (68'den 24'e), Kolombiya (15'ten 1'e) ve Türkiye (16'dan 5'e) gibi bazı ülkelerde ise önemli ölçüde azalmıştır. Ayrıca, KÖİ yatırım işlemleri 2017 yılında 52 ülkede gerçekleşmiştir. Bu da 2016 seviyesi olan 37 ülkeye ve son beş yıl ortalaması olan 41 ülkeye göre önemli bir artış işaret etmektedir (The World Bank, 2018, s. 4).

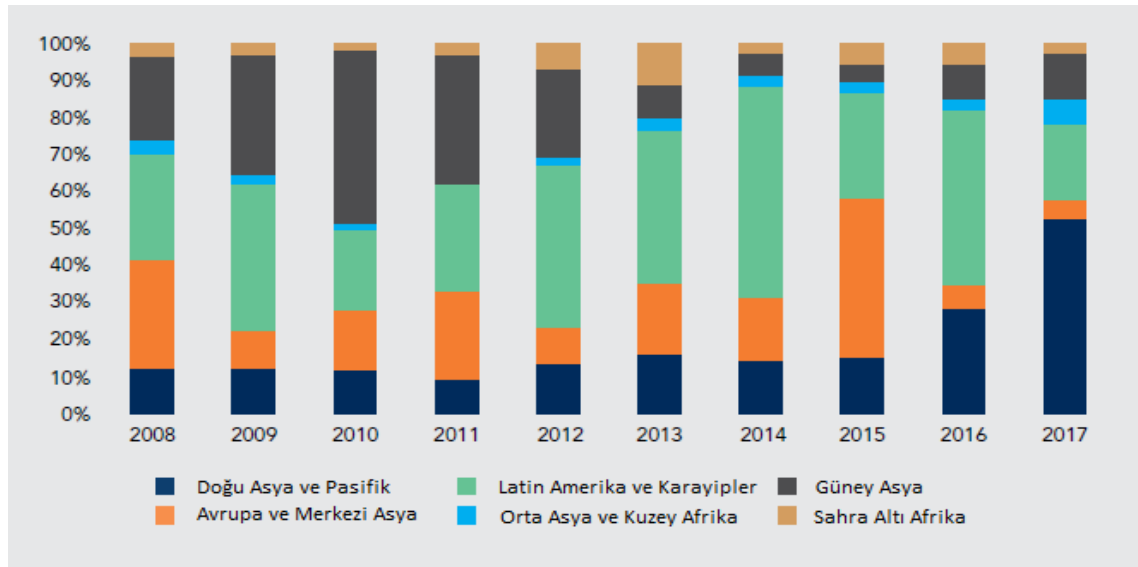
Dünya Bankası verilerine göre 1990-2018 yılları arasında gelişmekte olan ülkelere toplam 7.205 KÖİ projesi gerçekleştirilmiştir. Bu projelerin toplam maliyeti 1.788 milyar ABD doları düzeyindedir. Elektrik sektörü bu yatırım pastasından en yüksek payı alan sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sözü edilen KÖİ yatırımlarının gelişmekte olan ülkelerdeki sayıları ve yatırım tutarları Şekil 3'te görülmektedir (The World Bank, 2019).



Şekil 3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Projeleri Dağılımı (2008-2017)

Kaynak: The World Bank, 2019.

KÖİ yatırımlarının dünya ölçeğinde coğrafik dağılımlarına bakıldığında ise şöyle bir durum ortaya çıkmaktadır: Doğu Asya ve Pasifik Bölgesinin yatırım payı, 2017 yılında küresel yatırımın yarısından fazlasına karşılık gelen ve KÖİ tarihinde ilk kez Latin Amerika ve Karayipler Bölgesini geride bırakarak yükselmiş ve zirveye ulaşmıştır. Her ne kadar Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi, KÖİ yatırımlarına her zaman hükmediyor olsa da 2017'deki payı, 2016'daki %68'den %21'e düşmüştür. Güney Asya Bölgesindeki yatırımlar, 2015'te en düşük seviyesine inmiş ancak daha sonra tekrar tırmanışa geçmiştir (Şekil 4). Ülke düzeyinde, 2017'de en yüksek yatırım seviyesine sahip olan ilk beş ülke sırası ile Çin (73 projede 17,5 milyar ABD doları), Endonezya (11 projede 15,4 milyar ABD doları), Meksika (20 projede 8,6 milyar ABD doları), Brezilya (24 projede 7,3 milyar ABD doları) ve Pakistan'dır (4 projede 5,9 milyar ABD doları). 2017 yılında, bu beş ülke toplamda 54,7 milyar ABD doları KÖİ yatırımı yapmış ve küresel yatırımın %58'ini yakalamıştır (The World Bank, 2018, s. 7).



Şekil 4. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Bölgesel Dağılımı (2008-2017)

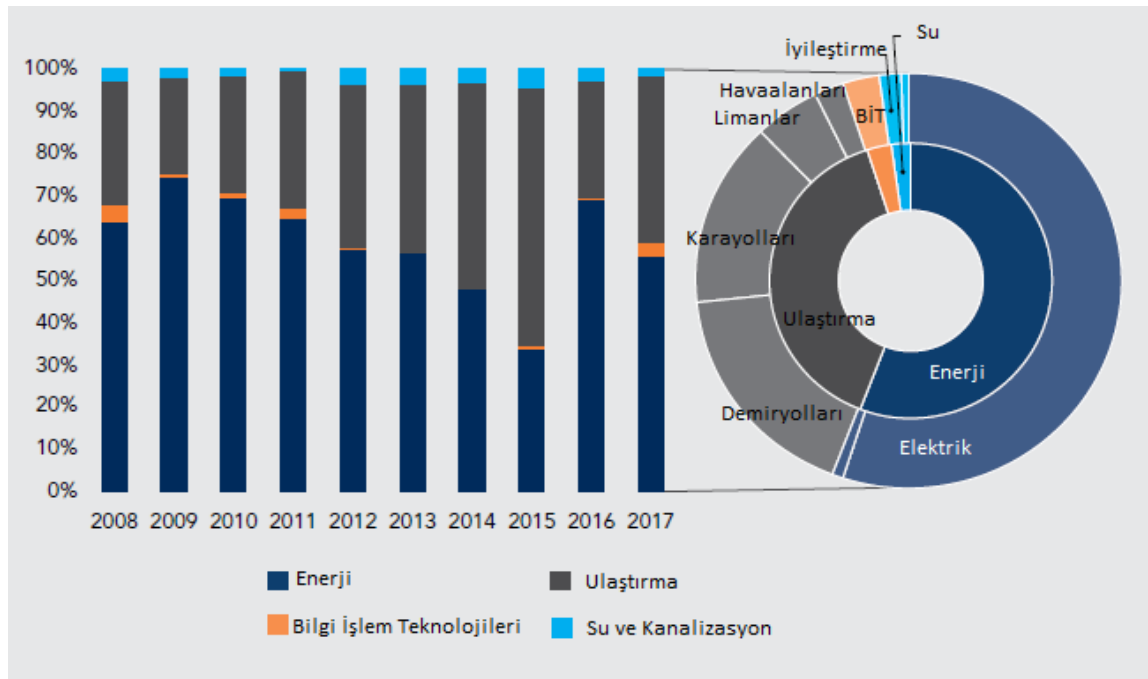
Kaynak: The World Bank, 2018, s. 7.

2017 yılında, Çin ve Endonezya başta olmak üzere Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi tarafından şimdiye kadarki en yüksek yatırım seviyesini yakalamıştır. Çin, 73 projede toplam 17,5 milyar ABD doları yatırımla küresel yatırım taahhütlerinin %19'unu oluşturmaktadır. Çin bu yatırımdan sadece ulaştırma sektörü için üç mega projeye 13 milyar ABD doları ayırmıştır. Endonezya, bu bölgenin 2017'de en yüksek ikinci yatırım seviyesini 11 proje için ayırdığı 15,4 milyar ABD doları ile yakalamıştır.

Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, 2017 yılında %28 artışla KÖİ yatırımlarına 5,3 milyar ABD doları tahsis etmiştir. Rusya ve Türkiye, bölgedeki KÖİ yatırımları için iki ana destinasyon olup bölgenin toplam yatırımının %71'ine sahiptirler. Rusya'ya yapılan yatırım, 2016'da on kat artış göstermesine rağmen, son 10 yıldaki seviyeyle karşılaştırıldığında düşük kalmıştır. Türkiye'de 2017 yılında yatırımlar 2016 yılına göre %60 daha düşük bir seviyede gerçekleşmiştir (The World Bank, 2018, s. 9).

Dünya genelinde gelişmekte olan ülkelerde yapılan KÖİ yatırımlarının sektörel dağılımlarına bakıldığında; 2017 yılında, özel sektör yatırımları arasında enerji sektörü

diğer sektörleri geride bırakmış, bu sektördeki 203 projeye 51,9 milyar ABD doları yatırım yapılmıştır. Bu, küresel KÖİ yatırımının %56'sını oluşturmaktadır. Taşımacılık sektörü, küresel KÖİ yatırımının %39'u olan 36,5 milyar ABD doları ile küresel ölçekten ikinci büyük payı almıştır. Böylece, ulaştırma ve enerji sektörleri toplam KÖİ yatırımının %95'ini oluşturmuştur. Diğer yandan bilgi işlem teknolojileri sektörü beş projeye yapılan 3 milyar ABD doları, su ve kanalizasyon sektörü ise 30 projeye yapılan 1,9 milyar ABD doları ile KÖİ yatırımları yapılan diğer sektörler olmuşlardır (Şekil 4 ve 5) (The World Bank, 2018, s. 12).



Şekil 5. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Sektörel Dağılımı (2008-2017)

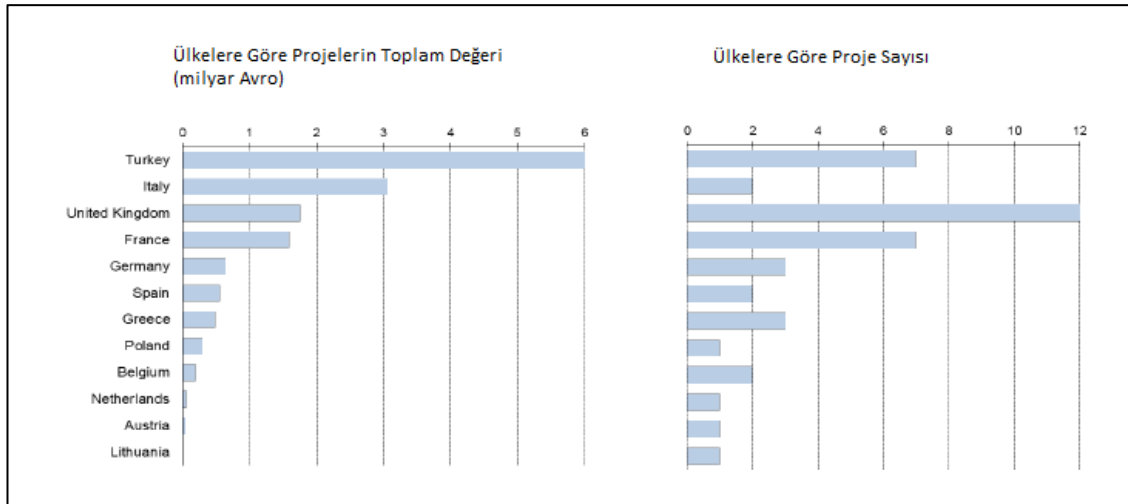
Kaynak: The World Bank, 2018, s. 12.

Büyük altyapı projeleri için, özellikle ulaşım ve kamu hizmetlerinde özel finansmanın kullanımı, 2000'li yılların başından itibaren dünya genelinde neredeyse dört kat artış göstermiştir. Bu ortaklıklar, özellikle Avrupa ülkelerinde, sağlık hizmetleri altyapı yatırımlarının büyüyen bir parçası olmuştur (Barlow ve diğerleri, 2013, s. 146).

2.2. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

Dünya Bankası'nın yanı sıra, Avrupa Birliği (AB) üyelerine rehberlik ve danışmanlık sağlamak amacıyla Avrupa Yatırım Bankası (EIB) altında kurulmuş bir Avrupa KÖİ Uzmanlık Merkezi (EPEC) bulunmaktadır. Türkiye bu merkezin üyelerinden biridir. EPEC, KÖİ yatırımlarının ve projelerinin kayıtlarını tutmakta ve raporlamaktadır. EPEC raporuna göre, Avrupa KÖİ pazarının durumu aşağıdaki gibidir.

2017 yılında, Avrupa pazarında finansal kapanışa giren KÖİ işlemlerinin toplam değeri 14,4 milyar avroya ulaşmıştır. Bu rakam 2016 yılında 11,8 milyar düzeyinde olup 2017 yılında %22 artışa işaret etmektedir. Bununla birlikte, finansal kapanışa ulaşan KÖİ işlemlerinin sayısı 2016 yılında 68'den, 2017 yılında 42'ye düşmüştür. Bu, 1997'den bu yana görülen en düşük rakamdır. Türkiye, yatırım değeri bakımından 2017 yılında 6 milyar avro (2016'da 1,5 milyar avro) ile Avrupa'nın en büyük KÖİ pazarıdır, proje sayısı bakımından ise İngiltere (2016'da 28) başı çekmektedir. Şekil 6'da Avrupa'da 2017 yılı KÖİ proje sayısı ve değerlerinin ülkelere göre dağılımı verilmiştir (EPEC, 2018, s. 2).

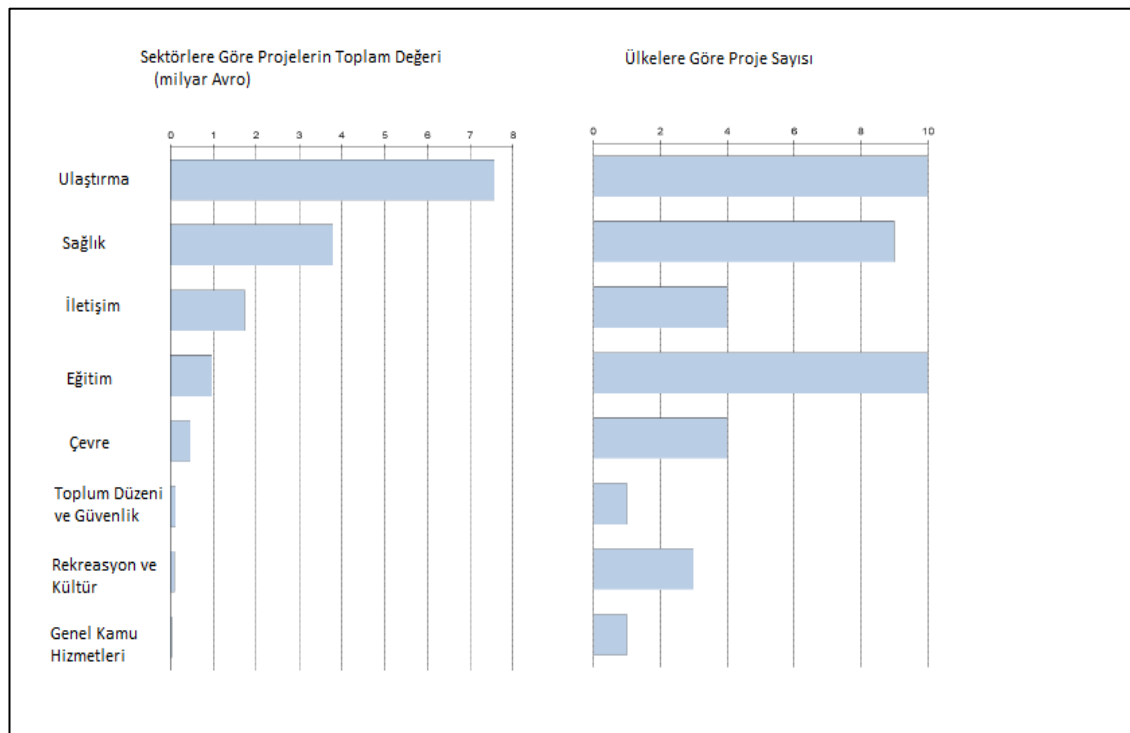


Şekil 6. KÖİ Proje Sayısı ve Değerinin Ükelere Göre Dağılımı, 2017

Kaynak: EPEC, 2018, s. 2.

İtalya, değer bakımından en büyük ikinci KÖİ pazarına sahip olup, toplam yatırım tutarı 3,1 milyar avrodur. Ancak, bu çoğunlukla, İtalyan KÖİ pazarının yaklaşık %90'ını oluşturan büyük bir uygulama ile (Pedemontana Veneta paralı yolu) gerçekleştirilmektedir. Son beş yılda, Birleşik Krallık ve Fransa, kapatılan KÖİ işlemleri sayısında bakımından Avrupa KÖİ pazarını yönetirken, Türkiye değer bakımından en büyük KÖİ pazarını oluşturmaktadır ve toplam 22,5 milyar avro değerinde projeye imza atmıştır (EPEC, 2018, s. 2).

Avrupa'da yapılan KÖİ uygulamalarının sektörel dağılımları Şekil 7'de verilmektedir. 2017 yılında, 7,6 milyar avro değerinde işlemin gerçekleştiği ulaştırma sektörü, değer bakımından en büyük olmayı sürdürmüştür (2016'da 3,8 milyar avro). Sağlık sektörü, dokuz proje ve toplam 3,8 milyar avro (2016'da 2,1 milyar avro) ile değer bakımından en aktif ikinci sektör olmuştur. Bu, çoğunlukla Türkiye'de bulunan beş sağlık KÖİ uygulamasından kaynaklanmaktadır.



Şekil 7. KÖİ Proje Sayısı ve Değerinin Sektörlere Göre Dağılımı, 2017

Kaynak: EPEC, 2018, s. 3.

Eğitim sektöründe, finansal kapanışa ulaşan proje sayısı 27'den 10'a düşmüş ve toplam değer benzer şekilde 958 milyon avroya (2016'da 1,6 milyar avro) düşmüştür.

EPEC tarafından hazırlanan raporda (2018, s. 4) dikkat çeken KÖİ işlemleri arasında Türkiye'deki sağlık uygulamaları sayılmıştır. şöyle ki; Bursa, Gaziantep, İstanbul İkitelli, İzmir Bayraklı ve Manisa Entegre Sağlık Kampüsü projelerinin, sağlık KÖİ programının bir parçası olarak, Türkiye'de mali açıdan kapanışa çok yaklaştığı belirtilmiştir. Bu projeler, sağlık tesisleri, Ar-Ge birimleri, yüksek teknoloji merkezleri ve sosyal yaşam alanlarını içeren entegre sağlık kampüslerinin tasarımını, inşasını, finansmanını ve bakımını içermektedir.

Avrupa Birliği bünyesinde faaliyet gösteren Avrupa Sayıştayını (European Court of Auditors) tarafından Fransa, Yunanistan, İrlanda ve İspanya'da karayolu taşımacılığı ve bilgi iletişim teknolojileri (BİT) sektöründe gerçekleştirilen 12 adet KÖİ projesi denetlenmiştir. Projeler, KÖİ'lerin sağlaması beklenen faydaları sağlayıp sağlamadıkları, sağlam analizlere ve uygun yaklaşımlara dayanıp dayanmadıkları ve ziyaret edilen üye ülkelerdeki genel kurumsal ve yasal çerçevesinin KÖİ'lerin başarılı bir şekilde uygulanması için yeterli olup olmadığı kapsamında değerlendirilmiştir. Genel olarak yapılan denetimler sonucunda (European Union, 2018, s. 9-11);

- KÖİ uygulamalarının, kamu makamlarına tek bir prosedürle büyük ölçekli altyapıları tedarik etme imkânı verdiği, ancak yetersiz rekabet riskini arttırarak kamu makamlarını daha zayıf bir müzakere konumuna soktuğu,
- KÖİ'lerin tedarik edilmesi tipik olarak, genellikle geleneksel tedarikin bir parçası olmayan hususlar üzerinde pazarlık yapılmasını gerektirdiği ve bu nedenle geleneksel projelerden daha fazla zaman aldığı (Denetlenen 12 projenin üçte biri, 5-6,5 yıllık tedarik süreleriyle önemli gecikmelerden etkilenmiştir.),
- Geleneksel projelere benzer şekilde, denetlenen KÖİ projelerinin çoğunluğunun inşaat sırasındaki gecikmeler ve büyük maliyet artışları gibi önemli verimsizliklere maruz kaldığı,

- Proje analizlerinin gelecekteki talebe ve planlanan altyapının kullanımına ilişkin aşırı iyimser senaryolara dayandığını ve bunun da tahminlerin %69 (BİT) ve %35 (otoyollar) altında proje kullanım oranlarına yol açtığı,
- Denetlenen projelerin çoğu için, Kamu Kesimi Karşılaştırıcısı (Public Sector Comparator, veya PSC) gibi alternatif seçeneklerin karşılaştırmalı bir analizine gerek kalmadan KÖİ seçeneği seçilmiştir, bu nedenle, seçimin paranın değerini maksimize eden ve kamu çıkarını koruyan tek yol olduğunun gösterilemediği,
- Kamu ve özel ortaklar arasındaki risk dağılımı genellikle uygunsuz, tutarsız ve etkisizdir, özel ortağın risk sermayesindeki yüksek ücret oranları (%14'e kadar) her zaman ortaya çıkan riskleri yansıtmayabilir. Ayrıca, denetlenen altı BİT projesinin çoğunun, hızlı teknoloji değişikliklerine maruz kaldıkları için uzun sözleşme süreleri ile uyumlu olmadığı tespit edilmiştir.

Avrupa Sayıştay'ı yapılan denetimler ve analizler sonucunda üye ülkelere ve politika yapıcılara aşağıdaki tavsiyeleri sunmaktadır (European Union, 2018, s. 11):

- Yukarıda tanımlanan konular ele alınana ve aşağıdaki öneriler başarılı bir şekilde uygulanıncaya kadar, KÖİ projelerinin daha yoğun ve yaygın bir şekilde kullanılmasını teşvik etmemek,
- Gecikmelerin ve yeniden müzakerelerin kamu ortağı tarafından karşılanan KÖİ projelerinin maliyeti üzerindeki mali etkisini azaltmak,
- KÖİ seçeneğinin seçimini, en iyi tedarik seçeneğine göre karşılaştırmalı analizlere dayandırmak,
- Net KÖİ politika ve stratejileri oluşturmak,
- Daha iyi KÖİ projesinin etkinliği için AB çerçevesini iyileştirmek.

AB ülkelerinde yapılan bu denetim ve analiz sonuçları ile görülen eksiklik ve aksamalara yönelik geliştirilen öneriler, başarılı KÖİ uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için anahtar hususlar niteliğindedir. Hem ülkemizde hem de KÖİ projeleri uygulayan diğer gelişmekte olan ülkelere de dikkatle incelenmesi ve oluşturulacak politikalarda göz önünde bulundurulması gereklidir.

2.3. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

Bazı dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye de KÖİ modeli açısından yeni bir uygulayıcı değildir. Belki de ilk KÖİ uygulamalarına imkan verecek olan “Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun” 1910 tarihlidir (Emek, 2009b, s. 19). Türkiye’de 1980’li yılların başlangıcı ile KÖİ modelinin uygulanmaya başlandığı; madencilik, ulaşım, enerji gibi farklı sektörlerde hayata geçirildiği görülmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012, s. 42).

- Türkiye’de merkezi bir KÖİ birimi bulunmadığı için KÖİ projelerinin geliştirilmesi ve yönetilmesi ile ilgili sorumluluklar, farklı kurumlar (bakanlıklar ve kamuya ait diğer kuruluşlar) arasında dağıtılmaktadır. Cumhurbaşkanı tarafından başkanlık edilen Yüksek Planlama Kurulu (YPK) kamu kurumları tarafından önerilen KÖİ projelerine onay vermektedir. YPK onayı olmadan KÖİ projelerinin hayata geçirilmesi mümkün değildir. Projeler belirli modellere hitap eden bir dizi kanunla (örneğin YİD ile ilgili düzenlemeler) veya belirli sektörler (sağlık, eğitim) ve farklı kurumların katılımıyla yönetilmektedir. Aşağıda, KÖİ projelerinin çoğunu oluşturan YİD ve YKİD projelerinde yer alan kurumlar açıklanmaktadır (Aslan ve Duarte, 2014, s. 27):
- Bakanlıklar, YPK’ya sunulacak olan projelerin ön fizibilite çalışmalarını yapmaktan sorumludur.
- Cumhurbaşkanı tarafından yönetilen YPK, yararlanıcı kuruluşa, Hazine garantilerinden yararlanıp yararlanmadığına bakılmaksızın, KÖİ projesini müzakere etme ve imzalama hakkı veren kurumdur. Sözleşmenin imzalanmasından ilgili kamu kurumunun en üst düzey yöneticisi sorumludur.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı, YİD ve YKİD projelerinin izlenmesinden ve yatırım planlarının kalkınma planlarına uyulmasından sorumludur.
- Hazine ve Maliye Bakanlığı, merkezi yönetim bütçesi tarafından merkezi hükümet bütçesi uyarınca sözleşmeli mali yükümlülüklerin izlenmesinden sorumludur.

- Finansman otoritesi olan Maliye Bakanlığı, ağırlıklı olarak belirlenen garantilerin KÖİ projelerine sağlanmasında yer almaktadır.

KÖİ uygulamaları Orta Vadeli Programda da (2018-2020) yer bulmuş, kamu yatırımlarının etkinliğinin sağlanması amacıyla bazı esaslar belirlenmiştir. Bu kapsamda (Kalkınma Bakanlığı, 2017a, s. 35);

- KÖİ modelinin mevcut tecrübeler ışığında geliştirilmesi,
- Modelin farklı sektörlerde de uygulanmasının sağlanması,
- Sadece Yap-İşlet-Devret (YİD) modeli değil, farklı uygulamaların da kullanılması,
- İşbirliği yapan ortaklara düşen risk ve maliyetlerin düşürülmesi için projelerin hazırlık etkinliğinin yükseltilmesi,
- Uygulama ilkelerinin uluslararası kurallar ışığında revize edilmesi,
- Kamu kurumlarının bu alandaki yetkinliğinin artırılmasına yönelik tedbirlerin alınması planlanmıştır.

Türkiye’de sıklıkla kullanılan KÖİ modelleri, Yap-İşlet-Devret, Yap-Kirala-Devret, Yap-İşlet ve İşletme Hakkı Devridir. Yap-İşlet modeli daha çok elektrik enerjisi üretimi için tercih edilmektedir. Bu modelde özel sektöre mülkiyeti kendisinde kalmak üzere elektrik tesislerine özel izinler verilmekte, özel sektörün ürettiği enerji devlet tarafından satın alınmaktadır. Sözleşme süresinin sonunda kurulan yapı sektörün mülkiyetinde kalmaktadır. Yap-İşlet-Devret modelinde ise bir hazine arazisine özel sektör tesis inşa etmekte, riskler paylaşılmaktadır. Özel sektör inşa ettiği tesisi sözleşme süresi boyunca işletmekte, bakım ve onarım ihtiyaçlarını karşılamakta, sözleşme süresi bitiminde ise kamuya devretmektedir. Bu model daha çok ulaşım sektörü hizmetlerinin karşılanmasında kullanılmaktadır. Yap-Kirala-Devret modelinde özel sektör tesis inşa etmekte, fiziksel olarak ihtiyaç duyulan donanımları sağlamakta, sözleşme süresi boyunca belirlenen alanları işletmekte ve sözleşme süresi bitiminde tesisi kamuya devretmektedir. Ayrıca kamu özel sektöre her yıl kira ödemesi yapmaktadır. Türkiye’de sağlık alanındaki şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinin hayata geçirilmesinde bu

model kullanılmaktadır. İşletme hakkı devri modelinde ise devletin hâlihazırda sahip olduğu bir tesise ait işletme hakkı belli bir süre için özel sektöre devredilmektedir. Tesisin mülkiyet hakkı ise devlette kalmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018a, s. 21-22).

Türkiye’de uygulanan KÖİ projeleri ile ilgili en güncel veriler Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından oluşturulan bir veri tabanında izlenmekte ve paylaşılmaktadır. Sunulan veriler sadece taraflarca sözleşmeye bağlanmış projelere ait verileri içermektedir. Sunulan rakamlar, güncellenmiş reel rakamları yansıtmaktadır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020). İlgili veri tabanında yer alan bilgilere göre Türkiye’de uygulanmakta olan KÖİ projelerinin sektörlere göre sayıları ve sözleşme değerleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Türkiye’de Uygulanan KÖİ Uygulama Sayılarının ve Sözleşme Değerlerinin Sektörel Dağılımı, 1986-2019

Sektör	Sayı	Sözleşme Değeri (\$)	%
Karayolu	42	20.151.695.747,00	14,42
Havaalanı	18	71.502.473.394,00	51,16
Yat Limanı ve Turizm Tesisi	17	1.797.258.621,00	1,29
Demiryolu	1	272.385.860,00	0,19
Kültür ve Turizm Tesisi	1	140.882.493,00	0,1
Gümrük Tesisi	19	469.140.067,00	0,34
Endüstriyel Tesis	2	1.432.806.660,00	1,03
Sağlık Tesisi	20	12.057.046.669,00	8,63
Enerji	94	28.837.517.331,00	20,63
Liman	23	2.736.143.726,00	1,96
Madencilik	8	366.665.763,00	0,26
Katı Atık	1	-	-
Toplam	246	139.764.016.331,00	100

Kaynak: Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020.

Toplam 246 proje içerisinde ilk sırayı 94 proje ile enerji sektörü almaktadır. Karayolu projeleri 42 adet ile ikinci sırayı alırken limanlar 23 proje ile sağlık sektörü de 20 proje

ile bunu takip etmektedir. İlgili dönemde 139,8 milyar ABD doları değerinde projenin uygulama sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşme değeri en büyük olan sektör 71,5 milyar ABD doları ve %51,16'lık pay ile havaalanlarıdır. Havaalanlarını 28,8 milyar ABD doları ve %20,63'lük pay ile enerji sektörü takip etmektedir. Sağlık tesisleri ise 12 milyar ABD doları ve %8,3'lük pay ile dördüncü sırada yer almaktadır.

Proje sayılarının uygulama modellerine göre dağılımı ise Tablo 3'te sunulmuştur. Halen uygulanmakta olan toplam 246 projede en sık başvuru alan model Yap-İşlet-Devret modelidir. 110 adet proje bu model ile gerçekleştirilmektedir. İşletme Hakkı Devri ile 111 proje, Yap-Kirala-Devret modeli ile 20 proje ve Yap-İşlet modeli ile de 5 proje yürütülmektedir.

Tablo 3. Proje Sayılarının Modellere Göre Dağılımı, 1986-2019

Model	Sayı
Yap-İşlet-Devret	110
İşletme Hakkı Devri	111
Yap-Kirala-Devret	20
Yap-İşlet	5
Toplam	246

Kaynak: Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020.

Proje sayısı ve sözleşme değerlerinin zaman içindeki değişimi Tablo 4'te sunulmaktadır. Toplam 246 proje içerisinde 35 proje 2013 yılına ait olup en fazla projenin hayata geçirildiği yıl olmuştur. 2010 yılı ve sonrasında ise 128 adet proje hayata geçirilmiş olup toplam proje sayısının yarısına yakınına karşılık gelmektedir.

Tablo 4. Proje Sayılarının ve Sözleşme Değerlerinin Yıllara Göre Dağılımı, 1986-2019

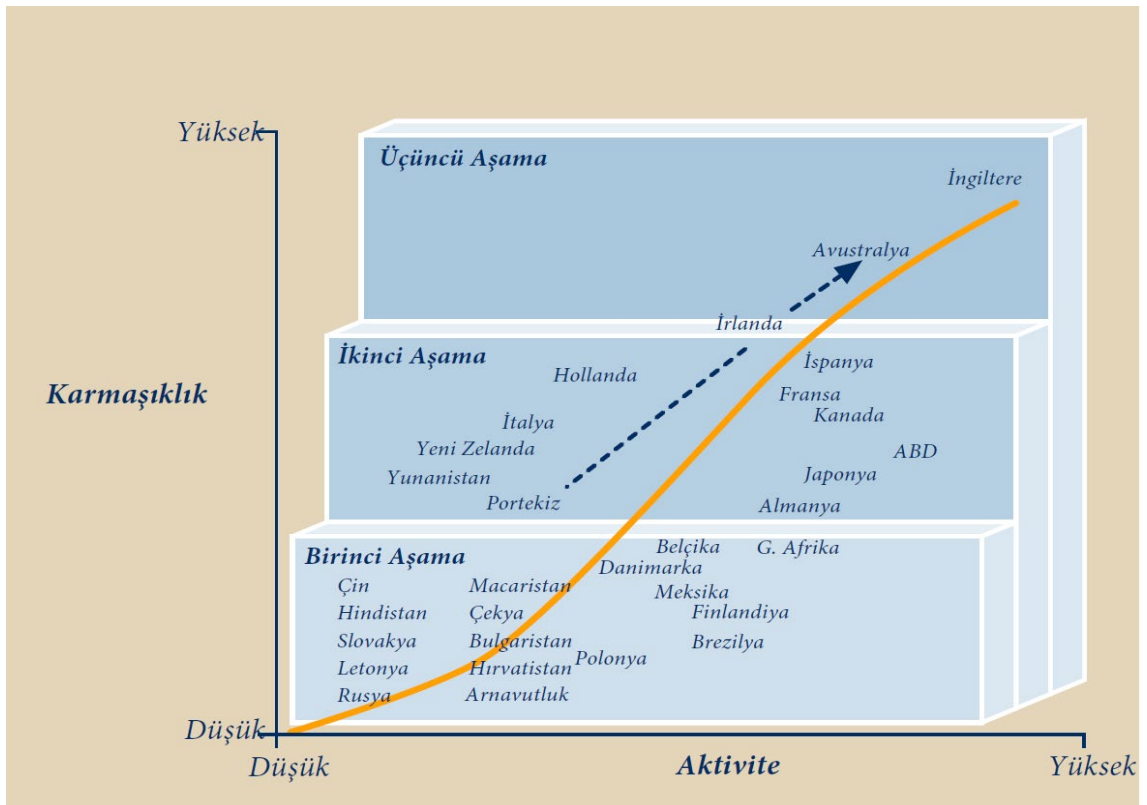
Yıl	Sayı	Sözleşme Değeri (\$)
1986-2000	61	13.555.681.239
2001-2010	72	32.238.713.586
2011-2019	113	99.468.433.821
Toplam	246	145.262.828.645

Kaynak: Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020.

3. BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

KÖİ'lerin son birkaç on yıldaki büyüme seviyesi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermiştir. KÖİ'ler standart bir yapıya sahip olmayıp küresel platformda, daha çok altyapı hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla ülkeler ve bölgeler arasında çeşitli uygulamalar izlenmektedir. Coğrafi özellikler ve ülkelerdeki politik yapı, KÖİ uygulamalarının geliştirilmesinde önemli rol oynayan birçok faktörden bazılarıdır. Sermaye piyasasının gelişim düzeyi, bu ortaklıkların ardındaki güç ve oluşumlarını kolaylaştıran sebepler gibi başka birçok faktör de bulunmaktadır. Bununla birlikte, Şekil 8'de gösterildiği gibi dünya genelinde üç farklı KÖİ gelişim evresinden söz edilebilir (Eggers ve Dovey, 2007, s. 9).



Şekil 8. Kamu Özel İşbirliği Piyasa Olgunluk Eğrisi

Kaynak: Eggers ve Dovey, 2007, s. 9.

Yukarıdaki şekilden, KÖİ pazarının Avustralya ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde iyi bir şekilde kurgulandığı görülmektedir. Avrupa Birliğindeki Hollanda, Fransa, Almanya, İtalya, İspanya gibi gelişmiş ülkeler ile ABD, Japonya ve Kanada gibi diğer gelişmiş ülkeler olgunluğun ikinci safhasındadır ve sıçrama potansiyeli olan gruptadırlar.

Hindistan, Çin ve Brezilya gibi ülkeler aktivite ve karmaşıklık konusunda hala düşük düzeyde yer almaktadır. Şekildeki eğriye dayanarak bu gruplandırmanın farklı aşamalarında görünen çeşitli ekonomileri incelemek faydalı olacaktır. Bu kapsamda aşağıda bazı ülkelerde takip edilen KÖİ modelleri ve genel görünümü hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. ÜLKE UYGULAMALARI

3.1.1. İngiltere

1980'lerde İngiltere'de altyapı hizmetlerinde özel finansmanın kullanılması şiddetle tavsiye edilmiştir (Yescombe, 2007, s. 38). Kamu Özel İşbirliği uygulamaları, dünyada ilk defa burada başlamıştır. Özel Finans Girişimi (Private Finance Initiative- PFI) olarak bilinen uygulama İngiltere'de 1992'de başlamış, ancak 1990'ların sonundan itibaren sağlık, eğitim ve askeri hizmetler de dâhil olmak üzere kamusal hizmetlerin tüm bölümlerine yayılmıştır (Jubilee Debt Campaign, 2017, s. 2). PFI İngiltere tarafından en sıklıkla kullanılan KÖİ uygulama modelidir (Şenel Tekin, 2017, s. 9).

Günümüzde kamu özel ortaklıkları İngiltere'de, hastaneler, okullar, yollar, hapishaneler, atık yönetimi ve atıktan enerji altyapısı, barınma ve askeri konaklama ve teçhizat dahil çok çeşitli sektörlerde altyapıya yatırım sağlamak için kullanılmaktadır. Mayıs 2010 öncesi imzalanan projelerin sermaye değeri 8,4 milyar £ iken, Mayıs 2010'dan sonraki projeler 50,6 milyar £ sermaye değerine ulaşmıştır. 2017- 2018 döneminde, Mayıs 2010 öncesi imzalanan projelerin yıllık ödemesi 9,7 milyar £ 'dir (toplam ödemelerin %91'i). 1997-2010 yılları arasında yılda ortalama 55 sözleşme imzalanmış olup, Mayıs 2010'dan bu yana, yılda ortalama 12 olmak üzere toplam 84 sözleşme imzalanmıştır. 2012 yılına

kadar, İngiltere'de kullanılan birincil KÖİ modeli PFI'dir. 2012 yılında hükümet, bu sözleşme şekline yöneltilen eleştirilere cevaben PFI'nin detaylı bir incelemesini gerçekleştirmiş ve Aralık 2012'de PFI'nin yerine PF2 modeli tanıtılmıştır. Yeni PF2 modeli şeffaflığı artırmak, tedarik süresini kısaltmak ve özel finans sözleşmelerinin esnekliğini artırmak üzere kurgulanmıştır. PF2, hükümetin altyapıya yatırım yapması ve büyümeyi desteklemesi gereken birçok mekanizmadan biridir ve yalnızca paranın karşılığının alındığı durumlarda kullanılmaktadır (HM Treasury, 2018, s. 2).

PFI ve PF2 arasındaki temel farklar şunlardır (HM Treasury, 2018, s. 3):

- Hükümet projelerin iç işleyişini daha iyi görebilmek amacıyla azınlık ortak yatırımcısı olarak hareket etmektedir.
- Tedarik sürelerini azaltmak için tedbirler alınmıştır.
- Temizlik ve güvenlik gibi hizmetler, hangi hizmet seviyesinin istenildiğine daha net karar verebilmek ve karar verme süreçlerinde daha fazla esneklik sağlamak amacıyla standart sözleşmelerden çıkarılmıştır.
- Öz kaynak iadelerinin yayınlanması ve sözleşmelerdeki bilgi hükümlerinin kamuoyu ile paylaşılma düzeyinin iyileştirilmesi de dahil olmak üzere şeffaflığın artırılması sağlanmıştır.

PFI modeline yöneltilen en büyük eleştiri, proje hissedarı olan özel teşebbüs tarafından kazanılan finansal getirilerin anlaşılmasında ve şeffaf olmayışıydı. Buna cevaben hükümet, hissedarlara PF2 çerçevesinde sunulan yeni projelerde İngiltere Hazinesine mali geri dönüş miktarları hakkında bilgi vermesini istemiştir. Bu bilgi ilk olarak 2018 yılı bilgilendirme notunda yayınlanmıştır.

İngiltere'de önemli KÖİ projeleri yüklenicilerinden olan ve 200 yılı aşkındır inşaat sektöründe faaliyet göstermekte olan Carillion Plc'nin 15 Ocak 2018 tarihi itibarıyla tasfiye sürecine girmesi KÖİ süreçleri açısından önemli bir noktadır. Şirket bu tarihin öncesinde 420 adet kamu projesinin üstlenicisi olup sağlık, ulaşım ve savunma tesisleri başta olmak üzere birçok alanda faaliyet göstermekteydi. Carillion, sağlık sektöründe ise

Midlands ve Midland Metropolitan Hastanesi'ne inşaat ve tesis yönetimi hizmetleri vermekte iken tasfiye nedeni ile bu hizmetleri veremez hale gelmiştir. İngiltere Ulusal Denetim Bürosu, inşaat devi Carillion'un çöküşünün İngiltere vergi mükelleflerine tahmini olarak 148 milyon £ maliyeti olacağını tespit etmiştir. Bu aşamada kamu otoritesi tarafından hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla ihtiyaç duyulan bütçenin sağlanacağı ve Price Waterhouse Coopers'ın da denetim hizmetlerini yürüteceği açıklanmıştır (BBC, 2020; Akşam, 2020; HM Treasury, 2018, s. 10). Bununla birlikte, Birleşik Krallık Özel Finans Girişimi hastanelerinin bir kısmının ciddi finansal stres ile yüz yüze olduğu rapor edilmektedir (Barlow ve diğerleri, 2013, s. 148).

İngiltere'de PFI ve PF2 ile gerçekleştirilen hastane ve sağlık tesisi uygulamalarına yönelik ciddi eleştirilerden biri de Queen Mary University of London tarafından kaleme alınan “Suçu Mağdura Yükleme” (Blaming the Victims) raporunda dile getirilmiştir. Rapor Güney Londra Vakıf İdaresince sağlanan bilgilerle yazılmış ve “maliyet etkin sağlık hizmeti sunma” amacıyla gerçekleştirilen kesintilerin neticeleri “Burada gerçek mağdurlar Güneydoğu Londra halkı, o yöredeki sağlık hizmetlerinde çalışanlar ve bu hizmetlerden yararlananlardır. Bu yolda devam edilmesi halinde halk sağlığı açısından çok ağır sonuçlar ortaya çıkabilecektir” şeklinde özetlenmektedir (Pollock ve diğerleri, 2013, s. 3; Türk Tabipleri Birliği, 2020).

İngiltere'nin ekonomi politikasının yönünü belirlemek, güçlü ve sürdürülebilir bir ekonomik büyüme sağlamak ve kamu harcamaları üzerindeki kontrolü elinde tutmak için çalışan Ekonomi ve Maliye Bakanlığı (HM Treasury); yeni projeler için mevcut Özel Finans Girişimi (PFI) modeli olan PF2'yi artık kullanmayacağını açıklamıştır. Hâlihazırda mevcut ilan ve PF2 sözleşmeleri bu açıklamadan etkilenmeyecek, ancak bu açıklama yeni hükümet projeleri için uzun zamandır İngiltere'de kullanılmakta olan PFI ve PF2 yöntemlerinin terk edildiğini beyan etmektedir (UK Government, 2020).

3.1.2. Portekiz

Portekiz sağlık sisteminin kökleri, 1979 yılında kurumsallaştırılan Ulusal Sağlık Sistemine (National Health Service- NHS) dayanmaktadır. Geçen zamanla birlikte hastane binalarının eskimesi ve yenilenmeye duyulan ihtiyaç, kamu hastanelerinin yenilenmesi sürecine özel ortakların dahil olması fikrinin önünü açmıştır (Barros ve Giralt, 2009, s. 440). Portekiz’de KÖİ uygulamaları ile ilgili yasal düzenleme 2003 yılında hayata geçirilmiştir (Yescombe, 2007, s. 32). 1990’lı yılların sonlarına doğru ortaya çıkmış olan KÖİ uygulamaları, genellikle 30 yıllık bir süre için yapılan ortaklıklara dayanmaktadır. Finansman kaynağı olarak kamu ve özel sektör fonları kullanılmıştır. Başlangıçta, KÖİ’ler ulaştırma sektöründe yoğunlaşmış (özellikle otoyollar) ancak, bu model başta sağlık sektörü olmak üzere diğer sektörlerle de yayılmaya başlamıştır. Portekiz, KÖİ uygulamalarını hayata geçiren önemli AB üyesi ülkelerden biri olmakla birlikte, KÖİ’ler genel yatırım, sektörel yatırım ve özellikle de GSYİH’ya göre önemi ve aldığı pay açısından diğer AB üyesi ülkelere göre daha yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. Bununla ilgili olarak, Birleşik Krallık gibi kişi başına düşen milli gelirleri daha yüksek olan ülkelerle karşılaştırıldığında, Portekiz’deki KÖİ’lerin çoğu, mevcut altyapıya yapılan küçük eklemeler yerine, büyük ölçüde altyapı varlıklarının genişlemesi anlamına gelmektedir (Monteiro, 2005, s. 73).

Portekiz hükümeti, 2001 yılında 10 adet hastanenin yenilenmesi ve yapımı ile bazı tıbbi hizmetlerin sunumu için kapsamlı bir KÖİ programı başlatmıştır. Programın hedefleri arasında hızlı bir şekilde (yeniden) altyapının geliştirilmesi, halk sağlığı hizmetlerinin daha verimli sağlanması, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve başarılı olması halinde kamu sektöründeki değişimin bir ölçütü ve itici gücü olarak KÖİ modelinin yaygınlaştırılarak kullanılması yer almaktadır (Nikolic ve Maikisch, 2006, s. 21). İmzalanan sözleşmelerin karmaşıklığı ve projelere kredi sağlayan tarafların hastanelerin klinik performans riskini alma konusundaki ilgilerinin eksikliği, hükümetin 2008 yılında başlatılan ortaklığın “ikinci aşaması için yalnızca İngiltere tarzı (PFI) bir modele geri dönmesine neden olmuştur. Yeni hastanelerin verimlilik tasarrufu sağlayacağı görüşüyle hareket eden Portekiz’de, bu düşüncenin kanıtlanması için gerekli olan analiz ve değerlendirmeler halen devam etmektedir (Barlow ve diğerleri, 2013, s. 150). KÖİ

projeleri, Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulmuş özel bir birim tarafından yönetilmekte ve takip edilmektedir. KÖİ projeleri için gelen tekliflerin değerlendirilmesi ise Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından oluşturulan özel komisyonlar tarafından yapılmaktadır (Barros ve Giralt, 2009, s. 440).

Portekiz'de 2017 yılı sonu itibariyle toplam 43 adet KÖİ projesi yürütülmektedir. Bunların sektörel dağılımına bakıldığında en fazla proje 27 adet ile ulaştırma sektöründedir. Yürütülmekte olan projelerden 6 adedi ise sağlık/hastane sektöründe bulunmaktadır. Projelerin toplam maliyeti 20,8 milyar avro düzeyinde olup sağlık sektöründe yürütülmekte olan projelerin toplam değeri ise 0,6 milyar avro düzeyindedir (EPEC, 2018).

3.1.3. Kanada

Kanada, 1990'lı yıllardan itibaren KÖİ uygulamalarını gerçekleştiren bir ülke konumundadır. Günümüze kadar 136,8 milyar Kanada doları tutarında 281 adet proje uygulanmıştır. Bu projelerin sektörel dağılımına bakıldığında en fazla proje 98 adet ile sağlık sektöründe gerçekleştirilmiştir. Sağlık sektörünü 78 proje ile ulaştırma sektörü takip etmektedir. Su ve kanalizasyon tesisleri, eğitim, enerji ve adalet sektörleri Kanada'da KÖİ'nin uygulama alanı bulduğu diğer sektörlerdir (Spectrum, 2019). Sağlık sektöründe gerçekleştirilen 98 projenin toplam piyasa değeri 29 milyar Kanada doları, enerji sektöründe gerçekleştirilen 78 projenin toplam piyasa değeri ise 64,1 milyar Kanada doları düzeyindedir.

Kanada, özellikle KÖİ yatırımlarının kapsadığı zaman ve ayrılan fon büyüklüğü boyutlarında başarılar kazanmıştır. Bu kazanımların altında yatan temel faktör ise kamunun projelere olan destekçi rolünün başarı ile yerine getirilmiş olmasıdır. Bu destekler ise; fon ve garanti uygulamalarının başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi, ihalelerin standart hale getirilmesi ve iş birliği süreçlerinin artırılması şeklinde ifade edilebilir (Kalkınma Bakanlığı, 2018b, s. 32).

3.1.4. İtalya

Mevcut sağlık tesisleri oldukça karmaşık kalite standartlarını karşılamak açısından giderek yetersiz kaldığı için sağlık altyapısının yeni hastanelerin inşa edilmesi suretiyle iyileştirilmesi veya mevcut hastanelerin yeniden yapılandırılması, özellikle nüfusun yaşlandığı İtalya gibi ülkelerde halk sağlığı açısından stratejik önem taşıyan bir konudur (Visconti, 2016, s. 122). Son on yılda, hastane sektörünün ve sağlık harcamalarının rasyonelleştirilmesi için uygulanan politikaların ve stratejilerin gelişmesi sonucunda KÖİ kullanımına ilgi giderek artmıştır. İtalya'da sağlık tesislerinin modernizasyon ihtiyacının altında yatan temel faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Nüfusun ortalama yaşındaki kademeli artış (kişi başına sağlık harcamasındaki artış dahil),
- Yenilik ve ileri teknolojiler,
- Sağlık hizmetlerinde hizmet talebini nitelik ve nicelik açısından uyarayan nüfusun gelişimi.

Bu nedenle İtalya'da yakın geçmişte, kamu alımları bağlamında kuralları daha esnek hale getirmek ve kamu altyapılarının gerçekleştirilmesinde özel sektör iştirakini kolaylaştırmak amacıyla bazı girişimlerde bulunulmuştur. İtalya'da KÖİ düzenlemeleri uzun vadeli bir sözleşmeye dayanmaktadır ve bir projenin uygulanabilir olması için, o projeye tahsis edilen paranın değerinin (value for money) ortaklık süresince sürdürülmesini sağlayacak uygun mekanizmaların oluşturulması gerekir. 1998'den bu yana, bu kurallara yer verilmesi, projelerin uygulama alanının genişlemesine ve sözleşmeler, kontroller, garantiler ve risklerle ilgili bazı normlarda şeffaflığın artırılarak, proje finansmanına ilişkin belirsizliklerin ortadan kaldırılmasına hizmet etmiştir. Ayrıca, birkaç Avrupa ülkesi hükümet düzeyinde belirli bir görev gücü ofisi kurarak bu sektörde daha fazla düzenleme sağlamıştır. İngiltere'deki PFI / PPP gibi açık bir program başlatılmamış olsa bile, 1999'da İtalyan Hükümeti KÖİ projeleri için merkezi bir ofis (It. Unità Tecnica Finanza di Progetto, UTFP) kurmuştur. Ekonomi ve Maliye Bakanlığı

altında faaliyet gösteren bu ofis, kamunun bölgesel ve yerel düzeyde desteklenmesi için KÖİ projelerinin kullanılmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır (Russo, 2013, s. 9-10).

İtalya'da uygulanan en temel KÖİ modeli Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet modelidir (Vecchi ve diğerleri, 2010, s. 126). İtalyan KÖİ'lerde, özel ortak genellekle, otelcilik hizmetleri, stok yönetimi, hastane bilgi sistemleri, ısıtma-soğutma sistemleri ve tıbbi gaz sistemlerinin kurulumu ve işletilmesi gibi temel ve çekirdek olmayan hizmetlerin yapısının ve bir kısmının işleyişi ve bakımı ile ilgili hizmet karışımının yönetimi sorumluluğunu üstlenmektedir (Russo, 2013, s. 10).

EPEC verilerine göre 2017 yılı sonu itibariyle İtalya'da toplam değeri 14,9 milyar avro olan 39 KÖİ projesi yürütülmektedir. Bu projelerden 17 tanesi sağlık sektöründe; 15 tanesi ulaştırma sektöründe ve yedi tanesi de çevre hizmetleri sektöründe gerçekleştirilmektedir. Projelerin toplam değerleri açısından bakıldığında; ulaştırma sektörü 11 milyar avro, sağlık sektörü 2,4 milyar Avro, çevre hizmetleri ise 1,4 milyar Avro düzeyinde bir pay almaktadır (EPEC, 2018).

3.1.5. İspanya

İspanya, geçmişi 1960'lara dayanan ve ulaşım hizmetleri, sağlık hizmetleri, hafif raylı sistem, yüksek hızlı tren, cezaevleri ve atık / su sektörlerine yapılan daha yeni yatırımlarla uzun süredir KÖİ kullanıcısı olmuştur. İspanya'daki altyapı inşaat şirketleri kendi alanlarında önemli projeler gerçekleştirmektedir ve sağlık hizmetleri için ortaya koyulan "Alzira modeli" uluslararası bir başarı öyküsü olarak kabul edilmektedir. Ancak, bugüne kadar İspanyol KÖİ projelerinin ve faaliyet gösterdikleri bağlamın finansal analizi konusundaki çalışmalar yetersizdir. İspanya'da KÖİ projelerini yöneten bir birim olmadığından yürütülen projeler sektörel bazda kamu idareleri tarafından takip edilmektedir. Aynı zamanda bazı projelerin bölgesel hükümetler tarafından yönetiliyor olması, sürece bütüncül bir yaklaşım sergilenmesini zorlaştırmaktadır (Stafford, 2012, s. 4-5). Bu nedenle, KÖİ projelerinin uygulanması sistematik bir şekilde gerçekleştirilmemiştir. Allard ve Trabant ise (2007, s. 8), hükümetin KÖİ uygulamalarına

yaklaşımını, belirli bir KÖİ birimi gibi bir politikayı yönetmek için gerekli yapıları kurma arzusundan ziyade, “özel finansman arayışı” olarak nitelendirmektedir. Sözleşmelerin imzalanması ve sürecin yönetilmesinde fayda-zarar karşılaştırması yapmanın gerekliliği veya herhangi bir proje değerlendirme yönteminin kullanılması yerine, sadece kamu sektörüne ait alanların KÖİ imtiyazlarına verilebilmesi için gerekli yasaların çıkarılması üzerinde durulduğu belirtilmektedir.

İspanya'daki ilk Kamu Özel Ortaklığı girişimi, Akdeniz'in güney-doğusundaki bir kasabada ilk hastanenin bu yöntemle inşa edilmesinden hareketle, kasabanın adının verildiği Alzira modeli olarak bilinmektedir. Bu model, tanımlanmış bir popülasyon için hastaneyi inşa eden ve işleten özel bir yüklenici ile sağlık hizmetleri sağlama yükümlülüğünü de içeren bir sözleşmeden oluşmaktadır. Yönetim sözleşmesi (idari imtiyaz) kamu ihalesi ile yapılmış ve 1999 yılında sigorta şirketi, bankalar ve inşaat şirketlerinden (Rivera Salud SA) oluşan bir konsorsiyum, Alzira'da Hospital de la Ribera ile faaliyetlerine başlamıştır. Sürdürülebilirlik konusunda karşılaşılan ilk finansman sorunları 2002 yılında yeniden finansman anlaşmasıyla çözülmüştür. İspanya'da KÖİ modelinin seçilmesine destek sağlayacak çok az çalışma vardır. Alzira modeli son on yılda en yaygın kullanılan KÖİ modeli olsa da bu seçeneğin hastane yönetimi ve işletimi için uygun bir seçenek olduğuna dair kanıtlar sınırlıdır ve daha çok siyasi bir seçenek olarak tercih edildiği söylenebilir (Tarazona ve Consuelo, 2016, s. 2).

Avrupa Birliği tarafından yapılan bir çalışmada, Alzira modelinin finansal öngörülebilirlik ve ödeme miktarının kamu tarafından belirlenmiş olması, sermaye maliyetlerinin bilançoların dışında değerlendirilmesi, kamu sektöründen özel sektöre önemli düzeyde risk transferini gerçekleştirilmesi, hastanelerdeki uygunsuz yatışların ve uzun yatış periyotlarının sıkı kontrolü, hizmet basamakları arasında bilgi ve iletişim teknolojilerinin yoğun kullanımı, hasta dostu bir ortam ve modern hastane binaları ile kısa bekleme listeleri ve süreleri gibi avantajlar sağladığı belirtilmiştir (European Union, 2013, s. 109-110).

EPEC verilerine göre 2017 yılı sonu itibariyle İtalya'da toplam değeri 35,5 milyar avro olan 162 KÖİ projesi yürütülmektedir. Bu projelerden 20 tanesi sağlık sektöründe; 94

tanesi ulaştırma sektöründe, 17 tanesi kamu düzeni ve güvenliği alanında ve 24 tanesi de çevre hizmetleri sektöründe gerçekleştirilmektedir. Projelerin toplam değerleri açısından bakıldığında; ulaştırma sektörü 27,5 milyar avro, sağlık sektörü 3,4 milyar avro, çevre hizmetleri ise 3 milyar avro düzeyinde bir pay almaktadır (EPEC, 2018).

4. BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARI

Türk Sağlık Sektöründe, özel sektörün katılımı 1990'lı yıllarla birlikte büyük ölçekli hastanelerin; beslenme, temizlik ve güvenlik hizmetlerini dışarıdan almasıyla başlamıştır. Bu yaklaşım, sağlık tesislerinde asli olmayan hizmetlerin alımında uygulanmasına rağmen, daha sonra çeşitli yönetsel hizmetleri ve daha da ilerisinde klinik hizmetlerinin de bu yol ile karşılanması ile daha da fazla uygulama imkanı bulmuştur (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2010, s. 18-19). Bu uygulamanın ilk örneği 1988 yılında Ankara Numune Hastanesinde temizlik hizmetlerinin hizmet alımı yoluyla gerçekleştirilmesi ile başlamıştır (Büber, 2008, s. 221). 2003 yılında 657 sayılı kanunda yapılan bir değişiklik ile “sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceği” hükmünün eklenmesi ile takip eden yıllarda hastanelerde hizmet alımı yapılan alanlar ve uygulama sayılarında bir artış yaşanmıştır (Büber, 2008, s. 238-239).

2000'li yıllardan itibaren ise, günümüz şehir hastaneleri uygulamalarının hayata geçirilmesine imkan veren yasal zemin oluşturulmaya başlanmıştır (Karasu, 2011, s. 223). Hukuki altyapı alt başlığında detaylı bir şekilde ortaya konulan yasal düzenlemelerden olan 2005 tarihli 5396 sayılı kanun ve 2006/10655 karar sayılı yönetmelik, sağlık sektöründeki KÖİ uygulamalarının temel taşlarını oluşturmuştur.

KÖİ uygulamasına ilişkin yasada yer alan faaliyetler şöyle sıralanmıştır: Kira ödenmek suretiyle sağlık kurumu yapılması, sağlık kurumlarının bakım ve yenileme hizmetleri, destek kapsamındaki tıbbi hizmetlerin sağlanması, tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu, tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi, sağlık kurumlarındaki bütün tıbbi cihazlar ve eşyaların temini (Karasu, 2011, s. 224).

Sağlık sektöründe KÖİ uygulamaları ile ilgili yaklaşımlar hükümet programlarında da kendine yer bulmuştur. 18.11.2002 tarihinde kurulan 58. Hükümet Programında “Etkin,

ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir. Devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır.” ifadesine yer verilmiştir (Resmi Gazete, 2002).

14.03.2003 tarihinde göreve gelen 59. Hükümet Programında da “Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir.” ifadesi yer almıştır (Resmi Gazete, 2003). 06.07.2011 tarihinde göreve gelen 61. Hükümet ile 29 Ağustos 2014’te kurulan 62. Hükümet ise programlarında daha net bir ifade ile “Hizmet kalitesini artırmak ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla inşasına başladığımız Şehir Hastanelerini ülkenin dört bir tarafına yaygınlaştıracamız.” görüşüne yer vererek sağlık sektöründe KÖİ uygulaması olan şehir hastaneleri uygulamasının giderek artan bir şekilde hayata geçirileceğini beyan etmiştir (Resmi Gazete, 2011a; Resmi Gazete, 2014a). 17 Kasım 2015’te kurulan 64. Hükümet Programında ise “Kamu Özel Ortaklığı modeli ile başlatılan şehir hastaneleri projelerinin tamamlanacağı.” belirtilmiştir (T.C. Başbakanlık, 2015).

Şehir hastaneleri ve KÖİ uygulamaları, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'nin ilk hükümeti olan 66. Hükümetin Yıllık Programında da yer edinmiştir. Programda, “Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarında KÖİ yönteminden de önemli ölçüde faydalanılmış ve bu yöntemle birçok ilde toplam 45.488 yatak kapasitesine sahip 34 Şehir Hastanesi Projesinin yapımı planlanmıştır. 2018 yılı Ekim ayı itibarıyla söz konusu projelerden toplam 6.651 yatak kapasiteli Yozgat, Mersin, Isparta, Adana, Kayseri ve Elâzığ şehir hastanelerinin hizmete alındığı” belirtilerek, uygulamanın devamlılığı konusundaki kararlılık ortaya konulmuştur (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2018, s. 84).

Takip eden bölümlerde, Türk Sağlık Sektöründe KÖİ uygulamalarının hukuki alt yapısı, Türk Sağlık Sektörü hakkında genel bilgiler, şehir hastaneleri projeleri hakkında bilgiler verilecektir.

4.1. HUKUKİ ALTYAPI

Türkiye’de kamu özel işbirliği açısından başlangıç olarak kabul edilebilecek ilk yasal düzenleme 4.12.1984 tarihinde kabul edilen **“3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun”** ile yapılmıştır (Resmi Gazete, 1984). Bu kanun sayesinde Yap-İşlet-Devret modeli (YİD), dönemin Başbakanı olan Turgut Özal tarafından Özelleştirme Programının bir parçası olarak Türkiye’de ilk defa uygulanmaya başlamıştır. Bir YİD modeli, kamu otoriteleri tarafından özel bir konsorsiyum tarafından verilen bir projenin imtiyaz süresi olarak özetlenebilir. Bu konsorsiyum önce söz konusu tesisi inşa etmeli, daha sonra tesisi önceden belirlenmiş bir süre için işletmeli ve en sonunda imtiyaz süresi bitince işletme tesisini kamu idaresine devretmelidir (Kumaraswamy ve Zhang, 2001, s. 196).

KÖİ projeleri, Türkiye’de ilk olarak enerji sektöründe uygulanmıştır. 2000’li yıllardan sonra ise, daha farklı sektörler için geliştirilmiştir. (Aslan ve Duarte, 2014, s. 26-27).

KÖİ alanında ikinci kanuni düzenleme 8.6.1994 tarihinde kabul edilen **“3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanun’dur.”** Bu Kanun ile Yap-İşlet-Devret modelinin geliştirilmesi amaçlanmıştır (Resmi Gazete, 1994).

Bu yasanın önem arz eden maddelerinden biri 5. maddesidir. Bu madde ile “Yüksek Planlama Kurulunca belirlenen idare ile sermaye şirketi veya yabancı şirket arasında imtiyaz teşkil etmeyecek nitelikte bir sözleşme yapılır. Bu sözleşme özel hukuk hükümlerine tabidir.” hükmü getirilmiştir. Bu düzenlemenin 3096 sayılı yasa gereğince imzalanan imtiyaz sözleşmelerinin, imzalanmadan önce Danıştay ön denetiminden geçirilmesi zorunluluğu nedeniyle iptallerle karşılaşmasını önlemek amacıyla getirildiği iddia edilmiştir. Ancak söz konusu hüküm, 1995 yılında Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir (Cal, 2018, s. 40).

Yap-İşlet (Yİ) modeline ilişkin bir yasal düzenleme 16.7.1997 tarihinde kabul edilen **“4283 sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanundur”** (Resmi Gazete, 1997).

28.5.1998’de ise **“3465 sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun”** kabul edilmiştir (Resmi Gazete, 1998).

Bu gelişmelerin akabinde 1999 yılında yapılan Anayasa değişikliği kapsamında **Anayasanın 47. maddesine** “Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir” ek maddesi ilave edilmiştir (TBMM, T.C. Anayasası, 2011). Bu değişikliğin devamında, 3996 sayılı kanuna Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen 5. madde yeniden eklenerek imzalanan sözleşmelerin özel hukuk kapsamına alınması sağlanmıştır.

2001 yılında, elektrik sektöründe devletin tek alıcı olduğu modeli ortadan kaldıran ve sektörde gerçek anlamda bir rekabet kurgulamaya çalışan yeni bir yasal düzenleme hayata geçirildi: 20.2.2001 tarihinde kabul edilen **“4628 sayılı Enerji Piyasası Düzenleme Kurumunun Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun.”** Bu kanun ile özel sektör devletten ruhsat alarak elektrik enerjisi üretip halka satma yetkisine haiz olabilecektir (Resmi Gazete, 2001).

Sağlık sektörüne yönelik ilk yasal düzenleme ise 3.7.2005 tarihinde kabul edilen 5396 sayılı kanundur. **“Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun”** ile “7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa,” “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla

belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.” maddesi eklenmiştir (Resmi Gazete, 2005).

Bu yasal düzenleme, şehir hastanelerinin yapılabilmesi amacıyla kamunun özel sektörle uzun süreli sözleşmeler imzalaması, bu hastane binalarının kamu tarafından kiralanması, tedavi hizmetlerinin kamu tarafından sunulması, ancak bazı yan hizmetlerin (görüntüleme, laboratuvar hizmetleri gibi) ve sosyal, ticari hizmetlerin (yemek, temizlik, kantin, kafeterya, vs.) özel işletmeci tarafından yürütülmesine imkân vererek, günümüzdeki uygulamaların hayat bulmasını sağlamıştır.

“3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda” yapılan bu değişikliği takiben, 3/7/2006 tarihinde Bakanlar Kurulu’nca alınan karar gereğince, **“Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik”** yürürlüğe konulmuştur. İlgili yönetmelik 22 Temmuz 2006 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik, yapılması kararlaştırılan tesisler ile ilgili usul ve esasları kapsamaktadır (Resmi Gazete, 2006). Bu yönetmelik 2010 ve 2011 yıllarında bazı değişikliklere uğramıştır. 2010 yılında özellikle sözleşmelerin içerikleri ve kira bedellerinin düzenlenmesi ile ilgili, 2011 yılında ise döviz ile yapılacak olan işlemler ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır (Kerman ve diğerleri, 2012, s. 11).

2011 yılında Sağlık Bakanlığının teşkilatını yeniden düzenleyen bir Kanun Hükmünde Kararname (KHK) yayımlanmıştır. 2.11.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan **“Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”**nin Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü’nün görevlerinin sayıldığı 13. maddesinin “e” bendinde “Bakanlığın ve bağlı kuruluşların ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini kamu özel ortaklığı modeli veya diğer usuller ile gerçekleştirmek” ifadesi ile ilgili Genel Müdürlüğe kamu özel ortaklığı/işbirliği ile ilgili çalışmaları yürütme görevi tevdi edilmiştir. Aynı KHK’nın 51. maddesinin birinci fıkrasında “Bakanlık ve bağlı kuruluşları insanî ve teknik yardım amacıyla yurt dışında geçici sağlık hizmet birimleri kurabilir, kurdurabilir, işletebilir ve işlettirebilir; bu amaçla ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, finans ve yardım

kuruluşları ile işbirliği ve ortak çalışma yapabilir, insan ve malî kaynakları ile destek sağlayabilir.” hükmü getirilerek sadece yurt içinde değil, yurt dışında da kamu özel işbirliği uygulamalarını yapılabilmesi imkan dahiline alınmıştır (Resmi Gazete, 2011b).

YİD modeline ilişkin bir kanuni düzenleme de 31.3.2012 tarihinde kabul edilen **“6288 sayılı “Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunda ve Kamu İhale Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”** ile yapılmıştır. Bu kanun ile 3996 sayılı kanuna üç madde eklenmiş olup; “genel bütçeli idarelerin” ibaresi “merkezi yönetim kapsamındaki kamu idarelerinin” şeklinde değiştirilerek özel bütçeli kurum ve kuruluşlar da YİD kapsamına alınmıştır.

21.2.2013 tarihinde kabul edilen **“6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”** çıkarılmıştır. Bu kanun bir anlamda Yap-Kirala-İşlet-Devret (YKİD) modelinin tam anlamıyla hayata geçirilmesini sağlayan bir yasal düzenlemedir.

Yukarıda geniş bir perspektif ile zikredilen kanunlar, çeşitli sektörlerde kamu özel işbirliği uygulamalarının temellerini ve gelişim süreçlerini kronolojik olarak sıralamaktadır. Sağlık sektörü özelinde yapılan bir kanun düzenlemesi olan **“6428 sayılı kanunun 10. maddesi uyarınca “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği”** 2014 yılında yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 2014b).

26.02.2014 tarihinde kabul edilen **6527 sayılı “Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”** ile 6428 sayılı kanunun 4. maddesinin dokuzuncu fıkrası, zorunlu haller nedeniyle sözleşme bedelini değiştirmemek kaydıyla Sağlık Bakanı onayı ile sözleşme ve eklerinde taraflarca değişiklik yapılabilmesi sağlanmıştır. Aynı kanundaki bir diğer ekleme ile sözleşmesi imzalanmış olan işlerde de sözleşme tadilatı yapılabilmesi sağlanmıştır (Resmi Gazete, 2014c).

9 Ağustos 2016 günlü Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “**6728 Sayılı Yatırım Ortamının İyileştirilmesi Amacıyla Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**” ile kamu özel iş birliği kapsamında tesis yapımı ve yenilenmesi işlerini üstlenen tam mükellef firmaların yapacakları hizmet ve faaliyetlerdeki kâğıtlardan damga vergisi ve harç alınmayacağı ve bu uygulamanın 9/8/2016’dan sonra yapılan proje ve işlere uygulanacağı hükme bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2016).

Şehir hastanelerinin yapımına karar veren Yüksek Planlama Kurulu’nun Kalkınma Bakanlığı’nın kapatılmasıyla bağlantısı değiştirilerek ve 2.8.2018 günlü Resmi Gazetede yayımlanan 2018/3 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile yeniden düzenleme yapılarak Kurul’un yetkisinin doğrudan Cumhurbaşkanı tarafından kullanılacağı belirlenmiştir (Resmi Gazete, 2018).

4.2. ŞEHİR HASTANELERİ

4.2.1. Şehir Hastaneleri Kavramı

2013 yılında Sağlık Bakanlığınca 6428 Sayılı Kanun’un çıkarılmasıyla bir KÖİ uygulaması olan şehir hastaneleri, ülke gündemine tam olarak yerleşmiştir (SASAM Enstitüsü, 2018, s. 10). Türkiye’de “şehir hastaneleri” adıyla gündeme getirilen sağlıkta KÖİ uygulamaları çeşitli yönleriyle sağlık gündeminde daha fazla yer edinmeye ve tartışılmaya başlamıştır. Sağlık alanında 2000’li yıllarla birlikte gündeme gelen ve SDP ile eş zamanlı olarak ancak, bu Programın bir bileşeni olmaksızın hayata geçirilen KÖİ uygulamaları, bu uygulamalarla gerçekleştirilen hastane projelerinden bazılarının tamamlanarak hizmete alınması ile yeni bir ivme kazanmış ve KÖİ “hazırlık süreci” tamamlanarak “pratik döneme” geçilmiştir (Yavuz, 2018, s. 227).

Şehir hastaneleri yatırımlarında uygulanan Yap-Kirala-Devret, KÖİ modelinin ağırlıklı olarak sağlık sektöründe tercih edilen yöntemidir. Genel hatlarıyla bu model, bir özel girişimcinin Hazinece herhangi bir bedel alınmadan tahsisi yapılmış olan araziye inşa

edeceği bir hastaneyi Sağlık Bakanlığına 25 yıl boyunca kiraya vermesi ile çalışmaktadır (Toker, 2018, s. 250).

Şehir hastanesi kavramı, dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun tarafından şöyle tanımlanmaktadır: “*Şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinin entegre olarak sürdürüldüğü merkezler ve kurulmuş olduğu şehrin en önemli sağlık destinasyonlarıdır. Herhangi bir şehirde birden fazla hastane bulunmuş olsa dahi, şehir hastaneleri o şehirde alınabilecek sağlık hizmetlerinin tamamının alınabildiği birer sağlık üssü olacaktırlar.*” (Tosun, 2014, s. 18).

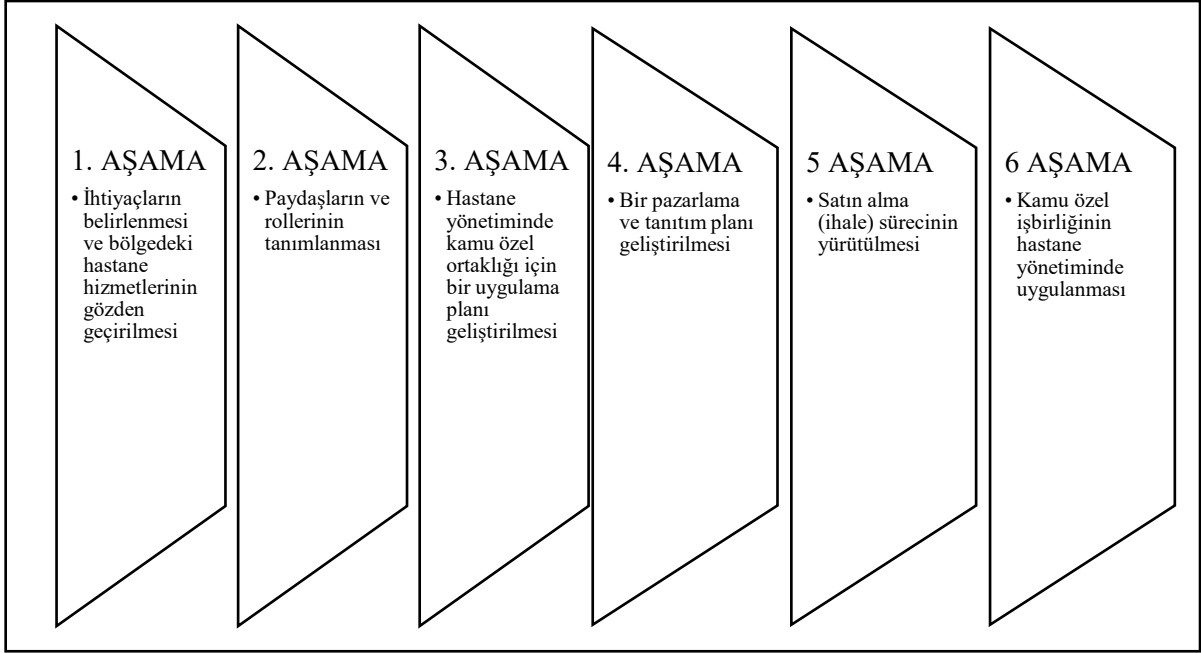
Şehir hastanesi kavramına yönelik farklı görüşler de mevcuttur. Karasu, bir KÖİ uygulaması olan şehir hastanelerinde, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi esası yerine iş örgütlenmesinin esas alındığını, bu durumun hastanelerin kendilerine yabancılaşmasına sebep olduğunu ortaya koymaktadır. Hatta sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunarken, işletmecilik esaslarına göre hareket eden özel ortak ile sürekli temas etmek zorunda kalmalarının, özel sektörün doğası gereği piyasacı örgütlenme ilkelerine bağlı hareket etmeleri sebebiyle, şehir hastanelerinde de giderek piyasa ilkelerinin egemen olmasına yol açacağını belirtmektedir (Karasu, 2011, s. 256)

Sağlık Bakanlığı, şehir hastanelerinde kiracı olmakla beraber, aynı zamanda hastaneleri yapan özel firmadan hizmet satın alması da yapmaktadır. Şehir hastaneleri için yapılan ilk yasal düzenlemede özel sektörden alınacak olan hizmetler “temel tıbbi hizmetler dışındaki hizmetler/çekirdek hizmetler dışındaki hizmetler” olarak ifade edilmişken, daha sonra “ileri teknoloji ve yüksek mali kaynak gerektiren hizmetler” olarak değiştirilmiştir. Şehir hastaneleri modelinde yüklenici firma; projenin finansmanını, uygulama projesini, tasarımını, inşaatını tıbbi cihazlar ve diğer cihazların sağlanmasını ve gerekli mefruşatı temin etmektedir. Yüklenici ayrıca, tesislerin ihtiyaç duyduğu tıbbi destek hizmetlerinin sunumunu, Bakanlık onayının alındığı ticari bölümlerin inşa ve işletimini üstlenmektedir. Şehir hastanelerinin yapılmasına Yüksek Planlama Kurulu, yapılan şehir hastanesinin sahip olduğu kadar yatağın, halihazırdaki hastanelerden azaltılarak veya bu hastanelerin kapatılarak yapılmasına izin verdiği için şehir hastanesi açılan bölgelerde hasta yatağı kapasitesinde bir değişiklik olmamaktadır (Tükel, 2018, s. 218-219). Ancak mevcut

hastane yatağı stoku açısından bir değerlendirme yapıldığında Türkiye'nin on bin kişi başına 28,3 hastane yatağı ile Avrupa Birliği ülkeleri (49,1) ve OECD ülkeleri ortalamalarına (46,5) kıyasla oldukça düşük bir yatak kapasitesine sahip olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 124). Şehir hastanelerinin devreye alınması ile mevcut hastanelerin kapatılarak, toplam yatak kapasitesinde bir artış meydana gelmemesi hem Avrupa Birliği hem de OECD ülkeleri ile var olan farkın kapatılmasına hizmet etmemektedir. Dolayısı ile Türkiye'nin daha etkili sağlık hizmeti sunabilmesi için mevcut yatak kapasitesini artırmaya ihtiyacı varken şehir hastaneleri gibi büyük ölçüde yatırım yapılan projelerin hayata geçirilmesi ile bu kapasitenin artırılmıyor olması, kişi başına düşen yatak sayısında gelişmiş ülkelerin oranlarının yakalanması hedefinden uzaklaşılmasını sağlamaktadır.

KÖİ modeliyle hayata geçirilen hastanelerin YPK onayı alınması ve ihalelerinin sonuçlanması bir yıl, projenin yatırımına ait sürenin üç yıl ve projenin işletim süresi ile 25 yıldır. KÖİ modelinde, ön proje ilgili idare tarafından etraflıca hazırlanıp bir ön fizibilite yapılmaktadır. Bu bilgiler YPK'ya sunulurken alınan yetkiye istinaden ihaleye başlanmaktadır. İhalede ise ön yeterlilik incelemesi yapılmakta, bu aşamayı geçebilen firmalar teklif vermektedir. Açık eksiltme ile ve şeffaf olarak kamuoyuna açık bir şekilde yapılan ihale sonucunda en uygun teklifi veren firma ile sözleşme imzalanması aşamasına geçilmektedir (SASAM Enstitüsü, 2018, s. 34).

Bir KÖİ uygulamasında izlenecek adımlar, şehir hastanelerinin KÖİ modeli ile hayata geçirilmesinde izlenecek adımlar olarak belirmektedir. Bu adımlar genel bir bakış açısı sunmakta ve rehberlik yapmayı amaçlamakla birlikte, yerel ihtiyaçlara ve koşullara göre biçimlendirilebilirler. KÖİ modelinin sağlık sektöründe gerçekleştirilme aşamaları aşağıdaki Şekil 9'da özetlenmektedir (Asian Development Bank, 2013, s. 7).



Şekil 9. Hastane Yönetiminde Kamu Özel Ortaklığı Geliştirme Adımları

Kaynak: Asian Development Bank, 2013, s. 7.

İlk adım, kamunun ihtiyaçları ile ilgili temel konuların ve sorunların belirlenmesini ve anlaşılmasını gerektirmektedir. Bu tespitler, KÖİ projesinin temellerini oluşturacaktır. Örneğin, temel sorun belirli bir bölgedeki yetersiz hastane hizmetleriyse, KÖİ projesi bu sorunun yeterince ele alınmasını sağlamalıdır. Daha da ötesinde, kuruluşun, hayata geçirilmesi düşünülen KÖİ girişiminin kapsamı hakkında bir fikri olması gerekir. Örneğin, tek bir hastaneyle mi sürece başlanacağı veya daha geniş kapsamlı bir şekilde mi harekete geçilmesinin gerektiği bu adımda belirlenmelidir. İkinci adımda ise bu süreçte rol alacak tüm paydaşlar ve etkileri değerlendirilmelidir. Bu sayede ileriki dönemlerde oluşacak aksaklıkların önüne geçilmesi mümkün olacaktır. Sonraki adımda ise kamu ve özel ortağın üsteleneceği sorumlulukların tanımlanacağı bir plan geliştirilmelidir. Dördüncü adım ise KÖİ projesinin, ortaya konulan hedefe ulaşmak ve topluma daha üst düzeyde sağlık hizmeti sunmak amacıyla etkili şekilde konumlandırılmasına hizmet edecektir. Beşinci adım hastane hizmetlerinde KÖİ modelinin işlerlik kazanması için satınalma süreçlerinin tamamlanmasını ve takiben son adımda sözleşmelerin imzalanarak tarafların amaçlarına ulaşmasını mümkün kılacak

izleme, değerlendirme ve ilgili diğer faaliyetlerin hayata geçirilmesi süreçlerini kapsamaktadır.

4.2.2. Şehir Hastanelerinin Hayata Geçirilme Gerekçeleri

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilen hastane altyapı sektörünün, mevcut hastane altyapısını uluslararası standartlara ulaştırmak için modernize etmeye ve önümüzdeki dönemde ihtiyaç duyulacak olan 90.000'den fazla yeni hastane yatağını oluşturmaya yönelik bir ihtiyacı olduğu belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir analize göre, bin kişi başına düşen yatak sayısı OECD genelinde ortalama 3,6 düzeyindeyken Türkiye'de bin kişi başına 2,6 yatak düşmektedir. Bu açıdan bakıldığında da OECD ülkeleri ile olan farkın kapatılması için ek yatırım ihtiyacı duyulmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir stratejiye göre, hastane tasarım standartları için kilit bir ölçü, hastanelerdeki bir yatak başına düşen ortalama metrekaredir. Halen ortalama 55 m² olan yatak başına düşen hastane alanının uluslararası ölçütlere göre yatak başına yaklaşık 175 m² olarak ayarlanması hedeflenmektedir. Geleneksel kamu sektörü yaklaşımları kullanılarak büyük kamu yatırımları planlanırken, Türkiye KÖİ yaklaşımı kullanarak 34 adet yeni hastane yapımı için iddialı bir program başlatmıştır. Bu sağlık tesisleri, 558- 3.660 arasında değişen yatak kapasitesine sahip olan “entegre kampüs”ler olarak organize edilmiştir. Bu program kapsamındaki toplam yatak sayısı 45.488 olarak planlanmıştır (EBRD, 2014, s. 2). Bu hedeflere ulaşmak için sadece kamu sektöründe toplam 14 milyar ABD doları tutarında yatırım yapılması gerekmektedir. Hükümet, bu iddialı programın gerçekleştirilmesi için bir KÖİ programına güvenmektedir. Türkiye'nin Vizyon 2023 Programı, mega sağlık kampüsleri de dahil olmak üzere altyapı geliştirmede milyarlarca dolar yatırım gerektirmekte ve bu senaryoda KÖİ uygulaması Hükümet tarafından, belirlenen hedeflere ulaşmak için mevcut en iyi alternatif olarak değerlendirilmektedir. Türk sağlık sektörü için uygulanmakta olan KÖİ programları şu alt bileşenleri içermektedir (Group Law Firm, 2013, s. 6):

- Tasarım
- İnşaat
- Malların tedariki (ekipman, mobilya, sarf malzemeleri)
- Hizmetlerin sağlanması

- Ticari alanların işletilmesi

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve 2013-2017 arasındaki dönemi kapsayan Stratejik Planda şehir hastanelerinin inşasına başlandığı, KÖİ modeli kullanılarak bu yatırımların hayata geçirileceği belirtilmektedir (Aydın, 2015, s. 12). Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Nihat Tosun, bir röportajında şehir hastanelerinin hayata geçirilmesinin nedenlerini şöyle ifade etmiştir: *“KÖİ modeli yeni bir model değil, artıları ve eksileri biliniyor. İtalya, İspanya ve İngiltere gibi Avrupa ülkelerinde sıklıkla uygulanmaktadır. Diğer Avrupa Birliği ülkelerinde de giderek yaygınlaşmaktadır. Dünyada en çok kullanılan ülkeler ise Kadana ve Avustralya olarak görülmektedir. Modelin avantajlarından biri de bu uygulama ile hayata geçirilen yatırımlara ait borçlar ilgili ülkelerin borç bilançosunda yer almamaktadır. Dolayısıyla ekonomiye pozitif bir etki sağlamaktadır. Bu nedenle teşvik edilen bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modelde yatırımcı ihtiyaç duyulan finansmanın %20’sini öz kaynaklarından, geriye kalanını ise borçlanarak karşılamaktadır. Bir diğer avantajı ise, yatırımının teknik ve hizmet anlamındaki idamesi, işletme süresi boyunca tamamen yatırımcı tarafından karşılanmasıdır. Bu aşamada özel sektörün dinamizminden faydalanılmaktadır. Bu durum aynı zamanda kamu tarafından para harcamadan bu tür işlemlerin özel girişimci tarafından gerçekleştirilmesi ve ödemelerin geniş bir aralığa yayılması nedeniyle ödeme rahatlığı sağlanmaktadır.”* (Tosun, 2014, s. 19).

Sağlık Bakanlığı’nın vizyonu kapsamında, sağlık sektörüne özel kaynak yaratılarak bu alandaki altyapı imkanlarının geliştirilmesi planlanmaktadır. Halen sahip olunan hastanelerin birçoğunun kapasiteleri yetersiz olup teknolojik imkanları da eskidir. Bu nedenle de Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş olan standartlara da uymamaktadırlar.

Bu tesisler, geliştirilmiş olan kriterlere uyum sağlamak amacıyla çeşitli bakım ve onarım faaliyetlerine girişmiş olsa da bu çabalar istenen hedeflere ulaşılmasından ziyade çeşitli finansal açıkların oluşmasına hizmet etmiştir.

Sağlık Bakanlığı, 2003'ten itibaren bir reform süreci başlatmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) uygulamaya başlamıştır. Şehir hastaneleri projeleri, Türkiye'deki daha kapsamlı KÖİ programı olan SDP'nin bir parçası olarak geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, şehir hastaneleri uygulamasını aşağıda sıralanmış olan amaçlar kapsamında hayata geçirmeyi planlamıştır (2U1K, 2014, s. 15-18):

- “Tüm ülkede sağlık hizmetlerine ulaşımı arttırmak,
- Sağlık hizmetlerinin bölgesel gelişimine katkıda bulunmak,
- Sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini yükseltmek,
- Uygun maliyetli sağlık hizmetleri sunmak,
- Hasta yataklarının yeterli miktar ve daha yüksek kalitede olmasını sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında son teknolojiden yararlanmak,
- Tedavi hizmetlerine gününbirlik cerrahi, vb. yeni konseptler getirmek ve
- Yetkin işgücü ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmak.”

4.2.3. Mevcut Şehir Hastaneleri Projeleri

Kalkınma Bakanlığı raporuna göre; sözleşmesi imzalanmış şehir hastanesi sayısı 17, karar aşamasında olan proje sayısı iki, ihale sürecinde olan proje sayısı üç, Yüksek Planlama Kurulu'nun onayını bekleyen proje sayısı sekiz, ön fizibilite çalışması devam eden proje sayısı bir adet olmak üzere toplam şehir hastanesi proje sayısı 31'dir (Kalkınma Bakanlığı, 2017b, s. 27).

Yine Kalkınma Bakanlığı tarafından 2018 yılı mayıs ayında yayımlanan rapora göre 2017 yılı içerisinde 3 adet daha şehir hastanesi projesinin gerçekleştirilmesine (Diyarbakır Kayapınar, Antalya ve Aydın) YPK tarafından onay verildiği belirtilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018a, s. 52).

Hizmete açılmış olan şehir hastaneleri Tablo 5'te verilmiş olup toplam sayısı 13'tür (Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2021).

Tablo 5. Hizmete Açılmış Olan Şehir Hastaneleri

No	Proje Adı	Yatak Kapasitesi	Bitim Tarihi
1	Adana Şehir Hastanesi	1.550	2017
2	Mersin Şehir Hastanesi	1.250	2017
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	2017
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	2017
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	2018
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	2018
7	Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	2018
8	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	2018
9	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.704	2019
10	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	2019
11	İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi	2.682	2020
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	2020
13	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480	2020

Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2021.

Kocaeli, Kütahya, Gaziantep, Ankara Etlik ve İzmir Bayraklı şehir hastanelerinin ise 2021 yılı içerisinde açılması planlanmaktadır.

Söz konusu şehir hastanelerinden Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri 2017 yılı içerisinde hizmete alınmış olup, KÖİ kavramının sağlık sektöründeki ilk uygulamaları ve devreye alınma süreleri açısından da uygulamanın günümüzdeki öncül örnekleridir (Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2021).

Yozgat Şehir Hastanesi 141.120 m² inşa alanına sahip olup 475 yatağı bulunmaktadır. Projenin 2017 yılı rakamları ile yatırım bedeli 175 milyon ABD doları olup kamu özel işbirliği uygulaması kapsamında yüklenici firma tarafından 25 yıl boyunca işletme hakkı bulunmaktadır. 16 Ocak 2017 tarihinde hizmete açılmıştır.

Mersin Şehir Hastanesi, 374.601 m² inşa alanına sahip olup 1.250 yatak kapasitelidir. 2017 yılı rakamları ile yatırım bedeli 366 milyon ABD dolarıdır. Hastane, 3 Şubat 2017 tarihinde açılmıştır.

Isparta Şehir Hastanesi, 221.571 m² alan üzerine inşa edilmiş olup, yatak sayısı 755'tir. 2017 yılı rakamları ile yatırım bedeli 303 milyon ABD dolarıdır. Hastane 21 Mart 2017'de hizmete açılmıştır.

Adana Şehir Hastanesi 539.824 m² alana inşa edilmiştir. Kampüste bölge hastanesi, onkoloji hastanesi, kadın doğum ve çocuk hastanesi, kalp damar hastalıkları hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi ve yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi yer almaktadır. 1.550 yatak kapasitesine sahiptir. 2017 yılı rakamları ile yatırım bedeli 655 milyon ABD dolarıdır. Hastane 18 Eylül 2017 tarihinde hizmete açılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2017b, s. 32-39).

2018 yılında ise Kayseri Şehir Hastanesi, bunu takiben sırasıyla Elâzığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Manisa Şehir Hastanesi hizmete açılmıştır. 2019 yılının şubat ayında Ankara Şehir Hastanesi, temmuz ayında ise Bursa Şehir Hastanesi hasta kabulüne başlamıştır. 2020 yılı mayıs ayında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ekim ayında Konya Karatay Şehir Hastanesi ve Kasım ayında ise Tekirdağ Şehir Hastanesi hizmet sunmaya başlamıştır. 2017 yılından bu yana toplam 13 adet şehir hastanesinin açılışının yapıldığı görülmektedir.

Son zamanlarda şehir hastanelerinin gerçekleştirilme süreçlerine yönelik eleştirilere binaen Sağlık Bakanı Fahrettin Koca; *“Şehir hastanelerinin nasıl yapılacağına kendilerince öğrenildiğini, bundan sonra şehir hastanelerinin genel bütçe kaynakları kullanılarak yapılacağını, kamu finansmanına ayrı bir yük getirilmesine ve daha fazla ödeme yapılmasına mahal verilmeyeceğini”* açıklamıştır (TBMM, 2020). Bu kapsamda Balıkesir, Erzurum, İstanbul Kartal Lütüfi Kırdar, İstanbul-Kadıköy Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın, İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu ve Kahramanmaraş Necip Fazıl şehir hastanelerinin genel bütçe kapsamında hizmete alındığı belirtilmektedir.

Yine genel bütçe imkanları dahilinde Aydın ve Samsun şehir hastanelerinin yapım ihalesinin tamamlandığı; Antalya, Denizli, Ordu, Sakarya, Şanlıurfa ve Trabzon şehir hastanelerinin ise yapım ihalesi aşamasında olduğu görülmektedir. Diyarbakır Kayapınar, İstanbul Sancaktepe (1. Etap) ve Rize şehir hastaneleri ise halen proje aşamasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2020a, s. 146-147).

4.2.4. Şehir Hastaneleri Projelerinin Ekonomik Boyutu

Kalkınma Bakanlığı'nın 2018 yılında hazırladığı rapora göre işletme aşamasında olan 4 adet projenin (Yozgat, Adana, Mersin ve Isparta şehir hastaneleri) toplam yatırım tutarının 1.532.226.468 milyar ABD doları, halen yapım sürecinde olan 17 adet projenin ise 10.175.316.013 ABD doları olmak üzere toplam yatırım tutarının 11.707.542.481 ABD doları olduğu görülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018a, s. 29). Strateji ve Bütçe Başkanlığı, KÖİ ile Yürütülen Projeler Veri Tabanından alınan bilgilere göre ise, KÖİ kapsamında hayata geçirilecek olan sağlık tesislerinin sözleşme değerlerinin toplam değeri 11,5 milyar ABD doları düzeyindedir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020).

Yine Kalkınma Bakanlığı tarafından 2015 yılında hazırlanan “Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler” başlıklı raporda KÖİ uygulamalarının kamuya getireceği kira yükü hakkında bilgiler verilmiştir. İlgili tarih itibarıyla imzalanmış olan 17 adet şehir hastanesi projesi için devlet tarafından ödenecek olan toplam kira bedelinin yaklaşık 27 milyar ABD doları olduğu belirtilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2015, s. 28).

2015 yılından bu yana YPK kararı alınmış ve sözleşmesi imzalanmış olan projelerle birlikte KÖİ uygulamaları kapsamında hayata geçirilmesi planlanan sağlık tesis sayısının fazlalığı göz önüne alındığında, devlet tarafından şehir hastanelerinin işletme süreleri boyunca yüklenici firmalara yapacağı kira ve hizmet bedeli ödemelerinin daha da fazla olacağı beklenmektedir.

4.2.5. Şehir Hastanelerinde Yüklenici Tarafından Sunulan Hizmetler ve Yükleniciye Yapılan Ödemeler

Türkiye’de bir KÖİ uygulaması olarak hayata geçirilen şehir hastanelerinde özel sektör (yüklenici firmalar) tarafından sunulacak olan hizmetler ile bu hizmetler karşılığında ödemelerin yapılma şekli Tablo 6’da gösterilmiştir (2U1K, 2014, s. 34). Şirketlere yapılacak olan ödemeler de bu hizmetler ve hizmetlerin gerçekleşen sayıları üzerinden hesaplanarak gerçekleştirilmektedir.

Şehir hastanelerinde yüklenici ile imzalanan sözleşmeye bağlı kalınarak temel olarak yüklenici firmalar 19 hizmet sunmaktadır. Bu hizmetlerden altısı zorunlu (P1), on üçü isteğe bağlı hizmet (P2) grubunda yer almaktadır. Ayrıca hizmetlerin ücretleri her beş yılda bir pazar testine tabi tutulmaktadır. Şehir hastanelerinde zorunlu hizmetler (P1) ve zorunlu olmayan hizmetler (P2) 25 sene boyunca yüklenici firma tarafından sağlanmaktadır. Bu hizmetler karşılığında firmaya imzalanan sözleşme hükümleri kapsamında yatırım bedeli dışındaki ödemeler yapılmaktadır.

Tablo 6. Şehir Hastanelerinde Özel Sektör (Yüklenici Firma) Tarafından Sunulacak Hizmetler ve Ödeme Yöntemleri

Destek Niteliği	No	Hizmet Adı
P1	1	Bina ve Arazi Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	2	Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmeti (Kullanım Süresi Değişimi) (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	3	Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmeti (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	4	Mefruşat Hizmeti (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	5	Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
P2	6	İlaçlama Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	7	Otopark Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	8	Temizlik Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	9	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmeti (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
	10	Güvenlik Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)

Tablo 7. Şehir Hastanelerinde Özel Sektör (Yüklenici Firma) Tarafından Sunulacak Hizmetler ve Ödeme Yöntemleri (Devam)

Destek Niteliği	No	Hizmet Adı
	11	Hasta Yönlendirme ve Refakat / Resepsiyon / Yardım Masası / Taşıma Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
P1	12	Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri (Miktara Bağlı Olmadan Ödeme)
P2	13	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)
	14	Yemek Hizmetleri (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)
	15	Laboratuvar Hizmetleri (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)
	16	Görüntüleme Hizmetleri (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)
	17	Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)
	18	Rehabilitasyon (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)
	19	Atık Yönetim Hizmetleri (Miktara Bağlı Olarak Ödeme)

Kaynak: 2U1K, 2014, s. 34.

Şehir hastaneleri projelerinde, eğer mevcut ise ticari bölgeler, P3 adı ile özel firmaca 25 yıl süresince işletilir. Bu alanların bedeli, yapılmış olan yatırım bedelinden mahsup edilmektedir ve kullanımından dolayı elde edilen gelirler ise yüklenici firmaya aittir (SASAM Enstitüsü, 2018, s. 39-40).

Şehir hastaneleri hizmet sunmaya başladıktan sonra yüklenicilere Sağlık Bakanlığı tarafından kullanım bedeli (kira) ödemeleri ve hizmet bedeli ödemeleri başlıkları altında kullanım bedeli ve hizmet bedeli olmak üzere 2 tür ödeme yapılmaktadır. Kullanım bedeli, firmanın hastaneye yaptığı yatırımın karşılanması için hastanenin işletildiği süre boyunca Bakanlık tarafından firmaya yapılacak olan geri ödemedir (SASAM Enstitüsü, 2018, s. 49). Bu bedel, bir yıl içerisinde üç ayı kapsayan periyotlar halinde ödenir. İhalenin yapıldığı tarihte geçerli olan kullanım bedeli, zaman içerisinde TÜFE ve Yİ-ÜFE endeksleri göz önünde bulundurularak güncellenmektedir (Emek, 2019).

Hizmet ödemeleri, firmanın hastanenin işletim süresince sunduğu hizmetlere karşılık Bakanlığın yaptığı ödemelerdir. Bu ödemeler aylık olarak gerçekleşmektedir.

Hizmet ödemeleri iki alt başlığa ayrılmaktadır:

1. Miktara bağlı olmayan hizmetler; kullanımdan bağımsız şekilde gerçekleşen ve hizmet başına ödenecek ücretin değişmeyeceği hizmetlerdir.
2. Miktara bağlı hizmetler; belirlenen doluluk oranı nispetinde hizmet başına ödenecek ücretin değişeceği hizmetlerdir.

Yüklenici firma tarafından verilen 19 kalem hizmetten miktar garantisi verilen 7 kalem hizmette, garanti edilen miktarın aşılması durumunda aşılan miktar için Y faktörü oranında daha az ödeme yapılmaktadır. Y faktörü oranları aşağıda yer alan Tablo 7’de gösterilmiştir (SASAM Enstitüsü, 2018, s. 50-52).

Tablo 8. Y Faktörü Oranları

Hizmetler	Y – Faktörü
Çamaşırhane	-0,10
Yemek	-0,15
Laboratuvar	-0,15
Görüntüleme	-0,40
Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon	-0,10
Rehabilitasyon	-0,10
Atık Yönetimi	-0,10

Kaynak: SASAM Enstitüsü, 2018, s. 50-52.

Örneğin; herhangi bir şehir hastanesinde laboratuvar hizmetleri için aylık garanti edilen puan 1.700 iken gerçekleşen miktar 5.000 olduğu varsayımı ile garanti edilen 1.700 puana kadar olan hizmetler 10 TL’den, garantiyi aşan 3.300 puan hizmet ise %15 indirim ile 8,5 TL’den alınmaktadır.

4.2.6. Şehir Hastaneleri Uygulamalarına Yönelik Değerlendirmeler

Türkiye’de KÖİ uygulamaları ile hayata geçirilen şehir hastaneleri projeleri dört ana sebepten dolayı başarılı sayılabilir. Bunlardan ilk ve en önemlisi, KÖİ şehir hastanesi

inşaatlarının 2-3 yıl içinde biteceği tahmin edilirken, geleneksel yollarla yapılmakta olan bir devlet hastanesinin inşaat süresi en az 8 yıl sürmektedir. İkincisi, proje faaliyete geçinceye kadar tüm riskler özel konsorsiyum tarafından karşılanmakta, böylece devlet kaynakları diğer altyapı iyileştirmelerine harcanabilmektedir. Üçüncüsü, kamu kaynakları üzerinde mali bir yük olmayacağından, bir düzine proje aynı anda gerçekleştirilebilir. Son olarak, sağlık hizmeti kampüsleri nispeten kısa bir sürede inşa edileceğinden hem sosyal hem de finansal faydaların halka etkin bir şekilde sunulması sağlanırken klinik hizmetlerin kalitesinde iyileştirmeler sağlanabilecektir.

Öte yandan, önümüzdeki yıllarda ciddi şekilde ortaya çıkabilecek bazı dezavantajlar ve riskler de bulunmaktadır. Öncelikle, şehir hastaneleri için yapılacak geri ödemeler hastanenin döner sermayesinden sağlanacaktır. Döner sermayenin yetersiz kalması durumunda, geri ödeme gerekliliklerinin karşılanmasından Bakanlık merkez döner sermayesi sorumlu olacaktır. Dolayısıyla, uzun vadede, proje sayısı arttıkça, Bakanlık üzerindeki geri ödeme yükü önemli ölçüde artacaktır. Ayrıca, özel sektör hastane tesislerinin çoğunluğunu devraldığına, piyasa artık kamunun kontrolünde olmayacak ve sağlık hizmetlerinin kullanımında dengesizliğe neden olabilecektir. Bu nedenle, hükümet, artan sağlık giderlerini güvenli bir şekilde kontrol etmekten tamamen sorumlu olmayacaktır. Bir ölçüde tekelleşmiş sağlık hizmetleri nedeniyle denetim, şeffaflık ve kamu yararı kavramları da göz ardı edilebilme tehlikesi ortaya çıkabilecektir (Özcan, 2015, s. 33-34).

Türk Tabipleri Birliği tarafından yapılan bir çalışmada (2018, s. 2), sağlık çalışanlarının, firmalara yapılacak olan ödemeler sebebiyle döner sermaye ödemelerinin azalacağı yönündeki kaygıları dile getirilmekte, Isparta ve Adana'da şehir hastanelerinin faaliyete geçmesi ile bu sorunun yaşandığı belirtilmektedir. Projelerin çok büyük, hastanelerdeki kapalı alanların oldukça fazla, yüklenicilere ödenecek olan kira ve hizmet bedellerinin yüksek oluşu; maliyetlerin giderek arttığı ve bu durumların varlığına rağmen şirketler ile bu kadar uzun vadeli sözleşmeler imzalanmasının kamu bütçesi üzerinde büyük risk getireceği belirtilmektedir.

Kalkınma Bakanlığı'nca yayımlanan Kamu Özel İşbirliği Raporu'nda ise, uygulanmakta olan KÖİ proje stokunun büyüklüğü göz önüne alındığında gelecek yıllarda KÖİ projelerinin finansmanının sağlanması sürecinde, yaşanan ekonomik krizlerin de etkisi ile uzun vadeli fon kaynağı sıkıntısının yaşanabileceği öngörülmektedir. KÖİ modelinin esas uygulama amacının harcamalarda etkinlik sağlamak olduğundan bahisle, projelerin henüz fizibilite araştırmaları esnasında analiz edilerek geleneksel tedarik yöntemi veya KÖİ modeliyle mi yapılması gerektiğinin incelenmesinin gerektiği, KÖİ modeli ile yapılmasının uygun olduğu değerlendirilen projelerin de kendi içerisinde bir öncelik sırasına konulması gerektiği belirtilmiştir. Farklı sektörlerde uygulanmakta olan KÖİ projeleri için çerçeve bir mevzuat hazırlanarak, bütüncül bir hukuki zemin oluşturulması, uygulamalarda standardizasyon sağlanması açısından önem taşımaktadır. Proje ön etütlerinin hazırlanmasından sözleşme süreçlerinin gerçekleştirilmesi ve yönetilmesine kadar KÖİ uygulamalarının her aşamasında görev alan çalışanların ve birimlerin uzmanlık kapasitelerinin geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2017b, s. 56-57). Ayrıca ilerleyen zamanla birlikte KÖİ modeli uygulanan projelerin finansmanında banka kredilerine erişimde yaşanması muhtemel sıkıntılar göz önünde bulundurularak daha farklı finans usullerinin göz önünde bulundurulması ve bununla ilgili alt yapının da hazırlıklarının yapılarak tamamlanması önerilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018a, s. 57).

Farklı bir değerlendirmede ise, Sağlık Bakanlığı ile firmalar arasındaki sözleşmenin idare hukukuna değil de özel hukuk hükümlerine tabi olması nedeniyle kanun gereği şirkete ödenecek kaynağın ticari sır olarak görülmesi ve kamuoyuna açıklanmaması nedeniyle sözleşmelere ulaşılamadığı ve kamu sektörü ile özel sektörün arasında karşılaştırma yapılamadığı belirtilmektedir. Ayrıca kamu özel işbirliği uygulamalarında harcamaların Hazine üzerinden değil de bilançolar üzerinden gerçekleştirilmesinin borç yükünün bütçe büyüklükleri içinde gösterilmediği de eleştirilmektedir. Şehir hastanelerinin finansmanının özel şirketlerin borçlanma yoluna giderek karşılanması, özel sektörün kamu sektörüne göre daha yüksek faiz oranlarıyla borçlanması nedeniyle ortaya çıkacak olan maliyetin çok daha yükselmesine neden olduğuna işaret edilmektedir. Ek olarak, hastanelerin ürettikleri hizmetler nedeniyle Türk lirası olarak gelir elde etmelerine

rağmen, borçlarını yabancı ülke paraları baz alınarak ödemelerinin önemli bir kur riski oluşturduğu da belirtilmektedir (Tükel, 2018, s. 221).

Türkiye’de, öncelikle şehir hastanelerinin finansman sistemi ve yer seçimlerinin, bu hastanelerin açılması ile var olan hastanelerin kapatılması nedeniyle hastaların sağlık hizmetlerine ve hastanelere ulaşımının, boşalan hastane binalarının nasıl değerlendirileceğinin, sağlık personelinin istihdam ve mali haklarının nasıl olacağı gibi konular temel sorunlu alanlar olarak sıralanmaktadır (Pala, 2018, s. 11).

Sayıştay tarafından 2019 yılı Sağlık Bakanlığı Denetim Raporu’nda, KÖİ modeli ve şehir hastaneleri uygulamasına yönelik denetim görüşünü etkileyen ve etkilemeyen toplam 30 adet bulguya rastlanıldığı belirtilmektedir. Raporunda, özellikle şehir hastanelerinin hayata geçirilmesi, işletilmesi, denetlenmesi ve bunlara dair iş ve işlemlerin yürütülmesine dair birçok farklı başlıkta uygunsuzluklar olduğu görülmektedir.

Şehir hastanelerinde muhasebe işlemlerinde sorunlar bulunduğu, bazı şehir hastanelerinde ilaç hazırlama ve Total Parenteral Nutrisyon hizmetlerinin yürütülmesinde sorunlar olduğu, bedelsiz devredilen cihazların muhasebe kayıtlarının yapılmadığı, özel şirket ile imzalanan sözleşmelere yönelik atıflarda sorunlar ve içeriği bilinmeyen hükümler bulunduğu, yapılacak kullanım bedeli ödemelerinde döviz kuru güncellemelerinin öz kaynak tutarları için de yapıldığı, asgari ücret baz alınarak yapılan ödemelerde çeşitlilikler bulunduğu, trijenerasyon ve heliport tesisleri ile ilgili hesaplamalarda hatalar olduğu, firmanın sunduğu yardım masası hizmetlerinin, hata puanlarının izlenmediği ve sözleşmede belirtilen formüle uyulmadığı, yer ve bahçe bakım hizmetine ilişkin ödemelerden eksik sunulan hizmetlerin mahsup edilmediği, kimi hastanelerde Sağlık Uygulama Tebliği puanlarının hatalı hesaplandığı, sözleşmelerde yer verilen yaptırım maddelerinin caydırıcı nitelikte olmadığı, kimi hastanelerde ticari alan inşaatlarının halen bitirilemediği, şirket tarafından yapılması gereken bazı ödemelerin kamu tarafından yapıldığı, şirket tarafından temin edilmesi gereken tıbbi cihazlarla ilgili sorunlar bulunduğu, şehir hastanelerinin teslim alınması esnasında gereken tüm belgelerin idareye verilmemiş olduğu, bazı muhasebe kayıtlarının ve mahsuplaşma işlemlerinin hatalı yapıldığı, Ankara Bilkent Şehir Hastanesinin 2., 3. Ve 4. Aşamasının

zamanında bitirilmemesi sebebiyle kamunun mali yüke kaldığı, idareye belli aralıklarla sunulması gereken tablo ve evrakların şirketler tarafından sunulmadığı, bazı projelerde yer tahsisi yapılmadan inşaata başlandığı, bazı projelerde ise yapımdan vaz geçilerek sözleşmelerin iptal edilmesine rağmen şirketin proje alanından çıkmadığı, kapatılan bazı sağlık tesislerinin tahsisine ilişkin yeterli hazırlığın yapılmadığı, bazı projelerde ise ortaya çıkan anlaşmazlıklar nedeniyle bilirkişi raporu hazırlanmasına rağmen gerekli işlemlerin yapılmadığı gibi bir çok husus tespit edilmiştir (Sayıştay Başkanlığı, 2020).

5. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde gereç ve yöntem başlığı altında araştırmanın amacı ve önemi, problem cümlesi, hipotezler, evren ve örneklem, varsayımlar, veri toplama aracı ve uygulaması, araştırmanın kısıtlılıkları ve veri analizine ilişkin konular ele alınmıştır.

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık sisteminde hem ülkemizde hem de dünyada son yıllarda yaşanan gelişmeler ve reform süreçleri sonucunda ortaya çıkan yeni yaklaşımlar, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı yönünden önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, hâlihazırda uygulamaya başlanmış ve yakın gelecekte sayıları giderek artacak olan şehir hastanelerinin, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, yönetimi, sunumu ve finansmanı üzerinde önemli yansımaları olacağı beklenmektedir. Uygulamanın önümüzdeki yıllarda daha da yaygınlaşacağı göz önünde bulundurulduğunda, şehir hastaneleri uygulamasının sağlık sistemi üzerindeki etkilerinin bu yönde yapılmış önceki çalışmalardan çok daha kapsamlı olacak şekilde (kalite ve verimlilik üzerindeki etkileri, çalışanlar üzerindeki etkileri, sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri, şeffaflık, uygulamanın oluşturacağı fırsatlar ve riskler, yönetim süreçlerine olan etkileri ile denetim ve işbirlikleri açısından nasıl görüldüğü gibi) ve şehir hastanelerinde görev yapan sağlık personelinin (sağlık yöneticileri, hekimler, diğer sağlık personeli gibi) görüşlerine dayalı olarak değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda yeni bir model olan şehir hastanelerinin, ilgili hastanelerde çalışan sağlık personelinin görüşlerine dayalı olarak değerlendirilerek sağlık sistemine olan etkilerinin, avantajlı ve dezavantajlı noktalarının ortaya konulması, böylece politika yapıcılar ve karar vericiler için objektif bilgi sunulması amaçlanmaktadır.

5.2. PROBLEM CÜMLESİ

Bu çalışmanın temel problem cümlesi; “kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastaneleri uygulamasına yönelik olarak şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin görüş ve değerlendirmeleri nelerdir?” sorusudur.

5.3. HİPOTEZLER

Bu çalışmada test edilen hipotezler ise aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Hipotez 1: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “kalite ve verimlilik” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 2: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “sunduğu fırsatlar” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 3: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “çalışanlar” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam

hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 4: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “sağlık hizmetlerine erişim” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 5: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “şeffaflık” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 6: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin doğurduğu “riskler” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 7: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “yönetim” boyutu üzerindeki etkisine ilişkin görüşleri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 8: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine” ilişkin önerileri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

Hipotez 9: Sağlık personelinin, şehir hastanelerinin “denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine” ilişkin önerileri;

a.Çalışılan kurum b.Daha önce çalışılan hizmet basamağı c.Daha önce çalışılan kurumun mülkiyeti d.Öğrenim durumu e.Meslek f.Yönetmel pozisyon g.Toplam hizmet süresi h.Kurumsal hizmet süresi ı.KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından farklılık göstermektedir.

5.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana şehir hastaneleri oluşturmaktadır. Bu hastaneler KÖİ uygulamasının ülkemizde sağlık alanındaki ilk örnekleri olup, 2017 yılında hizmete girmişlerdir. Yozgat Şehir Hastanesi Ocak, Mersin Şehir Hastanesi Şubat, Isparta Şehir Hastanesi Mart, Adana Şehir Hastanesi ise Eylül ayından itibaren hizmete başlamıştır. Bu açıdan en erken açılan şehir hastaneleridir.

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla ilgili hastanelerden izin alınması için gerekli yazışmalar yapılmış, Adana, Isparta ve Yozgat Şehir Hastanelerinden gerekli izinler

alınmasına karşın Mersin Şehir Hastanesinden araştırma izni alınamamıştır. Bu nedenle Mersin Şehir Hastanesi araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nden temin edilen verilere göre çalışma evreninde toplam 4559 sağlık personeli (hekim, eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli, biyolog, psikolog, laborant, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru, teknisyen, tekniker vb.) bulunmaktadır.

Tüm kitleden veri temini hem zaman hem de maliyet açısından zor olacağı için bilinmeyen evren parametresi hakkında %95 güven düzeyi ve 3 birim hata ile örneklem büyüklüğü 865 olarak hesaplanmıştır. Ancak, önceki alan araştırmalarında olduğu gibi bu çalışmada da cevap vermeme durumu ile karşılaşılabilmesi için bu rakama 0,20 cevap vermeme oranı ilave edilmiş ve örneklem büyüklüğü 1038 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Örneklem büyüklüğü hesaplanırken olayın oluş ($p=0,50$) ve olmayış olasılıkları ($q=0,50$) eşit olarak alınmıştır. Araştırmaya, araştırma kapsamındaki şehir hastanelerinde en az 6 aydır çalışmakta olan ve şehir hastanesi öncesinde başka sağlık kuruluşlarında çalışan tüm sağlık personeli dahil edilmiştir. 6 ay ve daha az süredir şehir hastanesinde çalışmakta olan sağlık personeli, şehir hastanesi uygulamasının dinamiklerini yeterince tecrübe edip değerlendirme imkanına sahip olamayacağı düşüncesiyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Tablo 8'de hastanelere ve meslek gruplarına göre seçilmiş olan örneklem büyüklüğüne ilişkin bilgiler verilmiştir. Genel olarak ankete katılım düzeyi %53,7 olarak gerçekleşmiştir. Hastanelere göre ankete katılım düzeyine bakıldığında; en yüksek katılım %71,5 ile Yozgat Şehir Hastanesinde gerçekleşmiştir. Bunu takiben Adana Şehir Hastanesinde %53,7; Isparta Şehir Hastanesinde ise %44 düzeyinde ankete katılım sağlanmıştır. Meslek tabakaları açısından bakıldığında, ankete en yüksek düzeyde katılım %61,4 ile hemşirelerde gerçekleşmiştir. Hekimlerde %51,6 olan ankete katılım düzeyi, diğer sağlık personelinde %39,9 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 9. Evren ve Örneklem Büyüklüğü

Hastane	Yozgat			Isparta			Adana			Toplam		
	Personel Sayısı	Örneklem Büyüklüğü	Cevaplanan Anket Sayısı	Personel Sayısı	Örneklem Büyüklüğü	Cevaplanan Anket Sayısı	Personel Sayısı	Örneklem Büyüklüğü	Cevaplanan Anket Sayısı	Personel Sayısı	Örneklem Büyüklüğü	Cevaplanan Anket Sayısı
Hekim	140	32	21	202	46	31	493	112	46	835	190	98
Hemşire-Ebe	422	96	82	770	125	79	1275	290	184	2467	562	345
Diğer	225	51	25	565	129	44	467	106	45	1257	286	114
Toplam	787	179	128	1537	350	154	2235	509	275	4559	1038	557

Örneklem büyüklüğü hesaplandıktan sonra rastgele tabakalı örnekleme yöntemine dayalı örnek seçimi yapılmıştır.

5.5. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Çalışma tasarlanırken hâlihazırda faaliyette olan tüm şehir hastanelerinin araştırma kapsamına alınmasının uygun olmayacağı, doğru bir değerlendirme yapabilmek için en az bir yıl süreyle faaliyette bulunan hastanelerin çalışma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Çalışmaya başlanılan 2018 yılının Eylül ayında faaliyette bulunan 6 şehir hastanesi olmasına karşın, sadece Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri bu seçim kriterini karşıladığı için çalışma evreni bu hastanelerle sınırlı tutulmuş, ancak bu hastanelerden Mersin Şehir Hastanesi'nden de gerekli idari izin alınamadığı için çalışma diğer üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla bu hastanelerden elde edilen bulguların tüm şehir hastanelerine genellenmesine ihtiyatlı yaklaşmak gerekmektedir.

Ankete cevap veren sağlık personelinin verdikleri cevapların yansız olduğu, başkalarının fikirlerinden etkilenmedikleri ya da bu kişilerin bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermediği düşünülmektedir.

5.6. VERİ TOPLAMA ARACI

Bu çalışma Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasını kapsayan kesitsel bir saha araştırmasıdır. Veriler, anket yöntemi ile toplanmıştır. Anketin geliştirilmesinde yerli ve yabancı literatürden (Agyemang, 2011; Thankachen, 2015; Sedisa, 2008; Loiola, 2013; Ludden, 2016; McCann, 2014; Ristov, 2018; Berksoy ve Yıldırım, 2017; Karaş, 2014; Kesgin, 2013; Songur, 2016; Keskin, 2011; Ünal ve Ünal, 2017; Ürel, 2015; SASAM 2018, Kalkınma Bakanlığı 2016, 2017, 2018), 4.1. Hukuki Altyapı başlığında detaylı bir şekilde incelenmiş olan konu ile ilgili mevzuattan ve şehir hastanelerinde çalışan sağlık personeli ile yapılan kalitatif görüşmelerden yararlanılmıştır.

Kalitatif görüşmeler, araştırma kapsamındaki Adana, Isparta ve Yozgat şehir hastanelerinde çalışmakta olan yönetici, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinde oluşan 40 sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmiş ve katılımcılara önceki dönem ile kıyasladığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, şehir hastanelerinin güçlü ve zayıf yönleri, şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar ve çözüm önerilerinin neler olduğu sorulmuştur. Kalitatif araştırmadan sağlanan veri, betimsel ve içerik analizi ile incelenmiştir. Betimsel analiz, toplanmış olan kalitatif verilerde çok fazla detay inceleme ihtiyacı olmayan verilerin değerlendirilmesinde kullanılmaktayken içerik analizi ise toplanmış olan bilgilere odaklanarak sık sık tekrar edilen ve vurgulanan hususlardan kodlar elde edilir. Özetle, birbirine benzer olan ya da ilişkili olduğu belirlenen veriler kavramlar ve temalar etrafında bir araya getirilerek değerlendirilmektedir (Baltacı, 2019, s. 375). Yapılan görüşmelere ve literatür incelemelerine dayalı olarak başlangıçta toplam 145 tane koda ulaşılmış ancak, tekrar eden ya da anlamsız olan kodlar çıkarıldıktan sonra soru kağıdında yer verilecek kod sayısı 79'a inmiştir. Ancak, araştırma izni için başvuru hastanelerde soru kağıdında yer alan özellikle KÖİ uygulamalarının oluşturacağı riskler ve kamu maliyesi ile özel sektör ortaklığı ile ilgili olumsuz yargılar içeren bazı ifadelerin cevaplanması riskli görüldüğü için çıkarılması istenmiş ve araştırmayı riske atmamak için 5 adet ifade (1.Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe imkanları yeterli düzeyde değildir. 2.Türkiye’de mevcut ve yeni projeler finansman sıkıntısı nedeniyle zamanında bitirilememektedir. 3.KÖİ modeli sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir. 4.Bilgi ve

tecrübe yetersizliğinden dolayı Kamu Özel İşbirliği (KÖİ)'nin uygulanması risk taşımaktadır. 5.Şehir hastaneleri modeli devletin sağlık alanındaki gücünün azalmasına sebep olacaktır.) çıkarılarak üç bölümden oluşan nihai veri toplama aracına ulaşılmıştır.

Veri toplama aracının birinci bölümünde cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, çalışma yılı gibi şehir hastanelerinde çalışan personelin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu toplam 11 soruya yer verilmiştir. Veri toplama aracının ikinci bölümünde, şehir hastaneleri uygulamasının sağlık sistemi ve çalışanlar üzerindeki etkileri ve şehir hastanelerinde yaşanan sorunların giderilmesine yönelik çözüm önerilerini belirlemeye yönelik 74 yargıya yer verilmiştir. Yargılara ilişkin cevap seçenekleri 5'li Likert ölçeğine (Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Fikrim yok (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) şeklinde) dayandırılmıştır. Veri toplama aracının üçüncü bölümünde ise katılımcıların şehir hastanesi uygulamasına yönelik olumlu ve olumsuz görüşleri ile belirtmek istedikleri diğer hususlar açık uçlu sorular halinde sorulmuştur.

5.7. ANKETİN UYGULANMASI

Saha araştırmasına başlamadan önce 2019 Nisan ayında etik kurul izni için Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonuna başvurulmuş ve gerekli izin alınmıştır (Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü 18.04.2019 tarih ve 35853172-806.01.03-E00000554759 Sayılı Yazısı, Ek 2).

Etik komisyon iznine müteakip anket uygulamasının yapılacağı şehir hastanelerinin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüklerine, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 25.04.2019 tarih ve 91162869/70-71-72-73 sayılı yazıları ile idari izin başvuruları yapılmıştır. Bu başvurulara cevaben Adana, Isparta ve Yozgat İl Sağlık Müdürlüklerinden olumlu, Mersin İl Sağlık Müdürlüğünden ise olumsuz cevap alınmıştır. Bu sürece ilişkin belgeler Ek 3'te sunulmuştur.

Anket uygulaması, izin alınmış olan şehir hastanelerinde Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket formu toplam 557 katılımcıya araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış ve her bir görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

5.8. VERİLERİN ANALİZİ

Anket yöntemi ile elde edilen verilerin analizinde SPSS 21.0 (IBM Statistical Package 78ort he Social Sciences) ve AMOS 21 programları kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde, tanımlayıcı istatistikler ve hipotezleri test etmek için çok değişkenli regresyon analizleri kullanılmıştır. Bu amaçla geliştirilen regresyon modellerinde şehir hastanelerinin “kalite ve verimlilik”, “fırsatlar”, “çalışanlar”, “erişim”, “şeffaflık”, “riskler” ve “yönetim süreçleri” üzerindeki etkileri ile “çalışanlar” ve “denetim ve işbirliği” boyutlarında yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere bağımlı değişkenler olarak yer verilirken; halen çalışılan kurum, daha önce çalışılan kurum ve hizmet basamağı, öğrenim durumu, meslek, yönetsel pozisyona sahip olma, kurumsal ve toplam hizmet süresi ile KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi gibi değişkenlere bağımsız değişken olarak yer verilmiştir.

Ayrıca, çalışmada veri toplamak amacıyla kullanılan anket formunun geçerliliğinin test edilmesi amacıyla faktör analizleri (açımlayıcı ve doğrulayıcı), güvenilirlik analizi için ise içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) kullanılmıştır.

5.9. GEÇERLİLİK ANALİZİ

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği, farklı özelliklerle karıştırmadan, ne derecede doğru ölçebildiğiyle ilgili bir kavramdır (Ercan ve Kan, 2004, s. 214). Geçerlilik, ölçülmesi planlanan olgunun doğru olarak ölçüldüğünü gösterir. Ölçümün geçerli olması, ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları gerçekten ölçüyor olması demektir. Aynı zamanda geçerlilik, araştırmada genel manada doğruluğa zarar verecek hataların var olmaması durumudur (Çakmur, 2012, s. 342).

Araştırmacıların istatistiksel sonuç geçerliliği, iç geçerlik, yapı geçerliliği ve dış geçerlilik olmak üzere göz önünde bulundurması gereken dört tür geçerlilik vardır. İstatistiksel sonuç geçerliliği, belirli bir alfa düzeyi ve elde edilen varyanslar göz önüne alındığında, eş değişkenliği varsaymanın makul olup olmadığı hakkındaki çıkarımlara atıfta bulunur. İçsel geçerlilik ise iki kavram arasında bir ilişki olduğu düşünüldüğünde bu ilişkinin nedensel olup olmadığı, çalışmada kafa karıştırıcı unsurlar olup olmadığı ile ilgilidir. Bir diğer deyiş ile iç geçerlilik araştırmanın kendisinin geçerliliğini sorgulamaktadır. Yapısal geçerlik, bir ilişkinin nedensel olduğu varsayıldığında ilişkiye dahil olan belirli neden ve sonuçların davranışları ve yapılarını inceler. Bir çalışmanın veya ilişkinin dış geçerliliği ise, diğer kişilere, ortamlara ve zamanlara genelleme anlamına gelir. X yapısından Y yapısına nedensel bir ilişki varsa, bu ilişki insanlar, ortamlar ve zamanlar arasında ne kadar genelleştirilebilir sorusuna cevap aramaktadır (Drost, 2011, s. 114-121).

Bilimsel araştırmalarda doğru ve güvenilir bilgiler elde edilmesi için yapı geçerliliğinin teste tabi tutulması gereklidir.

Yapılan analizlerde evvelce belirlenmiş kural olarak benimsenmiş değerler mevcut değilse güvenilirlik ve geçerlilik açısından sorunlar oluşabilir. Araştırmalarda yapı geçerliliğini test etmek amacıyla aykırı (uç) değer analizi, madde analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizinin (Yapısal Eşitlik Modellemesi) kullanılması tavsiye edilmektedir (Akyüz, 2018, s. 186).

Bu çalışmada da soru kâğıdının geçerliliği yapı geçerliliğinin değerlendirilmesine dayandırılmış ve bu amaçla açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerine yer verilmiştir.

5.9.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Açıklayıcı faktör analizi, ölçülen ve görülen birçok niteliğin arka planında yer alan gerçek faktörleri, yani gözlenmeyen ve ölçülmeyen saklı faktörleri ortaya belirlemeye yaramaktadır (Yaşlıoğlu, 2017, s. 75). Açıklayıcı faktör analizi, birden fazla değişkeni, belli gruplara bölerek, her bir grupta yer alan değişkenler arasında bulunan ilişkiyi en

yüksek, gruplar arasında bulunan ilişkiyi ise en düşük yaparak, grupları yeni değişkenlere dönüştüren bir analiz türüdür. Elde edilen bu yeni değişkenlere ise faktör denilmektedir (Yıldız ve diğerleri, 2018, s. 95).

Faktör analizi uygulanmadan önce KMO ve Bartlett test sonuçları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda şehir hastanelerinin çeşitli alanlar üzerindeki olası olumlu veya olumsuz etkileri ile sağlık sektörü üzerindeki olası etkileri ile ilgili 59 maddeden ve 13 öneriden oluşan yapıya açımlayıcı faktör analizi uygulanabilmesi için 557 anketin yeterli olduğu görülmüştür (KMO=0,953). Bartlett testinde p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı iken, KMO değerinin 0,70'ten yüksek olması gerekmektedir. Bartlett testi sonucuna göre ise bu 59 maddeye açımlayıcı faktör analizi uygulanabileceği sonucuna varılmıştır ($p < 0,001$). Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken, "Temel Bileşenler Analizi" yöntemi kullanılmış olup "Varimax" döndürmesinden faydalanılmıştır.

Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda katılımcıların şehir hastaneleri ile ilgili görüşleri öğrenmeye yönelik 59 ifadenin 7 faktör altında toplandığı belirlenmiştir.

Birinci faktör 13 maddeden (20, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 ve 41 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %13,04'ünü açıklamaktadır. Birinci faktörde şehir hastaneleri uygulamasının kalite ve verimlilik boyutu üzerindeki etkileri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı "kalite ve verimlilik" olarak belirlenmiştir. İkinci faktör 15 maddeden (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 19 ve 26 nolu ifadeler) oluşmakta ve toplam yapının %12,47'sini açıklamaktadır. İkinci faktörde şehir hastaneleri uygulamasının sunabileceği fırsatlarla ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı "fırsatlar" olarak belirlenmiştir. Üçüncü faktör 11 maddeden (50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60 ve 61 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %9,22'sini açıklamaktadır. Üçüncü faktörde şehir hastaneleri uygulamasının çalışanlar üzerindeki etkileri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı "çalışanlar üzerindeki etkiler" olarak belirlenmiştir. Dördüncü faktör 7 maddeden (42, 43, 44, 45, 46, 47 ve 48 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %6,72'sini açıklamaktadır. Dördüncü faktörde şehir hastanelerinin hizmete erişim üzerindeki etkileri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı "erişim" olarak belirlenmiştir. Beşinci faktör 4 maddeden (18, 38, 39 ve

40 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %5,08'ini açıklamaktadır. Beşinci faktörde şehir hastaneleri uygulamasının şeffaflık üzerine etkileri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı “şeffaflık” olarak belirlenmiştir. Altıncı faktör 4 maddeden (4, 6, 13 ve 16 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %3,78'ini açıklamaktadır. Altıncı faktörde şehir hastaneleri uygulamasının oluşturabileceği riskler ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı “riskler” olarak belirlenmiştir. Yedinci faktör 5 maddeden (21, 22, 23, 24 ve 25 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %3,21'ini açıklamaktadır. Yedinci faktörde şehir hastaneleri uygulamasının yönetim süreçleri üzerindeki etkileri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için faktörün adı “yönetim” olarak belirlenmiştir. 49 ve 58 nolu ifadelerin ise faktör yükleri 0,35 değerinden daha düşük çıktığı için dışarıda kalmıştır. Böylece ulaşılan 7 faktörlü yapının toplam varyansın %53,52'sini açıklama kabiliyetinde olduğu görülmüştür.

Tablo 9’da yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktörler, faktör yükleri ve varyans açıklama yüzdesi verilmiştir.

Tablo 10. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Faktörler						
	1	2	3	4	5	6	7
F s35	0,769						
F s33	0,763						
F s31	0,762						
F s34	0,756						
F s30	0,698						
F s36	0,672						
F s32	0,627						
E s28	0,603	0,388					
F s37	0,598						
C s20	0,499	0,482					
E s27	0,491	0,439					
E s29	0,461	0,394					
H s41	0,450				0,392		
J s49							
B s11		0,647					
B s8		0,626					
B s7		0,623					
B s2		0,620					
C s15		0,620					

Tablo 11. Açımlyıcı Faktör Analizi Bulguları (Devam)

Maddeler	Faktörler						
	1	2	3	4	5	6	7
B s9		0,602					
B s10		0,602					
C s17		0,599					
C s14		0,566					
B s1		0,562					
C s19	0,442	0,559					
C s12		0,553					
B s5		0,542			0,413		
E s26	0,410	0,514					
B s3		0,478					
J s50			0,717				
J s51			0,712				
J s61			0,686				
J s55			0,672				
J s54			0,640				
J s60			0,562				
J s56			0,555	0,411			
J s57			0,551				
J s53			0,509				
J s52	0,408		0,495				
J s59			0,457				
I s44				0,683			
I s43				0,662			
I s48				0,606			
I s45				0,597			
I s42				0,569			
I s47				0,529			
I s46				0,460			
G s39					0,677		
G s38					0,618		
H s40					0,584		
C s18					0,408		
C s16						0,687	
B s4						0,664	
B s6						0,585	
C s13						0,491	
J s58							
D s22							0,681
D s24							0,680
D s25							0,520
D s23	0,442						0,470
D s21	0,359						0,365
Açıklanan Varyans	%13,04	%12,47	%9,22	%6,72	%5,08	%3,78	%3,21

KMO=0,953; Bartlett testi=19188,685; p<0,001

Soru kâğıdının ikinci bölümünde katılımcıların şehir hastaneleri uygulamasının sağlık sistemi ve çalışanlar üzerindeki etkilerinin yanı sıra şehir hastanelerinde yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere katılım durumları da sorgulanmıştır. Bu bölümde yer alan değerlendirmelere ilişkin yapılan faktör analizinde şehir hastanelerinde yaşanan sorunların giderilmesi ile ilgili değerlendirmelerin 2 faktöre dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Birinci faktör 6 maddeden (64, 66, 68, 72, 73 ve 74 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %33,12'sini açıklamaktadır. Birinci faktörde şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanmakta olan sorunların giderilmesi ile ilgili öneriler bir araya geldiği için faktörün adı “çalışanlar boyutunda yaşanmakta olan sorunların giderilmesi ile ilgili öneriler” olarak belirlenmiştir. İkinci faktör ise 7 maddeden (62, 63, 65, 67, 69, 70 ve 71 nolu ifadeler) oluşmakta olup toplam yapının %10,53'ünü açıklamaktadır. İkinci faktörde şehir hastanelerinin denetimi ve yapılabilecek işbirlikleri ile ilgili öneriler bir araya geldiği için faktörün adı “denetim ve işbirliği boyutunda yaşanmakta olan sorunların giderilmesi ile ilgili öneriler” olarak belirlenmiştir. Tüm faktörlerin toplam varyansın %43,65'ini açıklama kabiliyetinde olduğu görülmüştür.

Tablo 10'da yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktörler, faktör yükleri ve açıklanan varyans yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 12. Şehir Hastanelerinde Yaşanan Sorunların Giderilmesine Yönelik Önerilerin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2
K_s73	0,841	
K_s74	0,825	
K_s72	0,788	
K_s68	0,591	
K_s64	0,472	
K_s66	0,432	
K_s71		0,660
K_s67		0,653
K_s65		0,612
K_s63		0,593
K_s69		0,530
K_s70		0,501
K_s62		0,452
Açıklanan varyans	%33,12	%10,53

KMO=0,849; Bartlett testi=2028,48; $p<0,001$

5.9.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Doğrulayıcı faktör analizi, daha önce elde edilmiş olan bir model vasıtası ile gözlenen değişkenlerden hareketle, gizil değişken (faktör) elde etmeye yönelik bir adımdır. Genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizlerinde uygulanmakta ya da daha evvel tanımlanmış bir yapının doğrulanmasını hedeflemektedir (Yaşlıoğlu, 2017, s. 78). Araştırmada açıklayıcı faktör analizleri sonucunda ortaya çıkan faktörlerin doğruluğunu test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde; açıklayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler ile değişkenler arasında yeterli seviyede ilişkinin var olup olmadığı, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığı ve elde edilen faktörlerin orijinal yapıyı açıklamakta yeterli olup olmadığı test edilmektedir (Karagöz ve Ağbekaş, 2016, s. 278).

Doğrulayıcı faktör analizinin benzersiz özelliği, verilere uygun modelin derecesini belirleme kapasitesidir. Genel olarak, model uyumunu değerlendirirken çeşitli uyum istatistiklerine danışmak ve sonuçların birbirini destekleyip desteklemediğini değerlendirmek en iyisidir. Bu amaçla kullanabilecek birçok istatistik bulunmakla birlikte

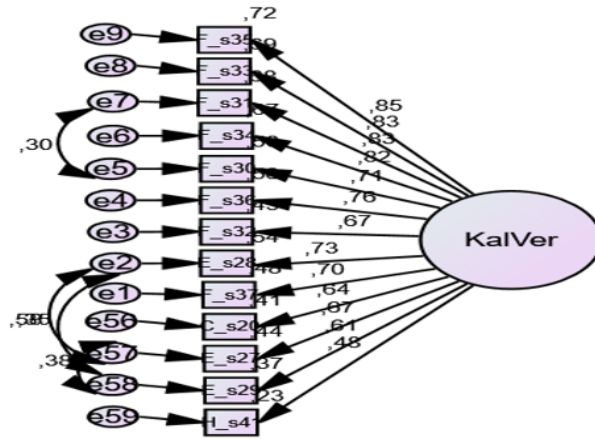
en çok kullanılan 4 tanesinden bahsetmek mümkündür (Harrington, 2009, s. 50). Bu anlamda sıklıkla kullanılan istatistikler arasında Ki-kare istatistiği, uyum iyiliği indeksi (GFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) sayılabilir. Bunlara ek olarak normlaştırılmış uyum indeksinin (NFI) ve Tucker-Lewis indeksinin (TLI) de sıklıkla kullanılan istatistiklerdir (Byrne, 2011, s. 132). Ki-kare istatistiği, $\chi^2/df < 2$ ise mükemmel uyumu ve $\chi^2/df < 3$ ise kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Aytaç ve Öngen, 2012, s.17). Bazı kaynaklarda ise χ^2 değerinin örneklem büyüklüğüne bağlı olduğu ifade edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün 250'den küçük olduğu durumda bu değer 2,5'ten küçük olmalı, örneklem büyüklüğünün 250'den büyük olduğu durumda ise 5'ten küçük olmalıdır (Byrne, 2011, s. 132). Uyum iyiliği indeksi (GFI) ve Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI); 0,90 veya daha üstü değerler kabul edilir uyumu gösterir (Aytaç ve Öngen, 2012, s. 17). Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA); 0,1'e yaklaşan ve aşan değerler kötü, daha aşağı inerek sıfıra yaklaştıkça modelin iyi olduğu söylenebilir (Yaşlıoğlu, 2017, s.81). NFI değeri 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve eşik değer olarak 0,90 iyi uyum iyiliğini ifade etmektedir. TLI eşik değerine yönelik olarak farklı yaklaşımlar olmakla birlikte; 0,80'den daha büyük olmasını öneren görüşlerin yanında 0,95'ten daha büyük olmasını öneren görüşler de kendine yer bulmaktadır (Hu ve Bentler, 1999, s. 24; Byrne, 2011, s. 134).

Çalışmada, açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlere yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde, kalite ve verimlilik boyutuna ilişkin ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 11'de verilmektedir.

Tablo 13. Kalite ve Verimlilik Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
F s37	<---	1	0,696		
E s28	<---	1,119	0,733	0,068	<0,001
F s32	<---	0,808	0,667	0,054	<0,001
F s36	<---	1,088	0,763	0,064	<0,001
F s30	<---	1,002	0,705	0,064	<0,001
F s34	<---	1,171	0,819	0,065	<0,001
F s31	<---	1,248	0,825	0,068	<0,001
F s33	<---	1,180	0,832	0,064	<0,001
F s35	<---	1,215	0,849	0,065	<0,001
C s20	<---	0,928	0,637	0,065	<0,001
E s27	<---	0,989	0,666	0,066	<0,001
E s29	<---	0,944	0,612	0,069	<0,001
H s41	<---	0,643	0,480	0,059	<0,001

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 10’da verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
2,62	0,978	0,972	0,966	0,054

Şekil 10. Kalite ve Verimlilik Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 11 ve Şekil 10’da verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastaneleri ile hastalara sunulan hizmetin kalitesinde ölçülebilir gelişmeler meydana gelmektedir (F35)”; “Şehir hastaneleri sağlık alanında yaratıcı ve yenilikçi uygulamalara imkân

vermektedir (F33)” ve “Şehir hastanelerinde mevcut kamu hastanelerine kıyasla, hastalara daha nitelikli sağlık hizmetleri sunulmaktadır (F31)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Kalite ve verimlilik boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=2,620; CFI=0,978; TLI=0,972; NFI=0,966; RMSEA=0,054). Tablo 11’de yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 27 ve 28, 29 ve 37, 30 ve 31 numaralı maddelerin hataları arasında kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Kalite ve verimlilik boyutu altında yer alan 13 maddenin faktör yüklerinin 0,480 ile 0,849 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait maddelerin genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, kalite ve verimlilik örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 10’daki modelin, kalite ve verimlilik boyutu için nihai ölçüm modeli olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden fırsatlar boyutuna yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 12’de verilmektedir.

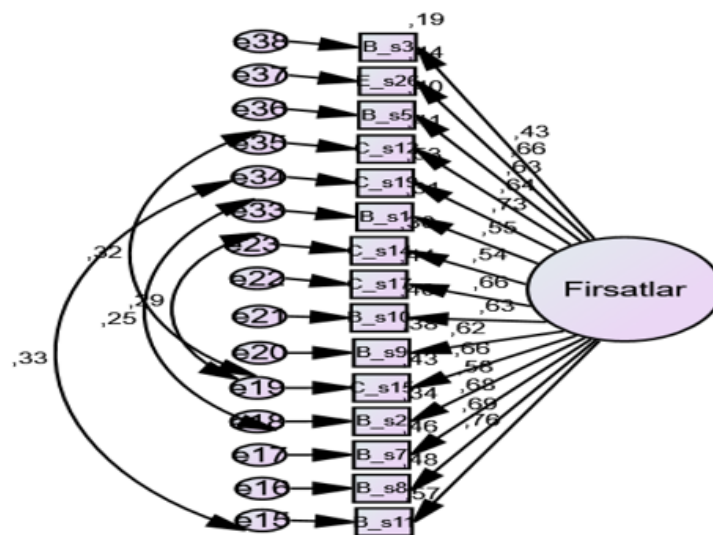
Tablo 14. Fırsatlar Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
B_s11	<---	1	0,757		
B_s8	<---	0,862	0,694	0,053	<0,001
B_s7	<---	0,855	0,681	0,054	<0,001
B_s2	<---	0,702	0,585	0,052	<0,001
C_s15	<---	0,822	0,659	0,054	<0,001
B_s9	<---	0,755	0,617	0,052	<0,001
B_s10	<---	0,690	0,632	0,046	<0,001
C_s17	<---	0,781	0,664	0,050	<0,001

Tablo 15. Fırsatlar Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları (Devam)

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
C s14	<---	0,648	0,545	0,052	<0,001
B s1	<---	0,705	0,553	0,055	<0,001
C s19	<---	0,952	0,729	0,045	<0,001
C s12	<---	0,842	0,643	0,056	<0,001
B s5	<---	0,727	0,632	0,049	<0,001
E s26	<---	0,776	0,662	0,050	<0,001
B s3	<---	0,430	0,432	0,044	<0,001

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 11’de verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
2,908	0,953	0,943	0,930	0,059

Şekil 11. Fırsatlar Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 12 ve Şekil 11’de verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Ülkemizdeki KÖİ modeli uygulamalarına yönelik bakış açım genel olarak olumludur”; “Ülkemizdeki şehir hastaneleri uygulamalarına yönelik bakış açım genel olarak olumludur (B11)” ve “Kamu

özel iş birliği modeli sayesinde kamu tarafının, kaynakların daha verimli kullanılması konusundaki becerileri artmaktadır (B8)’’ maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Fırsatlar boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=2,908; CFI=0,953; TLI=0,943; NFI=0,930; RMSEA=0,059). Tablo 12’de yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 1 ve 2, 11 ve 19, 12 ve 15, 14 ve 15 numaralı maddelerin hataları arasında kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Fırsatlar boyutu altında yer alan 15 maddenin faktör yüklerinin 0,432 ile 0,757 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, fırsatlar örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 11’deki modelin, fırsatlar boyutu için nihai ölçüm modeli olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden çalışanlar boyutuna yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 13’te verilmektedir.

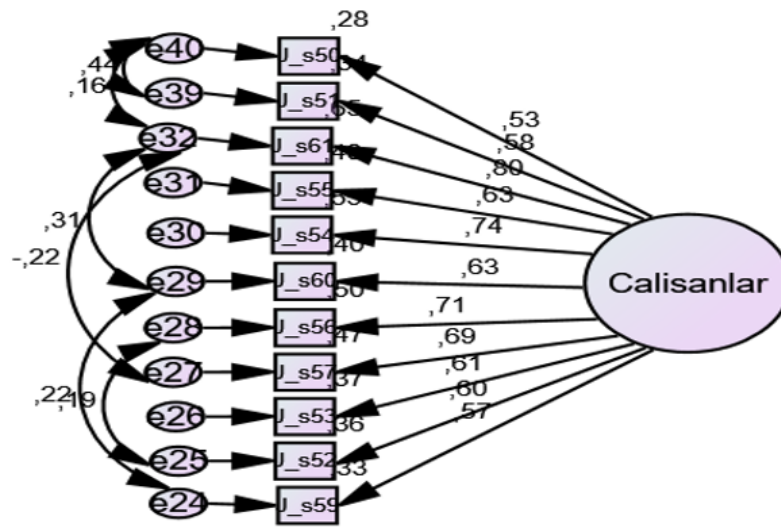
Tablo 16. Çalışanlar Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
J s59	<---	1	0,572		
J s52	<---	1,142	0,602	0,101	<0,001
J s53	<---	1,033	0,605	0,091	<0,001
J s57	<---	1,245	0,688	0,100	<0,001
J s56	<---	1,366	0,708	0,109	<0,001
J s60	<---	1,255	0,633	0,096	<0,001
J s54	<---	1,380	0,738	0,108	<0,001
J s55	<---	1,141	0,631	0,099	<0,001

Tablo 17. Çalışanlar Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları (Devam)

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
J_s61	<---	1,545	0,804	0,115	<0,001
J_s51	<---	1,164	0,580	0,107	<0,001
J_s50	<---	0,881	0,531	0,088	<0,001

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 12’de verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
4,498	0,949	0,927	0,936	0,079

Şekil 12. Çalışanlar Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 13 ve Şekil 12’de verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastaneleri uygulaması çalışanların memnuniyetini artırmıştır (J61)”; “Şehir hastanelerinde çalışan personelin özlük haklarında iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir (J54)” ve “Şehir hastanelerinde çalışan personel şehir hastanelerine kolaylıkla ulaşabilmektedir (J56)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışanlar

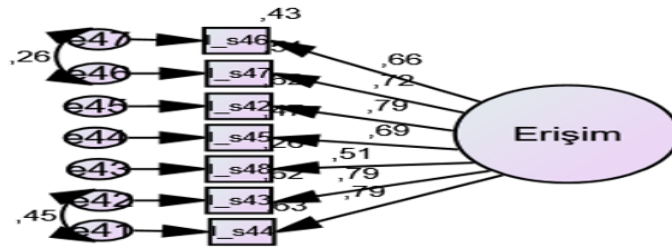
boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=4,498; CFI=0,949; TLI=0,927; NFI=0,936; RMSEA=0,079). Tablo 13'te yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 24 ve 29, 25 ve 28, 27 ve 32, 29 ve 32, 32 ve 40 ile 39 ve 40 numaralı sorularda kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Çalışanlar boyutu altında yer alan 11 maddenin faktör yüklerinin 0,531 ile 0,804 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, çalışanlar örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 12'deki modelin, çalışanlar boyutu için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden erişim boyutuna yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 14'te verilmektedir

Tablo 18. Erişim Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
I s44	<---	1	0,791		
I s43	<---	1,045	0,785	0,040	<0,001
I s48	<---	0,688	0,515	0,059	<0,001
I s45	<---	0,845	0,689	0,052	<0,001
I s42	<---	1,029	0,790	0,056	<0,001
I s47	<---	0,980	0,717	0,060	<0,001
I s46	<---	0,883	0,657	0,059	<0,001

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 13'te verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
2,746	0,989	0,981	0,983	0,056

Şekil 13. Erişim Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

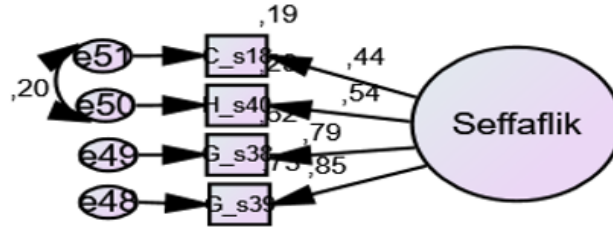
Tablo 14 ve Şekil 13'te verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastanelerinde ameliyat bekleme süreleri azalmıştır (I44)”; “Şehir hastaneleri toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır (I42)” ve “Şehir hastanelerinde poliklinik bekleme süreleri azalmıştır (I43)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Erişim boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=2,746; CFI=0,989; TLI=0,981; NFI=0,983; RMSEA=0,056). Tablo 14'te yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p < 0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 46 ve 47 ile 43 ve 44 numaralı sorularda kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Erişim boyutu altında yer alan 7 maddenin faktör yüklerinin 0,515 ile 0,791 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, erişim örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 13'teki modelin, erişim boyutu için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden şeffaflık boyutuna yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo15’te verilmektedir.

Tablo 19. Şeffaflık Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
C s18	<---	0,558	0,440	0,059	<0,001
H s40	<---	0,676	0,543	0,060	<0,001
G s38	<---	0,934	0,789	0,066	<0,001
G s39	<---	1	0,855		

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 14’te verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
1,136	1,000	0,999	0,998	0,016

Şekil 14. Şeffaflık Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 15 ve Şekil 14’te verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastaneleri uygulamasında, şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından topluma yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaktadır (G39)” ve “Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde yer alan hususların yerine getirilip getirilmediği yeterli düzeyde denetlenmektedir (G38)”

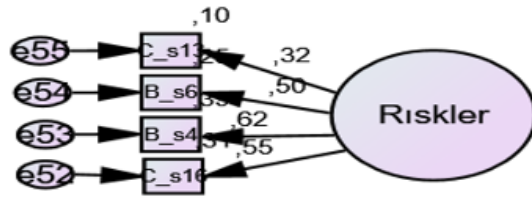
maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Şeffaflık boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=1,136; CFI=1,000; TLI=0,999; NFI=0,998; RMSEA=0,016). Tablo 15’te yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 18 ve 40 numaralı sorularda kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Şeffaflık boyutu altında yer alan 4 maddenin faktör yüklerinin 0,440 ile 0,855 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, şeffaflık örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 14’teki modelin, şeffaflık boyutu için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden riskler boyutuna yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 16’da verilmektedir.

Tablo 20. Riskler Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
C s13	<---	0,539	0,316	0,104	<0,001
B s6	<---	0,829	0,498	0,126	<0,001
B s4	<---	1,023	0,624	0,156	<0,001
C s16	<---	1	0,554		

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 15’te verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
0,772	1,000	1,000	0,992	0,001

Şekil 15. Riskler Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

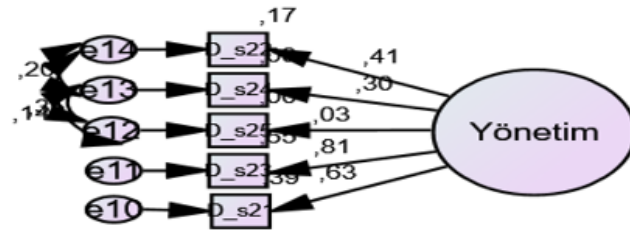
Tablo 16 ve Şekil 15’te verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Kamu özel iş birliği projeleri uzun vadeli sözleşmelere dayalı olduğu için gelecekteki kamu giderleri üzerinde bir baskı oluşturabilir (B4)” ve “Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulması, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetlidir (C16)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Riskler boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=0,772; CFI=1,000; TLI=1,000; NFI=0,992; RMSEA=0,001). Tablo 16’da yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Riskler boyutu altında yer alan 4 maddenin faktör yüklerinin 0,316 ile 0,624 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, riskler örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 15’teki modelin, riskler boyutu için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden yönetim boyutuna yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 17’de verilmektedir.

Tablo 21. Yönetim Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
D_s22	<---	1	0,413		
D_s24	<---	0,72	0,302	0,126	<0,001
D_s25	<---	0,082	0,033	0,125	0,509
D_s23	<---	1,885	0,809	0,292	<0,001
D_s21	<---	1,559	0,628	0,203	<0,001

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 16’da verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
1,169	0,999	0,995	0,994	0,017

Şekil 16. Yönetim Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 17 ve Şekil 16’da verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin girişimcilik ve işletmecilik becerilerini

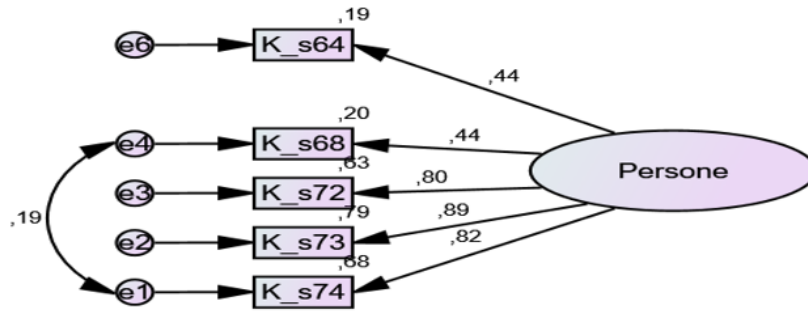
geliştirmelerini sağlamaktadır (D23)” ve “Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin yönetsel rollerini artırmaktadır (D21)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Yönetim boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=1,169; CFI=0,999; TLI=0,995; NFI=0,994; RMSEA=0,017). D_s25 dışındaki değişkenlerin anlamlı olduğu ($p < 0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Yönetim boyutu altında yer alan 5 maddenin faktör yüklerinin 0,033 ile 0,809 arasında değiştiği görülmektedir. Yönetim boyutu altında yer alan ifadelerden D_s25 ifadesinin faktör yükü çok düşük çıktığı (Standardize regresyon ağırlığı=0,033) ve yönetim boyutunu anlamlı bir şekilde açıklamadığı için ($p=0,509$) başlangıç modelinden çıkarılmış ve model 4 madde ile yeniden çalıştırılmıştır. Nihai ölçüm modelinde ulaşılan uyum iyiliği değerleri ise ki-kare=2,098; CFI=0,996; TLI=0,978; NFI=0,993; RMSEA=0,044 olduğu görülmüştür. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, yönetim örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 16’daki modelin, yönetim boyutu için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere ilişkin yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 18’de verilmektedir.

Tablo 22. Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
K_s74	<---	1	0,825		
K_s73	<---	1,057	0,889	0,047	<0,001
K_s72	<---	0,983	0,796	0,048	<0,001
K_s68	<---	0,609	0,444	0,056	<0,001
K_s66	<---	0,607	0,441	0,057	<0,001
K_s64	<---	0,605	0,439	0,059	<0,001

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 17’de verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
3,403	0,991	0,978	0,988	0,066

Şekil 17. Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 18 ve Şekil 17’de verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastanelerinde sağlık personeli ve diğer personel sayısı artırılmalıdır (K73)” ve “Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi uygulamaları iyileştirilmelidir (K74)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilerin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

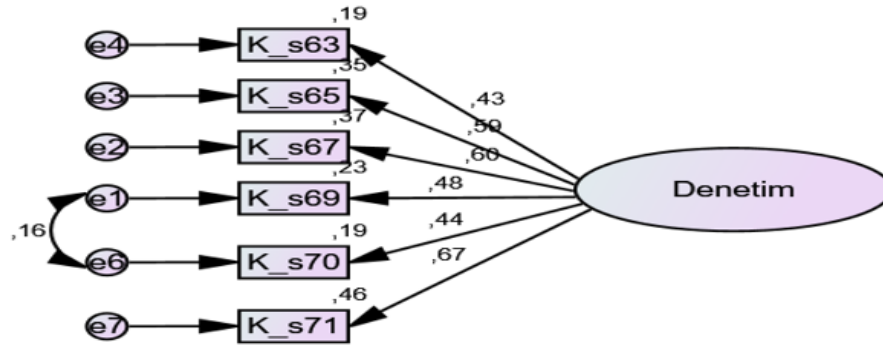
incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=3,403; CFI=0,991; TLI=0,978; NFI=0,988; RMSEA=0,066). Tablo 18’de yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 68 ve 74 numaralı sorularda kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik öneriler altında yer alan 6 maddenin faktör yüklerinin 0,439 ile 0,889 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik öneriler örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 17’deki modelin, çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik öneriler için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerden denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere yapılan doğrulayıcı faktör analizi neticesinde elde edilen ölçüm modeli ve uyum iyiliklerine bakıldığında, ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları Tablo 19’da verilmektedir.

Tablo 23. Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutunu Tanımlayan Ölçüm Modelinin Regresyon Ağırlıkları

		Regresyon Ağırlıkları	Standardize Regresyon Ağırlıkları	St. Hata	p
K_s69	←-	0,805	0,483	0,092	<0,001
K_s67	<---	0,896	0,604	0,087	<0,001
K_s65	<---	0,899	0,595	0,092	<0,001
K_s63	<---	0,672	0,431	0,088	<0,001
K_s62	<---	0,425	0,233	0,092	<0,001
K_s70	<---	0,715	0,440	0,087	<0,001
K_s71	<---	1	0,676		

Ölçüm modelinin uyum iyilikleri ise Şekil 18’de verilmektedir.



Ki-kare/sd	CFI	TLI	NFI	RMSEA
3,903	0,956	0,917	0,942	0,072

Şekil 18. Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesi Boyutuna İlişkin Ölçüm Modeli ve Uyum İyilikleri

Tablo 19 ve Şekil 18’de verilmiş olan standardize regresyon katsayıları incelendiğinde, anlamlı olduğu bulunan bu bağımsız değişkenler arasında özellikle “Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör işbirliğinin verimliliğini artırmak için özel bir işleyiş ve çalışma rehberi hazırlanarak tüm tarafların bu rehberdeki kurallara göre hareket etmesi sağlanmalıdır (K71)” ve “İleride açılacak şehir hastanelerinde görev alacak yöneticilerin mevcut şehir hastanelerinde staj yapmaları sağlanmalıdır (K67)” maddelerinin etkisinin diğer değişkenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Denetim ve işbirliği boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde yer aldığı görülmektedir (Ki-kare/sd=3,903; CFI=0,956; TLI=0,917; NFI=0,942; RMSEA=0,072). Tablo 19’da yer alan tüm değişkenlerin anlamlı olduğu ($p < 0,001$) ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 69 ve 70 numaralı sorularda kovaryans olduğu görülmüş ve modele dâhil edilmiştir. Denetim ve iş birliği boyutu altında yer alan 7 maddenin faktör yüklerinin 0,431 ile 0,675 arasında değiştiği görülmektedir. Boyuta ait soruların genel olarak yükleri ve uyum indeksi sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, denetim ve iş birliği örtük değişkenini açıklamada anlamlı ve önerilen ölçüm modelinin araştırma verisine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler sonucunda Şekil 18’deki modelin, denetim ve iş

birliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesi boyutu için nihai model olarak kabul edilmesine karar verilmiştir.

5.10. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Çalışmada kullanılmış olan ölçeğin geçerlilik analizlerinin yapılmasını takiben, güvenilirlik açısından değerlendirilmesi yapılmıştır.

Güvenilirlik analizi yaygın olarak Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmektedir. Cronbach alfa güvenilirlik analizi Lee Cronbach tarafından 1951 yılında geliştirilmiş olan bir analiz türüdür. Özellikle Likert tipli ölçeklerde kullanılması uygun bir iç tutarlılık analizidir. Anket formunda kullanılmış olan maddelerin iç tutarlılığının ölçülmesi için Cronbach alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak amacıyla kullanılır (Yıldız ve Uzunsakal, 2018, s. 14). Değerlendirilen ölçeğin alfa katsayısı yüksek ise “bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığu” (Alpar, 2003, s. 381) değerlendirilir.

Cronbach alfa katsayısı, güvenilirlik açısından değerlendirilirken alması gereken değerler şöyle ifade edilebilir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018, s. 19):

- 0,00 < R2 < 0,40 ise güvenilir değil,
- 0,40 < R2 < 0,60 ise düşük güvenilirlikte,
- 0,60 < R2 < 0,80 ise oldukça güvenilir,
- 0,80 < R2 < 1,00 ise yüksek güvenilir.

Çalışma kapsamında kullanılmış ve geçerli olduğu değerlendirilmiş olan ölçeğin alt faktörlerinin güvenilirlik düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 20’de sunulmuştur. Yapılan değerlendirme sonucunda, riskler, yönetim ile denetim ve işbirliği boyutları dışındaki boyutların alfa katsayılarının 0,70’in üzerinde olduğu bu üç boyutun ise 0,562 ile 0,689 arasında güvenilirlik düzeylerine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 24. Araştırmada Kullanılan Soru Kağıdının Güvenilirlik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
şehir Hastanelerinin Etkileri		
Kalite ve Verimlilik	13	0,935
Fırsatlar	15	0,912
Çalışanlar	11	0,891
Erişim	7	0,880
şeffaflık	4	0,761
Riskler	4	0,562
Yönetim	4	0,636
Sorunların Çözümüne İlişkin neriler		
Çalışanlar	6	0,765
Denetim ve İşbirliği	7	0,689
Genel Güvenirlik Düzeyi	71	0,950

6. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde çalışmaya katılanların özellikleri ile ilgili tanımlayıcı bulgular ile hipotezlere ilişkin analitik bulgular yer almaktadır.

6.1. Katılımcılarının Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcılarının çalışmış oldukları şehir hastanelerine ilişkin bulgular Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 25. Katılımcılarının Çalışmış Oldukları Şehir Hastanelerine İlişkin Bulgular

	Sayı	Yüzde
Adana Şehir Hastanesi	275	49,4
Isparta Şehir Hastanesi	154	27,6
Yozgat Şehir Hastanesi	128	23,0
Toplam	557	100,0

Çalışma kapsamında toplam 557 katılımcıya anket uygulanmış olup bunlardan 275’i (%49,4) Adana Şehir Hastanesinde; 154’ü (%24,6) Isparta Şehir Hastanesinde; 128’i ise (%23) Yozgat Şehir Hastanesinde çalışmaktadır.

Katılımcılarının daha önce çalışmış oldukları kurumlara ilişkin bulgular Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 26. Katılımcılarının Daha Önce Çalışmış Oldukları Kurumlara İlişkin Bulgular

	Sayı	Yüzde
Daha Önce Çalıştıkları Kurumun Hizmet Basamağı		
Sadece Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda (Sağlık Ocağı, TSM, ASM vb.) Çalışmış Olanlar	21	3,8
Sadece İkinci Basamak Sağlık Kuruluşunda (Devlet Hastanesi) Çalışmış Olanlar	190	34,1
Sadece Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda (Devlet Hastanesi / Üniversite Hastanesi) Çalışmış Olanlar	121	21,7
Tüm Hizmet Basamaklarında Çalışmış Olanlar	225	40,4
Toplam	557	100,0
Daha Önce Çalıştıkları Kurumun Mülkiyeti		
Sadece Kamuda Çalışmış Olanlar	472	84,7
Sadece Özelde Çalışmış Olanlar	21	3,8
Kamu ve Özelde Çalışmış Olanlar	64	11,5
Toplam	557	100,0

Çalışma kapsamında katılımcıların daha önce çalıştığı hizmet basamakları incelendiğinde; 21 kişi (%3,8) daha önce sadece birinci basamak sağlık kuruluşunda (Sağlık Ocağı, TSM, ASM vb.), 190 kişi (%34,1) sadece ikinci basamak devlet hastanesinde, 121 kişi (%21,7) sadece üçüncü basamak devlet hastanesi/üniversite hastanesinde, 225 kişi ise (%40,4) tüm hizmet basamaklarında çalışmıştır. Öte yandan katılımcıların daha önce çalıştığı kurumun mülkiyet durumu incelendiğinde 472 kişinin (%84,7) sadece kamu sağlık tesislerinde, 21 kişinin (%3,8) sadece özel sağlık tesislerinde, 64 kişinin ise (%11,5) hem kamu hem de özel sağlık tesislerinde çalışmış olduğu görülmektedir. Katılımcılarının diğer sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 27. Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
19-30	185	33,4
31-40	201	36
41-50	158	28,5
51-65	13	2,6
Cinsiyet		
Erkek	143	25,7
Kadın	414	74,3
Medeni Durum		
Evli	410	73,6
Bekar	147	26,4
Öğrenim Durumu		
Lise	27	4,8
Ön lisans	85	15,3
Lisans	321	57,6
Y. Lisans	26	4,7
Tıp Fakültesi	15	2,7
Tıpta Uzmanlık	83	14,9
Meslek		
Hekim	98	17,6
Hemşire-Ebe	345	61,9
Diğer *	114	20,5
Yöneticilik Durumu		
Evet	58	10,4
Hayır	499	89,6
Toplam Hizmet Süresi		
1-5 yıl	140	25,1
6-10 yıl	125	22,5
11-15 yıl	82	14,7
16-20 yıl	88	15,8
21-25 yıl	69	12,4
26-30 yıl	44	7,8
31-35 yıl	9	1,7
Mevcut Kurumdaki Hizmet Süresi		
6-12 ay	109	19,6
12-24 ay	448	80,4
	Ort	Ss
KÖİ Bilgi Düzeyi	5,99	2,36

*Sağlık Memuru, Sağlık Teknikeri, Tıbbi Sekreter, Eczacı, Diyetisyen, Sosyal Çalışmacı, Psikolog, VHKİ, Fizyoterapist ve Biyolog.

Ankete cevap veren katılımcılar yaş gruplarına göre incelendiğinde; yaklaşık %70'inin 40 yaşın altında, $\frac{3}{4}$ 'ünün kadın ve evli olduğu, %80'inin lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olduğu, meslekleri itibariyle %56'sının hemşire-ebe, %17,6'sının hekim ve %26,4'ünün diğer sağlık personelinde bulunduğu, %10,4'ünün yöneticilik görevinin de bulunduğu, yaklaşık yarısının 10 yıl ve daha az hizmet süresine sahip olduğu, $\frac{3}{4}$ 'ten biraz

fazlasının bu kurumdaki çalışma süresinin 12-24 ay aralığında olduğu ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi açısından kendilerini 1 (En düşük) ila 10 (En Yüksek) arası bir ölçekte $6(\pm 2,36)$ ortalama değer ile tanımladıkları görülmektedir.

6.2. Katılımcıların Şehir Hastaneleri Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerine yönelik görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma kapsamında açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilmiş olan, KÖİ ve şehir hastaneleri uygulamasının olası etkilerine ilişkin 7 faktör ile uygulamada karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin önerilerin toplandığı 2 faktör olmak üzere toplam 9 faktöre ait tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

6.2.1. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Kalite ve Verimlilik” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 13 adet ifadeye katılım düzeyleri 5’li Likert ölçeği kullanılarak sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelere katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 28. Şehir Hastanelerinin Kalite ve Verimlilik Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Kalite ve Verimlilik	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastaneleri ile hastalara sunulan hizmetin kalitesinde ölçülebilir gelişmeler meydana gelmektedir. (Soru 35)	5,9	18,1	22,3	44,2	9,5	3,38	1,08
Şehir hastaneleri sağlık alanında yaratıcı ve yenilikçi uygulamalara imkân vermektedir. (Soru 33)	5,7	16,5	22,1	45,6	10,1	2,98	2,98
Şehir hastanelerinde mevcut kamu hastanelerine kıyasla, hastalara daha nitelikli sağlık hizmetleri sunulmaktadır. (Soru 31)	5,6	21,2	15,1	44,9	13,3	3,03	1,13
Şehir hastanesi uygulaması ile sağlık hizmetleri hasta güvenliği açısından daha iyi bir şekilde sunulmaktadır. (Soru 34)	6,6	18,7	16,5	51,3	6,8	3,16	1,15
Şehir hastanelerinde mevcut devlet hastanelerine göre daha kapsamlı hizmetler sunulmaktadır. (Soru 30)	5	14,2	11,5	54,9	14,4	3,59	1,06
Şehir hastanelerinde eğitim ve araştırma hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili imkânlar daha iyi düzeydedir. (Soru 36)	7,7	19,6	25,9	40,8	6,1	3,39	1,12
Şehir hastaneleri, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağlamaktadır. (Soru 32)	2,5	6,8	7,7	59,4	23,5	3,95	0,9
Şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda mevcut devlet hastanelerine göre daha verimli bir şekilde faaliyet göstermektedir. (Soru 28)	11	25,3	18,3	40,8	4,7	3,38	1,05

Tablo 29. Şehir Hastanelerinin Kalite ve Verimlilik Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devam)

Kalite ve Verimlilik	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastaneleri uygulaması hastaların memnuniyetini artırmaktadır. (Soru 37)	6,1	16,2	20,3	46,9	10,6	3,33	1,06
Şehir hastaneleri, sahip olduğu imkânların daha fazla olması nedeniyle sağlık turizmi konusunda mevcut devlet hastanelerine göre daha başarılı olacaktır. (Soru 20)	7	14,7	22,6	44,5	11,1	3,33	1,06
Şehir hastanelerinde, kamu ve özel sektör taraflarının birlikte çalışması, hastanelerin daha verimli yönetilmelerini sağlamaktadır. (Soru 27)	9,7	27,8	22,6	34,8	5	3,18	1,06
Şehir hastaneleri, kamunun rekabet gücünü artırmaktadır. (Soru 29)	10,2	19	24,4	37,2	9,2	3,4	1,07
Şehir hastanelerinde karşılaşılabilecek aksaklıkların önlenmesi ve çözülmesi amacıyla kurulmuş olan yardım masası etkili ve çözüm odaklı çalışmaktadır. (Soru 41)	4,3	14,7	18	53,7	9,3	3,49	1
Genel						3,35	0,8

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin kalite ve verimliliğine ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 3,35(±0,80) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 3,95(±0,90) puan ile “Şehir hastaneleri, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağlamaktadır.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %82,9’u “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 3,18(\pm 1,06) puan ile “Şehir hastanelerinde, kamu ve özel sektör taraflarının birlikte çalışması, hastanelerin daha verimli yönetilmelerini sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %39,8’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 3,39(\pm 1,12) puan ile “Şehir hastanelerinde eğitim ve araştırma hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili imkânlar daha iyi düzeydedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %25,9’u “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 3,95(\pm 0,9) puan ile “Şehir hastaneleri, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %7,7’si “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 3,18(\pm 1,06) puan ile “Şehir hastanelerinde, kamu ve özel sektör taraflarının birlikte çalışması, hastanelerin daha verimli yönetilmelerini sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %37,5’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,95(\pm 0,9) puan ile “Şehir hastaneleri, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %9,3’ü “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.2. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sunduğu “Fırsatlar” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 15 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelerle katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 30. Şehir Hastanelerinin Sunduğu Fırsatlar Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Fırsatlar	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Ülkemizdeki kamu özel iş birliği modeli uygulamalarına yönelik bakış açım genel olarak olumludur. (Soru 1)	10,1	23,3	20,6	41,8	4,1	3,07	1,1
Kamu özel iş birliği modeli sayesinde kamu tarafının, kaynakların daha verimli kullanılması konusundaki becerileri artmaktadır. (Soru 2)	5	19	16,9	51,2	7,9	3,38	1,04
Kamu özel iş birliği modeli büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağlamaktadır. (Soru 3)	1,6	10,1	16,5	60,1	11,7	3,7	0,86
Kamu özel iş birliği projeleri, daha çok insana istihdam fırsatı sunmaktadır. (Soru 5)	10,6	23,2	39,3	24,1	2,9	2,85	1
Ülkemizde şehir hastaneleri uygulaması ile, kamu sağlık yatırımlarına özel sektör finansman kaynaklarının da dahil edilmesiyle sağlık yatırımları daha da artmaktadır. (Soru 7)	5,7	18,9	15,1	49,6	10,8	3,41	1,09
Kamu özel iş birliği uygulamaları, kamu sektörünün yönetim maliyetlerini düşürmektedir. (Soru 8)	9,9	29,3	27,3	28,9	4,7	2,89	1,07
Ülkemizde kamu özel iş birliği projeleri konusunda güçlü bir toplumsal destek vardır. (Soru 9)	14,5	28,4	32	22,3	2,9	2,71	1,06
Ülkemizde şehir hastaneleri uygulaması ile özel sektörden yararlanılması, yatırım ve hizmet maliyetlerinde oluşabilecek risk ve sorumlulukların özel sektörle paylaşılmasını sağlamaktadır. (Soru 10)	9	29,6	38,6	20,8	2	2,77	0,94

Tablo 31. Şehir Hastanelerinin Sunduğu Fırsatlar Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devam)

Fırsatlar	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Ülkemizde şehir hastanelerinin yapımı için büyük miktarda finansman kaynağına ihtiyaç duyulduğundan dolayı kamu özel iş birliği yoluyla finansman sağlama yöntemi tercih edilmektedir. (Soru 11)	14	30	19,4	33	3,6	2,82	1,14
Özel sektörün, kamu sektörüne göre sermaye ve teknoloji açısından daha fazla imkâna sahip olması, kamu özel iş birliği modelinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. (Soru 12)	7,9	22,6	17,1	43,4	9	3,23	1,13
Ülkemizdeki şehir hastaneleri uygulamalarına yönelik bakış açım genel olarak olumludur. (Soru 14)	6,8	13,3	21,4	51,3	7,2	3,39	1,03
Şehir hastaneleri uygulaması, sağlık alanındaki yatırımları artırmaktadır. (Soru 15)	6,1	22,1	19,2	44,7	7,9	3,26	1,08
Kamu özel iş birliği sözleşmeleri hazırlanırken kamu ve özel sektörün hak ve yükümlülükleri net olarak tanımlanmakta, sektörler arasındaki denge gözetilmektedir. (Soru 17)	6,5	17,1	25,3	45,8	5,4	3,27	1,02
Şehir hastaneleri uygulaması, kamu sağlık hizmeti sunucularının özel sektörün dinamizminden yararlanmasını sağlamaktadır. (Soru 19)	12	25,7	19,2	39,5	3,6	2,97	1,13
Kamu özel iş birliği modeli, geleneksel olarak kamu tarafından sunulan hizmetlere özel sektörün de katılmasına neden olmaktadır. (Soru 26)	6,8	20,8	26,4	42,4	3,6	3,15	1,01
Genel						3,12	0,70

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 3,12(\pm 0,70) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 3,70(\pm 0,86) puan ile “Kamu özel iş birliği modeli büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağlamaktadır.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %71,8’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,77(\pm 0,94) puan ile “Ülkemizde şehir hastaneleri uygulaması ile özel sektörden yararlanılması, yatırım ve hizmet maliyetlerinde oluşabilecek risk ve sorumlulukların özel sektörle paylaşılmasını sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %22,8’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 2,85(\pm 1) puan ile “Kamu özel iş birliği projeleri, daha çok insana istihdam fırsatı sunmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %39,3’ü “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 3,41(\pm 1,09) puan ile “Ülkemizde şehir hastaneleri uygulaması ile, kamu sağlık yatırımlarına özel sektör finansman kaynaklarının da dahil edilmesiyle sağlık yatırımları daha da artmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %15,1’i “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 2,82(\pm 1,14) puan ile “Ülkemizde şehir hastanelerinin yapımı için büyük miktarda finansman kaynağına ihtiyaç duyulduğundan dolayı kamu özel iş birliği yoluyla finansman sağlama yöntemi tercih edilmektedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %44’ü “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,7(\pm 0,86) puan ile “Kamu özel iş birliği modeli büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %11,7’si “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.3. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Çalışanlar” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkileri boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 11 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelerle katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 32. Şehir Hastanelerinin Çalışanlar Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çalışanlar Üzerindeki Etkiler	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı yeterli düzeydedir. (Soru 50)	40,8	38,1	10,8	8,3	2,2	1,93	1,02
Şehir hastanelerinde destek personeli (temizlik, güvenlik, yardımcı hizmetli vs.) sayısı yeterli düzeydedir. (Soru 51)	26,9	30	13,6	26,2	3,2	2,49	1,23
Şehir hastaneleri uygulaması çalışanların memnuniyetini artırmıştır. (Soru 52)	11	18,1	13,8	49,9	7,2	3,24	1,16
Şehir hastanelerinde çalışan personelin iş yükünde mevcut devlet hastaneleri ile kıyaslandığında bir artış olmamıştır. (Soru 53)	11	32,9	26,4	27,3	2,5	2,78	1,04
Şehir hastanelerinde çalışan personelin özlük haklarında iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir. (Soru 54)	21,9	35	19	20,6	3,4	2,49	1,14
Şehir hastanesi uygulaması çalışanların performansını artırmıştır. (Soru 55)	33	39,3	12,2	12	3,4	2,13	1,11
Şehir hastanelerinde çalışan personel şehir hastanelerine kolaylıkla ulaşabilmektedir. (Soru 56)	14,5	24,6	16	40,9	3,9	2,95	1,18

Tablo 33. Şehir Hastanelerinin Çalışanlar Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devam)

Çalışanlar Üzerindeki Etkiler	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastaneleri uygulamasında, sağlık personelinin hasta odalarına, acil hastalara ve konsültasyon hizmetlerine ulaşım süresi yeterli düzeydedir. (Soru 57)	9,5	30,7	18,5	37,2	4,1	2,96	1,11
Şehir hastanelerinin bağlı olduğu mevzuat, idari yapı, işleyiş gibi konularda çalışanlar yeterince bilgilendirilmektedir. (Soru 59)	8,4	21,9	21,7	43,8	4,1	3,13	1,07
Şehir hastanelerindeki çalışma ortamı kalitesi, mevcut devlet hastanelerine göre daha iyi düzeydedir. (Soru 60)	19,4	28,9	18	28,5	5,2	2,71	1,22
Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör personeli arasında yaşanan iletişim sorunları, hizmet sunumunda gecikmelere mahal vermeden ivedilikle çözülmektedir. (Soru 61)	30,3	30,2	16,7	20,5	2,3	2,34	1,18
Genel						2,65	0,79

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkileri boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 2,65(±0,79) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 3,24(±1,16) puan ile “Şehir hastaneleri uygulaması çalışanların memnuniyetini artırmıştır.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %57,1’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 1,93(±1,02) puan ile “Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı yeterli düzeydedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %10,5’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 2,78(\pm 1,04) puan ile “Şehir hastanelerinde çalışan personelin iş yükünde mevcut devlet hastaneleri ile kıyaslandığında bir artış olmamıştır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %26,4’ü “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 1,93(\pm 1,02) puan ile “Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı yeterli düzeydedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %10,8’i “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 1,93(\pm 1,02) puan ile “Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı yeterli düzeydedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %78,9’u “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,24(\pm 1,16) puan ile “Şehir hastaneleri uygulaması çalışanların memnuniyetini artırmıştır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %29,1’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.4. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine “Erişim” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 7 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelerle katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 34. Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Erişim	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastanelerinde ameliyat bekleme süreleri azalmıştır. (Soru 43)	10,1	26,9	16,7	41,1	5,2	3,04	1,14
Şehir hastanelerinde poliklinik bekleme süreleri azalmıştır. (Soru 42)	7	23,3	12,7	49,4	7,5	3,27	1,11
Şehir hastanelerinde çalışanlar ve hastalar için otopark hizmetleri yeterli düzeydedir. (Soru 44)	7,9	28	20,5	39,1	4,5	3,04	1,08
Şehir hastaneleri uygulaması, daha gelişmiş tıbbi teknolojiye (MR, tomografi vb.) erişimi ve kullanımını kolaylaştırmaktadır. (Soru 45)	6,3	15,8	16,2	53,7	8,1	3,41	1,05
Şehir hastaneleri toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır. (Soru 46)	12,9	33,9	18	30,3	4,8	2,8	1,15
Hastalar şehir hastanelerine kolaylıkla ulaşabilmektedir. (Soru 47)	11,7	26,6	18,3	37	6,5	3	1,17
Şehir hastanelerinde, hastalar hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlamaktadır. (Soru 48)	6,1	14	8,8	49,4	21,7	3,67	1,14
Genel						3,18	0,85

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 3,18(± 0,85) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 3,67(±1,14) puan ile “Şehir hastanelerinde, hastalar hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlamaktadır.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %71,1’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,8(±1,15) puan ile “Şehir hastaneleri toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %35,1’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 3,04(\pm 1,08) puan ile “Şehir hastanelerinde çalışanlar ve hastalar için otopark hizmetleri yeterli düzeydedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %20,5’i “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 3,67(\pm 1,14) puan ile “Şehir hastanelerinde, hastalar hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %8,8’i “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 2,8(\pm 1,15) puan ile “Şehir hastaneleri toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %46,8’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,67(\pm 1,14) puan ile “Şehir hastanelerinde, hastalar hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %20,1’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.5. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Şeffaflık” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin şeffaflığı boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 4 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelerle katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 35. Şehir Hastanelerinin Şeffaflık Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Şeffaflık	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastaneleri uygulamasında, şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından topluma yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaktadır. (Soru 38)	7,5	17,8	38,6	30,9	5,2	3,08	1
Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde yer alan hususların yerine getirilip getirilmediği yeterli düzeyde denetlenmektedir. (Soru 39)	9	26,9	40	19,9	4,1	2,83	0,98
Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapısı yeterli düzeydedir. (Soru 40)	8,3	23,5	23,3	42	2,9	3,08	1,05
Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde sözleşmeler kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmaktadır. (Soru 18)	16	20,5	37,9	22,6	3,1	2,76	1,07
Genel						2,94	0,78

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinde şeffaflık etkileri boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 2,94(\pm 0,78) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 3,08(\pm 1,05) puan ile “Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapısı yeterli düzeydedir.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %44,9’u “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,83(\pm 0,98) puan ile “Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde yer alan hususların yerine getirilip getirilmediği yeterli düzeyde denetlenmektedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %24’ü “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 2,83(\pm 0,98) puan ile “Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde yer alan hususların yerine getirilip getirilmediği yeterli

düzye de netlenmektedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %40’ı “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 3,08(±1,05) puan ile “Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapısı yeterli düzeydedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %23,3’ü “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 2,76(±1,07) puan ile “Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde sözleşmeler kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %36,5’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,08(±1) puan ile “Şehir hastaneleri uygulamasında, şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından topluma yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %25,3’ü “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.6. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Oluşturduğu “Riskler” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 4 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelere katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 36. Şehir Hastanelerinin Riskler Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Riskler	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulması, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetlidir. (Soru 4)	1,4	10,4	32,7	38,2	17,2	3,59	0,94
Kamu özel iş birliği projeleri uzun vadeli sözleşmelere dayalı olduğu için gelecekteki kamu giderleri üzerinde bir baskı oluşturabilir. (Soru 6)	3,1	16,2	36,4	35	9,3	3,31	0,95
Kamu özel iş birliği projeleri konusunda, kamu ve özel sektörün bilgi ve birikimlerinin farklı düzeylerde olması risk oluşturmaktadır. (Soru 13)	4,7	25,7	33,4	31,2	5	3,06	0,98
Şehir hastaneleri uygulamasında, rollerin kamu ve özel sektör arasında paylaşılması, tarafların tek başına sahip olacakları gücün ve etkinin azalmasına sebep olmaktadır. (Soru 16)	3,2	19,6	31,2	32,9	13,1	3,33	1,03
Genel						3,33	0,64

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama $3,33(\pm 0,64)$ puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade $3,59(\pm 0,94)$ puan ile “Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulması, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetlidir.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %55,4’ü “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise $3,06(\pm 0,98)$ puan ile “Kamu özel iş birliği projeleri konusunda, kamu ve özel sektörün bilgi ve birikimlerinin

farklı düzeylerde olması risk oluşturmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %36,2’si “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 3,31(\pm 0,95) puan ile “Kamu özel iş birliği projeleri uzun vadeli sözleşmelere dayalı olduğu için gelecekteki kamu giderleri üzerinde bir baskı oluşturabilir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %36,4’ü “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 3,33(\pm 1,03) puan ile “Şehir hastaneleri uygulamasında, rollerin kamu ve özel sektör arasında paylaşılması, tarafların tek başına sahip olacakları gücün ve etkinin azalmasına sebep olmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %31,2’si “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 3,06(\pm 0,98) puan ile “Kamu özel iş birliği projeleri konusunda, kamu ve özel sektörün bilgi ve birikimlerinin farklı düzeylerde olması risk oluşturmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %30,4’ü “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,59(\pm 0,94) puan ile “Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulması, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetlidir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %11,8’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.7. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Yönetim” Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Görüşleri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinin yönetimi boyutuna ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 4 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelerle katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 37. Şehir Hastanelerinin Yönetim Boyutu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Yönetim	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin iş yükünün artmasına neden olmaktadır. (Soru 21)	7,9	22,8	28,4	35,5	5,4	3,08	1,05
Şehir hastanelerinin yatak sayısının fazla olması, yönetim süreçlerinin daha zorlu olmasına neden olmaktadır. (Soru 22)	4,7	18	21,9	46,3	9,2	2,63	1,03
Şehir hastanelerinde hem kamu hem de özel sektör (yüklenici firma) yöneticilerinin olması yönetim süreçlerini güçleştirmektedir. (Soru 23)	6,1	16	33,6	38,4	5,9	3,22	0,99
Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin girişimcilik ve işletmecilik becerilerini geliştirmelerini sağlamaktadır. (Soru 24)	4,1	17,1	24,4	44,5	9,9	2,61	1,01
Genel						2,82	0,48

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin yönetimi boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 2,82(±0,48) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 2,63(±1,03) puan ile “Şehir hastanelerinin yatak sayısının fazla olması, yönetim süreçlerinin daha zorlu olmasına neden olmaktadır.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %55,5’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 3,08(±1,05) puan ile “Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin iş yükünün artmasına neden olmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %40,9’u “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 3,22(\pm 0,99) puan ile “Şehir hastanelerinde hem kamu hem de özel sektör (yüklenici firma) yöneticilerinin olması yönetim süreçlerini güçleştirmektedir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %33,6’sı “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 2,63(\pm 1,03) puan ile “Şehir hastanelerinin yatak sayısının fazla olması, yönetim süreçlerinin daha zorlu olmasına neden olmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %21,9’u “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 3,08(\pm 1,05) puan ile “Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin iş yükünün artmasına neden olmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %30,7’si “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 2,61(\pm 1,01) puan ile “Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin girişimcilik ve işletmecilik becerilerini geliştirmelerini sağlamaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %21,2’si “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.8. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine” İlişkin Önerileri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 6 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelere katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 38. Şehir Hastanelerinde Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Çalışanlar	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi uygulamaları iyileştirilmelidir. (Soru 74)	1,3	2,9	4,7	47	44,2	4,30	0,79
Şehir hastanelerinde sağlık personeli ve diğer personel sayısı artırılmalıdır. (Soru 73)	0,7	3,4	3,2	36,6	56	4,44	0,78
Şehir hastanelerinde çalışan personelin mali hakları iyileştirilmelidir. (Soru 72)	1,3	2,7	4,7	35,5	55,8	4,42	0,81
Şehir hastanelerinde çalışanların çalışma ortamı kalitesinin yükseltilmesine ihtiyaç vardır. (Soru 68)	0,7	7,4	20,1	46,5	25,3	3,88	0,9
Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler tamamen kamuya bırakılmalıdır. (Soru 66)	4,5	26,2	29,3	25	15,1	3,2	1,12
Şehir hastaneleri içerisinde hastaların bir birimden başka birime kolay bir şekilde transferlerinin sağlanması için destek personeli sayısı artırılmalıdır. (Soru 64)	1,6	6,6	11,3	52,1	28,4	3,99	0,9
Genel						3,99	0,90

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 3,99(±0,90) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 4,44(±0,78) puan ile “Şehir hastanelerinde sağlık personeli ve diğer personel sayısı artırılmalıdır.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %92,6’sı “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 3,2(±1,12) puan ile “Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler tamamen kamuya bırakılmalıdır.” ifadesidir.

Bu ifadeye katılımcıların %40,1'i "katılıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 3,2(\pm 1,12) puan ile "Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler tamamen kamuya bırakılmalıdır." ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %29,3'ü "fikrim yok" şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 4,44(\pm 0,78) puan ile "Şehir hastanelerinde sağlık personeli ve diğer personel sayısı artırılmalıdır." ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %3,2'si "fikrim yok" şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 3,2(\pm 1,12) puan ile "Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler tamamen kamuya bırakılmalıdır." ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %30,7'si "katılmıyorum" ve "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 4,42(\pm 0,81) puan ile "Şehir hastanelerinde çalışan personelin mali hakları iyileştirilmelidir." ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %4'ü "katılmıyorum" ve "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.2.9. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde "Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine" İlişkin Önerileri

Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmış olan şehir hastanelerinde denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla 7 adet ifadeye katılım düzeyleri sorulmuştur. Katılımcıların söz konusu ifadelere katılım düzeylerini ortaya koyan tanımlayıcı bulgular Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 39. Şehir Hastanelerinde Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Denetim ve İşbirlikleri	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim Yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Ort.	St. Sapma
Yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmelidir. (Soru 69)	1,1	6,6	19,6	43,6	29,1	3,93	0,92
İleride açılacak şehir hastanelerinde görev alacak yöneticilerin mevcut şehir hastanelerinde staj yapmaları sağlanmalıdır. (Soru 67)	1,4	4,8	13,8	58,7	21,2	3,93	0,82
Şehir hastanelerinde kamu çalışanları ve özel sektör (yüklenici firma) çalışanları arasında yaşanabilecek iletişim sorunlarını gidermek için hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. (Soru 65)	1,3	6,6	9,2	60,3	22,6	3,96	0,83
Şehir hastaneleri uygulamasının sonuçları ile ilgili raporlar hazırlanmalı ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır. (Soru 63)	0,7	5,9	10,2	48,5	34,6	4,1	0,86
Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde sözleşmeler kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmaktadır. (Soru 62)	2,9	7,9	12,4	44,7	32,1	3,95	1,01
Şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin iş gücü veriminin artırılması amacıyla polikliniklerde tıbbi sekreterler görevlendirilmelidir. (Soru 70)	1,6	4,7	9,9	44,3	39,5	4,15	0,9
Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör işbirliğinin verimliliğini artırmak için özel bir işleyiş ve çalışma rehberi hazırlanarak tüm tarafların bu rehberdeki kurallara göre hareket etmesi sağlanmalıdır. (Soru 71)	0,5	4,8	16,5	52,1	26	3,98	0,82
Genel						4,00	0,88

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, şehir hastanelerinin denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesi boyutuna ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, bu boyuta ortalama 4,00(± 0,88) puan verdikleri görülmektedir.

Katılımcıların bu boyuttaki ifadelerden en fazla düzeyde katılım gösterdiği ifade 4,15(\pm 0,9) puan ile “Şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin iş gücü veriminin artırılması amacıyla polikliniklerde tıbbi sekreterler görevlendirilmelidir.” ifadesi olmuştur. Bu ifadeye katılımcıların %83,8’i “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 3,93(\pm 0,92) puan ile “Yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmelidir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %72,7’si “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde kararsız kaldıkları ifade 3,93(\pm 0,92) puan ile “Yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmelidir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %19,6’sı “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde kararsız kalınan ifade ise 3,96(\pm 0,83) puan ile “Şehir hastanelerinde kamu çalışanları ve özel sektör (yüklenici firma) çalışanları arasında yaşanabilecek iletişim sorunlarını gidermek için hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %9,2’si “fikrim yok” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım göstermedikleri ifade 3,95(\pm 1,01) puan ile “Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde sözleşmeler kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmaktadır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %10,8’i “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. En düşük düzeyde katılım gösterilmeyen ifade ise 3,98(\pm 0,82) puan ile “Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör işbirliğinin verimliliğini artırmak için özel bir işleyiş ve çalışma rehberi hazırlanarak tüm tarafların bu rehberdeki kurallara göre hareket etmesi sağlanmalıdır.” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların %5,3’ü “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

6.3. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmada geliştirilmiş olan hipotezlere ait bulgular sunulmuştur. Bu amaçla öncelikle önce şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği modeli ile gerçekleştirilen şehir hastaneleri uygulamasına yönelik görüşlerini etkileyen faktörlerle ilgili bulgulara yer verilmiştir. Değerlendirmeler çok değişkenli regresyon analizi kullanılarak yapılmış olup, katılımcıların özelliklerine göre görüşlerinin farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin regresyon çözümlerine yer verilmiştir.

6.3.1. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Kalite ve Verimlilik” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin “kalite ve verimlilik” boyutuna ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 33’te sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=2,977$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %6,2’sini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 40. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Kalite ve Verimlilik Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.878	0,349		11.116	0,000	
Kurum (Isparta)	0,016	0,083	0,009	0,193	0,847	1,244
Kurum (Yozgat)	0,086	0,087	0,045	0,989	0,323	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	-0,045	0,081	-0,027	-0,551	0,582	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	-0,164	0,12	-0,066	-1.363	0,173	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,486	0,189	-0,116	-2.576	0,01	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	0,013	0,115	0,007	0,113	0,91	1.919
Öğrenim (lisans)	0,051	0,098	0,031	0,518	0,604	2.080
Meslek (Hemşire)	-0,138	0,078	-0,084	-1.754	0,08	1.316

Tablo 41. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Kalite ve Verimlilik Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular (Devam)

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,311	0,113	-0,119	-2.742	0,006	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,01	0,005	-0,102	-2.075	0,038	1.388
Kurumsal hizmet süresi	-0,004	0,081	-0,002	-0,047	0,963	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,049	0,015	0,144	3.330	0,001	1.083

F=2,977; p<0,001; R²=0,062

Tablo 33'teki modele göre; araştırmaya katılan sağlık personelinin şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik boyutu üzerine etkisi ile ilgili görüşlerinin daha önce çalıştıkları kurumun mülkiyetine, yönetmel pozisyonlarına, toplam hizmet sürelerine ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre anlamlı farklılık (p<0,05) gösterdiği görülmektedir. Modele ilişkin standardize beta katsayıları sağlık personelinin kalite ve verimlilik boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinin etkili olduğunu, bunu sırasıyla yönetmel pozisyona sahip olma durumu, daha önce çalışılan kurum türü (özel sektör) ve toplam hizmet süresi değişkeninin izlediğini göstermektedir.

Tablo 33'teki bulgular ayrıntılı incelendiğinde; KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi daha fazla olan, yönetmel pozisyona sahip olan ve toplam hizmet süresi daha az olan personelin şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik üzerine etkisi konusunda daha olumlu görüşlere sahip oldukları, buna karşın şehir hastanesinde çalışmadan önce sadece özel sağlık kuruluşunda çalışmış olanların görüşlerinin ise daha önce sadece kamu sağlık kuruluşlarında ve hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında çalışma deneyimi olan çalışanlardan daha olumsuz olduğu görülmektedir.

Diğer yandan, sağlık personelinin şehir hastanelerinin kalite ve verimlilikleri ile ilgili değerlendirmelerinin personelin hali hazırda çalıştıkları hastaneye (Isparta, Adana ve Yozgat Şehir Hastanesi), daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, öğrenim düzeylerine, mesleklerine ve kurumdaki hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05) sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgulara göre; H1c, H1f, H1g ve H1ı hipotezleri

kabul edilirken ($p<0,05$), H1a, H1b, H1d, H1e ve H1h hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.2. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sunduğu “Fırsatlar” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin sunduğu “fırsatlar” boyutuna ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 34’te sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4,019$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %8,1’ini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 42. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Sunduğu Fırsatlar Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.856	0,304		12.701	0,000	
Kurum (Isparta)	0,164	0,072	0,105	2.284	0,023	1.244
Kurum (Yozgat)	-0,016	0,076	-0,01	-0,211	0,833	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	-0,011	0,07	-0,008	-0,162	0,871	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	-0,06	0,105	-0,027	-0,568	0,57	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,367	0,164	-0,099	-2.232	0,026	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	-0,075	0,1	-0,043	-0,755	0,451	1.919
Öğrenim (lisans)	0,002	0,085	0,001	0,024	0,98	2.080
Meslek (Hemşire)	-0,185	0,068	-0,128	-2.718	0,007	1.316
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,187	0,099	-0,082	-1.902	0,058	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,012	0,004	-0,149	-3.069	0,002	1.388
Kurumsal hizmet süresi	-0,073	0,071	-0,047	-1.030	0,304	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,039	0,013	0,132	3.098	0,002	1.083

$F=4,019$; $p<0,001$; $R^2=0,081$

Tablo 34'teki bulgular incelendiğinde; ankete cevap veren sağlık personelinin şehir hastanesi uygulamasının sunduğu fırsatlar konusundaki görüşlerinin şu an çalıştıkları şehir hastanesine, daha önceki çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetine, katılımcıların mesleklerine, toplam hizmet sürelerine ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşın, katılımcıların şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar konusundaki görüşlerinin daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, öğrenim durumlarına, yönetsel bir pozisyona sahip olmalarına ve kurumdaki hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir.

Modele ilişkin standardize beta katsayıları, sağlık personelinin şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla toplam hizmet süresinin etkisinin olduğunu, bu değişkeni KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi ile çalışanların mesleklerinin takip ettiğini göstermektedir.

Tablo 34'teki bulgular ayrıntılı incelendiğinde; Isparta Şehir Hastanesinde çalışanların Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara göre, daha önce sadece kamu sektöründe çalışanlar ile hem kamuda hem de özel sektörde çalışma deneyimi olanların sadece özel sektörde çalışmış olanlara göre ve KÖİ bilgi düzeyleri daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar konusunda daha olumlu görüşler ortaya koyarken, hemşire grubunda olan katılımcıların hekim ve diğer sağlık personeline göre, toplam hizmet süresi daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar konusunda daha olumsuz görüşler sundukları görülmektedir. Bu bulgulara göre; H2a, H2c, H2e, H2g ve H2ı hipotezleri kabul edilirken ($p<0,05$), H2b, H2d, H2f ve H2h hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.3. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Çalışanlar” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin “çalışanlar” üzerindeki etkileri konusundaki görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile

değerlendirilmiş ve Tablo 35'te sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=5,593$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %11'ini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 43. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Çalışanlar Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.576	0,334		10.715	0,000	
Kurum (Isparta)	0,341	0,079	0,194	4.303	<,001	1.244
Kurum (Yozgat)	-0,061	0,083	-0,033	-0,729	0,466	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	0,048	0,077	0,03	0,623	0,534	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	-0,11	0,115	-0,045	-0,957	0,339	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,153	0,181	-0,037	-0,847	0,397	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	-0,062	0,11	-0,031	-0,561	0,575	1.919
Öğrenim (lisans)	0,011	0,094	0,007	0,123	0,902	2.080
Meslek (Hemşire)	-0,328	0,075	-0,203	-4.377	<,001	1.316
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,196	0,108	-0,076	-1.811	0,071	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,002	0,004	-0,021	-0,432	0,666	1.388
Kurumsal hizmet süresi	-0,088	0,078	-0,051	-1.139	0,255	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,028	0,014	0,084	1.984	0,048	1.083

$F=5,593$; $p<0,001$; $R^2=0,110$

Tablo 35'teki bulgular incelendiğinde; ankete cevap veren sağlık personelinin şehir hastanesi uygulamasının çalışanlar üzerindeki etkileri konusundaki görüşlerinin şu an çalıştıkları şehir hastanesine, mesleklerine ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşın, katılımcıların şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkileri konusundaki görüşlerinin daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, daha önceki çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetine, öğrenim durumlarına, yönetmel bir pozisyona sahip olmalarına, toplam hizmet sürelerine ve kurumdaki hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir.

Modele ilişkin standardize beta katsayıları sağlık personelinin çalışanlar üzerindeki etkiler boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla çalışanların mesleklerinin etkili olduğunu, bu değişkeni sırasıyla şu an çalıştıkları şehir hastanesi ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi değişkenlerinin izlediğini göstermektedir.

Tablo 35'teki bulgular daha detaylı incelendiğinde; Isparta Şehir Hastanesinde çalışanların Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara göre ve KÖİ bilgi düzeyleri daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkisi konusunda daha olumlu görüşler sunduğu, buna karşın hemşire grubunda olan katılımcıların hekim ve diğer sağlık personeline göre, şehir hastanelerinin çalışanlar üzerinde daha olumsuz görüşler bildirdikleri tespit edilmiştir. Bu bulgulara göre; H3a, H3e ve H3i hipotezleri kabul edilirken ($p < 0,05$), H3b, H3c, H3d, H3f, H3g ve H3h hipotezleri ise reddedilmiştir ($p > 0,05$).

6.3.4. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine “Erişim” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin “sağlık hizmetlerine erişim” boyutu üzerindeki etkileri konusundaki görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 36'da sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4,302$; $p < 0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %8,7'sini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 44. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	4.418	0,368		12.016	0,000	
Kurum (Isparta)	0,208	0,087	0,109	2.386	0,017	1.244
Kurum (Yozgat)	-0,191	0,092	-0,094	-2.084	0,038	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	0,075	0,085	0,043	0,878	0,381	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	-0,064	0,127	-0,024	-0,505	0,614	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,222	0,199	-0,05	-1.119	0,264	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	0,049	0,121	0,023	0,408	0,683	1.919
Öğrenim (lisans)	0,099	0,103	0,057	0,963	0,336	2.080
Meslek (Hemşire)	-0,331	0,083	-0,188	-3.999	0	1.316
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,285	0,119	-0,102	-2.388	0,017	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,001	0,005	-0,012	-0,246	0,806	1.388
Kurumsal hizmet süresi	-0,135	0,086	-0,072	-1.582	0,114	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,045	0,015	0,125	2.921	0,004	1.083

F=4,302; p<0,001; R2=0,087

Tablo 36'daki bulgular incelendiğinde; ankete cevap veren sağlık personelinin şehir hastanesi uygulamasının sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri konusundaki görüşlerinin şu an çalıştıkları şehir hastanesine, katılımcıların mesleklerine, yönetmel bir pozisyona sahip olmalarına ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşın, katılımcıların şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri konusundaki görüşlerinin daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, daha önceki çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetine, öğrenim durumlarına, toplam hizmet sürelerine ve kurumdaki hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0.05$) görülmektedir.

Modele ilişkin standardize beta katsayıları, sağlık personelinin şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla katılımcıların mesleklerin etkisinin olduğunu, bu değişkeni KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi ile şu an çalıştıkları şehir hastanesi değişkenlerinin takip ettiğini göstermektedir.

Tablo 36'daki bulgular daha derinlemesine incelendiğinde; Isparta ve Yozgat şehir hastanesinde çalışanların Adana şehir hastanesinde çalışanlara göre şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu görülürken, hemşire grubunda olan katılımcıların görüşlerinin hekim ve diğer sağlık personeline göre daha olumsuz olduğu, yönetsel pozisyona sahip olanların olmayanlara göre ve KÖİ konusundaki bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre; H4a, H4e, H4f ve H4ı hipotezleri kabul edilirken ($p<0,05$), H4b, H4c, H4d, H4g ve H4h hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.5. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Şeffaflık” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin “şeffaflık” boyutu üzerindeki etkilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 37'de sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=2,128$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %4,5'ini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 45. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Şeffaflık Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.387	0,344		9.846	0,000	
Kurum (Isparta)	0,085	0,082	0,049	1.044	0,297	1.244
Kurum (Yozgat)	0,16	0,086	0,086	1.873	0,062	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	-0,022	0,08	-0,014	-0,271	0,786	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	-0,151	0,119	-0,062	-1.274	0,203	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,172	0,186	-0,042	-0,925	0,355	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	0,192	0,113	0,099	1.701	0,089	1.919
Öğrenim (lisans)	0,151	0,096	0,095	1.567	0,118	2.080
Meslek (Hemşire)	-0,144	0,077	-0,09	-1.864	0,063	1.316
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,258	0,112	-0,101	-2.312	0,021	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,003	0,005	-0,031	-0,62	0,536	1.388
Kurumsal hizmet süresi	-0,148	0,08	-0,087	-1.853	0,064	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,029	0,014	0,087	1.990	0,047	1.083

F=2,128; p<0,001; R2=0,045

Tablo 37'deki bulgular incelendiğinde; ankete cevap veren sağlık personelinin şehir hastanesi uygulamasının şeffaflığı konusundaki görüşlerinin katılımcıların yönetsel bir pozisyona sahip olmalarına ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşın, katılımcıların şehir hastanelerinin şeffaflığı konusundaki görüşlerinin şu an çalıştıkları şehir hastanesine, daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, daha önceki çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetine, öğrenim durumlarına, mesleklerine, toplam hizmet sürelerine ve kurumdaki hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0.05$) görülmektedir.

Modele ilişkin standardize beta katsayıları, sağlık personelinin şehir hastanelerinin şeffaflığı boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla katılımcıların yönetsel bir pozisyona sahip olmalarının etkisinin olduğunu, bu değişkeni katılımcıların öğrenim durumları ve meslekleri değişkenlerinin izlediğini göstermektedir.

Tablo 37’deki bulgular daha detaylı incelendiğinde; yönetsel pozisyona sahip olanların olmayanlara göre ve KÖİ konusundaki bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin şeffaflığı konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre; H4f ve H4ı hipotezleri kabul edilirken ($p<0,05$), H4a, H4b, H4c, H4d, H4e, H4g ve H4h hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.6. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin Oluşturduğu “Riskler” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin oluşturduğu “riskler” konusundaki görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 38’de sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=3,970$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %8,1’ini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 46. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Oluşturduğu Riskler Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.632	0,278		13.088	0,000	
Kurum (Isparta)	-0,069	0,066	-0,048	-1.051	0,294	1.244
Kurum (Yozgat)	-0,221	0,069	-0,145	-3.194	0,001	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	0,005	0,064	0,004	0,083	0,934	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	0,131	0,096	0,065	1.372	0,17	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,006	0,15	-0,002	-0,041	0,967	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	-0,104	0,091	-0,065	-1.142	0,254	1.919
Öğrenim (lisans)	-0,191	0,078	-0,146	-2.459	0,014	2.080
Meslek (Hemşire)	0,057	0,062	0,043	0,907	0,365	1.316
Yönetsel pozisyonu (Var)	-0,059	0,09	-0,028	-0,658	0,511	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,004	0,004	-0,054	-1.119	0,264	1.388
Kurumsal hizmet süresi	0,022	0,065	0,015	0,336	0,737	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,043	0,012	0,158	3.687	0,000	1.083

$F=3,970$; $p<0,001$; $R^2=0,081$

Tablo 38'deki modele göre; araştırmaya katılan sağlık personelinin şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutu üzerine etkisi ile ilgili görüşlerinin personelin hali hazırda çalıştıkları hastaneye, öğrenim durumlarına ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre anlamlı farklılık ($p<0,05$) gösterdiği görülmektedir. Modele ilişkin standardize beta katsayıları sağlık personelinin şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinin etkili olduğunu, bunu sırasıyla katılımcıların öğrenim durumunun ve daha önce çalışılan kurum türü değişkenlerinin izlediğini göstermektedir.

Tablo 38'deki bulgular ayrıntılı incelendiğinde; katılımcılardan şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutu ile ilgili olarak Yozgat Şehir Hastanesinde çalışanların Isparta ve Adana şehir hastanesinde çalışanlara göre, KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre daha olumlu görüşe sahip oldukları görülürken, katılımcılardan öğrenim düzeyi lisans düzeyinde olanların diğer düzeylere (lise, ön lisans ve lisans üstü) göre daha olumsuz görüşe sahip oldukları görülmektedir.

Öte yandan, sağlık personelinin şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler ile ilgili değerlendirmelerinin daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, daha önce çalıştıkları kurumun mülkiyetine, mesleklerine, yönetsel pozisyonlarına, toplam hizmet sürelerine ve kurumdaki hizmet sürelerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgiler ışığında H6a, H6d ve H6ı hipotezleri kabul edilirken ($p<0,05$), H6b, H6c, H6e, H6f, H6g ve H6h hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.7. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinin “Yönetim” Boyutu Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin “yönetim” boyutu üzerindeki etkilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 39'da sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı

olduğu ($F=1,819$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %3,9'unu açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 47. Katılımcıların Şehir Hastanelerinin Yönetimi Boyutu Üzerindeki Görüşlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.280	0,213		15.376	0,000	
Kurum (Isparta)	0,114	0,051	0,106	2.252	0,025	1.244
Kurum (Yozgat)	-0,014	0,053	-0,012	-0,262	0,793	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	-0,076	0,049	-0,077	-1.534	0,126	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	-0,17	0,074	-0,113	-2.313	0,021	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,138	0,115	-0,055	-1.198	0,231	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	0,125	0,07	0,104	1.789	0,074	1.919
Öğrenim (lisans)	0,078	0,06	0,079	1.307	0,192	2.080
Meslek (Hemşire)	-0,082	0,048	-0,082	-1.706	0,089	1.316
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,126	0,069	-0,08	-1.823	0,069	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,002	0,003	-0,029	-0,595	0,552	1.388
Kurumsal hizmet süresi	-0,032	0,05	-0,03	-0,639	0,523	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	-0,003	0,009	-0,016	-0,362	0,717	1.083

$F=1,819$; $p<0,001$; $R^2=0,039$

Tablo 39'daki bulgular incelendiğinde; ankete cevap veren sağlık personelinin şehir hastanelerinin yönetimi konusundaki görüşlerinin şu an çalıştıkları şehir hastanesine ve daha önceki çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşıt olarak, katılımcıların şehir hastanelerinin yönetimi konusundaki görüşlerinin daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, öğrenim durumlarına, mesleklerine, yönetmel bir pozisyona sahip olmalarına, toplam hizmet sürelerine, kurumdaki hizmet sürelerine göre ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediğı ($p>0,05$) görülmektedir.

Modele ilişkin standardize beta katsayıları, sağlık personelinin şehir hastanelerinin yönetimi boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla daha önce çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyeti değişkeninin etkisinin olduğunu, bunu takiben ise şu an çalıştıkları

şehir hastanesi ve çalışanların öğrenim durumlarının etkisinin bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 39'daki yer alan bulgular derinlemesine incelendiğinde; Isparta Şehir Hastanesinde çalışanların Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara göre daha olumlu görüşler ortaya koyarken, daha önce hem kamu hem de özel sektörde çalışma deneyimi olanlar sadece özel sektörde ve sadece kamu sektöründe çalışmış olanlara göre şehir hastanelerinin yönetimi boyutu ile ilgili daha olumsuz görüşler sundukları görülmektedir. Bu bulgulara göre; H7a ve H7c hipotezleri kabul edilirken ($p < 0,05$), H7b, H7d, H7e, H7f, H7g, H7h ve H7ı hipotezleri ise reddedilmiştir ($p > 0,05$).

6.3.8. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine” İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinde “çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine” ilişkin önerilerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 40'ta sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=2,332$; $p < 0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %4,9'unu açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 48. Katılımcıların Şehir Hastanelerinde Çalışanlar Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	3.563	0,265		13.439	0,000	
Kurum (Isparta)	-0,048	0,063	-0,035	-0,756	0,45	1.244
Kurum (Yozgat)	0,035	0,066	0,024	0,531	0,595	1.214
Daha önce çalıştığı kurum (2 & 3. Basamak)	0,034	0,061	0,028	0,553	0,581	1.422
Daha önce çalıştığı kurum (Kamu ve özel)	0,081	0,091	0,043	0,881	0,378	1.340
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	0,244	0,143	0,077	1.704	0,089	1.175
Öğrenim (Lise & önlisans)	0,191	0,087	0,127	2.192	0,029	1.919
Öğrenim (lisans)	0,065	0,074	0,052	0,869	0,385	2.080
Meslek (Hemşire)	0,158	0,06	0,127	2.647	0,008	1.316
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,036	0,086	-0,018	-0,422	0,673	1.088
Toplam hizmet süresi	-0,004	0,003	-0,054	-1.096	0,274	1.388
Kurumsal hizmet süresi	0,067	0,062	0,05	1.082	0,28	1.243
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,009	0,011	0,037	0,846	0,398	1.083

F=2,332; p<0,001; R²=0,049

Tablo 40'teki modele göre; araştırmaya katılan sağlık personelinin şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin önerilerinin öğrenim durumlarına göre ve mesleklerine göre anlamlı farklılık (p<0,05) gösterdiği görülmektedir. Modele ilişkin standardize beta katsayıları sağlık personelinin şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesi boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla öğrenim durumlarının ve mesleklerinin, bunları takiben ise daha önce çalıştıkları kurumun mülkiyetinin etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 40'teki bulgular ayrıntılı incelendiğinde; şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere katılım düzeyleri açısından öğrenim düzeyi lise ve önlisans olan katılımcılar, diğer öğrenim gruplarına (lisans, lisans üstü) ve hemşireler ise hekim ve diğer sağlık personeline göre farklılık ortaya koymakta ve bu gruplar bu yöndeki önerilere diğer gruplara göre daha fazla katılım göstermektedirler.

Diğer yandan, sağlık personelinin şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik değerlendirmelerinin personelin hali hazırda çalıştıkları hastaneye (Isparta, Adana ve Yozgat Şehir Hastanesi), daha önce çalıştıkları hizmet basamağına, öğrenim düzeylerine, yönetsel pozisyonlarına, toplam hizmet sürelerine, kurumdaki hizmet sürelerine ve ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgulara göre; H8d ve H8e hipotezleri kabul edilirken ($p<0,05$), H8a H8b, H8c, H8f, H8g, H8h ve H8ı hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.9. Katılımcıların, Şehir Hastanelerinde “Denetim ve İşbirliği” Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinde “denetim ve işbirliği” boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin önerilerini etkileyen faktörler çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve Tablo 41’de sunulmuştur. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=1,817$; $p<0,05$) ve modele anlamlı katkısı olan değişkenlerin toplam varyansın %3,5’ini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 49. Katılımcıların Şehir Hastanelerinde Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
(Sabit)	4.131	0,23		17.973	0,000	
Kurum (Isparta)	-0,008	0,054	-0,007	-0,145	0,885	1.222
Kurum (Yozgat)	-0,044	0,057	-0,036	-0,77	0,441	1.212
Daha önce çalıştığı kurum (1. Basamak)	-0,262	0,116	-0,096	-2.255	0,025	1.019
Daha önce çalıştığı kurum (Özel)	-0,003	0,118	-0,001	-0,024	0,981	1.050
Öğrenim (Lise & önlisans)	-0,05	0,076	-0,039	-0,662	0,508	1.918
Öğrenim (lisans)	-0,026	0,065	-0,024	-0,395	0,693	2.080

Tablo 50. Katılımcıların Şehir Hastanelerinde Denetim ve İşbirliği Boyutunda Yaşanan Sorunların Giderilmesine İlişkin Önerilerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular (Devam)

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Meslek (Hemşire)	-0,097	0,052	-0,09	-1.876	0,061	1.303
Yönetmel pozisyonu (Var)	-0,028	0,075	-0,017	-0,377	0,706	1.084
Toplam hizmet süresi	0,002	0,003	0,036	0,732	0,465	1.380
Kurumsal hizmet süresi	0,036	0,054	0,031	0,67	0,503	1.240
KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi	0,018	0,01	0,08	1.840	0,066	1.081

F=1,817; p<0,001; R2=0,035

Tablo 41'deki bulgular incelendiğinde; ankete cevap veren sağlık personelinin şehir hastanelerinin denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin önerilerinin daha önce çalıştıkları hizmet basamağına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşın, katılımcıların şehir hastanelerinin denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesi boyutuna ilişkin görüşlerinin şu an çalıştıkları şehir hastanesine, daha önceki çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetine, öğrenim durumlarına, katılımcıların mesleklerine, yönetmel bir pozisyona sahip olmalarına, toplam hizmet sürelerine, kurumdaki hizmet sürelerine ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir.

Modele ilişkin standardize beta katsayıları, sağlık personelinin şehir hastanelerinin denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesi boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla daha önce çalıştıkları hizmet basamağının etkisinin olduğunu, bu değişkeni katılımcıların mesleklerinin ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinin takip ettiğini göstermektedir.

Tablo 41'deki bulgular ayrıntılı incelendiğinde; daha önce 1. Basamak sağlık kuruluşlarında çalışan katılımcıların denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilerinin 2 ve 3. Basamak kuruluşlarda çalışanlardan farklı

olduğu, diğer değişkenlerin ise katılımcıların denetim ve işbirliği ile ilgili sorunların cözümüne ilişkin önerilere katılımlarını etkilemediği; daha önce sadece 1. Basamakta calışmış katılımcıların önerilere katılımlarınının 2. ve 3. basamakta calışmış olanlardan daha düşük olduğu görölmektedir. Bu bulgulara göre; H9b hipotezi kabul edilirken ($p<0,05$), H9a, H9c, H9d, H9e, H9f, H9g, H9h ve H9ı hipotezleri ise reddedilmiştir ($p>0,05$).

6.3.10. Katılımcıların, şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Diğer Görüş ve Önerileri

Katılımcılara uygulanan anket formunun son bölümünde, katılımcıların şehir hastanelerine yönelik olumlu, olumsuz ve diğer görüş-önerilerini belirlemek amacıyla 3 adet açık uçlu soru yöneltilmiştir. Bu sorular kapsamında elde edilen bulgular Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 51. Katılımcıların, Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Diğer Görüş ve Önerileri

	Olumlu Görüşler	Sayı
<i>Fiziki şartlar ile ilgili olumlu görüşler</i>		
1	Şehir hastanelerinin temiz, ferah ve geniş bir fiziki yapıya sahip olması	20
2	Hasta konforunun ön planda olması ve modern hasta odalarına sahip olması	16
3	Çalışanlar ve hastalar için yeterli düzeyde otopark alanının bulunması	15
4	Muayene alanlarının geniş ve ferah olması	15
5	Şehir hastanelerinin hastalar ve çalışanlar için daha iyi şartlar sunması	12
6	Şehir hastanelerinde çalışma ortamının mevcut devlet hastanelerine göre daha iyi olması	12
7	Şehir hastanelerinin modern ve yeni mimari yapıya sahip olması	9
8	Afet anında kullanılabilir toplanma alanının bulunması	6
9	Hastane binasının depreme dayanıklı olması	6
<i>Sağladığı avantajlar ile ilgili olumlu görüşler</i>		
1	Teknolojik teşhis ve tedavi imkanları açısından yüksek bir kapasiteye sahip olması	18
2	Sarf malzemelerinin iyi ve yeterli düzeyde olması	15
3	Yardım masasının, tüm işlemler için tek numara üzerinden çözüm odaklı hizmetler vermesi	8
Olumsuz Görüşler		
<i>Fiziki şartlar ile ilgili olumsuz görüşler</i>		
1	Hastane binasının çok büyük ve oldukça fazla atıl alan mevcut olması	26
2	Sağlık çalışanları için dinlenme odaları ve dolap, duş, yatak vb. imkanların yetersiz düzeyde olması	24
3	Hastaneye şehir merkezinden ulaşım imkanlarının (metro, otobüs, dolmuş) yetersiz olması	22
4	Hastane binasının çok büyük olması nedeniyle hastane içerisinde ulaşımın zor ve yorucu olması	20
5	Hastane binaları çok büyük olduğu için kurum içi iletişimin yeterli düzeyde gerçekleştirilememesi	18
6	Havalandırma ve klima sisteminin yetersiz olması	14
7	Koridorlarda yönlendirme tabelalarının yetersiz olması	12
<i>Personel durumu ile ilgili olumsuz görüşler</i>		
1	Sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması	34
2	Döner sermaye dağıtımında dengesizliklerin bulunması	32
3	Personelin iş yükünün fazla olması	30
4	Destek personeli sayısının yetersiz olması	26
5	Klinik ve polikliniklerde tıbbi sekreter bulunmaması	21
6	Personel yemeklerinin kalitesinin yeterli düzeyde olmaması	16
7	Destek personeline ulaşma süresinin çok uzun olması	15
<i>Genel işleviş ile ilgili olumsuz görüşler</i>		
1	Hastaneye ve kliniklere girişler açısından güvenlik önlemleri ve denetimlerin yeterli olmaması	14
2	Kamu özel işbirliği modelinin hastanelerin yönetiminde çift başlılık meydana getirmesi	14
3	Bilgi işlem sisteminin yetersiz olması	12
4	Asistan eğitimine yeterli önemin verilmemesi	9

Tablo 52. Katılımcıların, Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Diğer Görüş ve Önerileri (Devam)

Öneriler		
<i>Personel ile ilgili öneriler</i>		
1	Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı artırılmalıdır	34
2	Çalışanların motive olması için döner sermaye ödemelerindeki farklılıklar kaldırılmalı ve özellikle hekim dışı sağlık personelinin döner sermayeleri artırılmalıdır.	31
3	Sağlık personeli açığını kapatmak amacıyla sözleşmeli veya ücretli personel istihdamı yapılmalıdır.	14
<i>Fiziki şartlar ile ilgili öneriler</i>		
1	Hastane yatak kapasitesi en fazla 500 olmalıdır.	8
2	Şehir hastanelerinin yanında konaklama imkanı sağlayacak oteller açılmalıdır.	6
3	Özellikle kadın doğum ve çocuk servislerinde yatak kapasitesi artırılmalıdır.	5
<i>Genel işleyiş ile ilgili öneriler</i>		
1	Tıbbi sekreterlerin çalışma sahaları genişletilerek polikliniklerde, yoğun bakımlarda ve kliniklerde hasta dosyaları kayıtlarında ve diğer tıbbi işlem kayıtlarında görevlendirilmeleri sağlanmalıdır.	19
2	Çalışanların yönetime ulaşabilmeleri ve görüşlerini aktarabilmeleri için politikalar ve mekanizmalar geliştirilmelidir.	16
3	Özel sektör çalışanları daha sıkı denetlenmelidir.	15
4	Refakatçilerin hastane içindeki hareketliliğini kontrol edebilmek için birimler arasında kartlı geçiş sistemi uygulanmalıdır.	14
5	Hasta taşıma personeli her klinik katında bulunmalıdır.	13
6	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için her katta bir güvenlik görevlisi bulundurulmalıdır.	13
7	Şehir hastaneleri tamamen devlete devredilmelidir.	9
8	Şehir hastanesi uygulamasında hizmet sunumunun kamu tarafından yapıldığının vatandaşlara daha ayrıntılı olarak anlatılması gerekmektedir	8
<i>Sosyal imkanlar ile ilgili öneriler</i>		
1	Şehir hastanelerinde çalışanlar için kreş açılmalıdır.	34
2	Personelin şehir hastanesine ulaşımını kolaylaştırmak için servis hizmeti sağlanmalıdır.	28
3	Personel motivasyonunu yükseltmek için sosyal aktivitelerin artırılması sağlanmalıdır.	20
<i>Sağlık turizmi ile ilgili öneriler</i>		
1	Sağlık turizminde istenen başarının yakalanabilmesi için bu alana ayrılmış olan yatak sayısı artırılmalıdır.	6
2	Şehir hastanelerinde ve dolayısı ile ülkemizde sağlık turizmi konseptinin geliştirilmesi için yabancı hastalara hizmet veren hekimlere ilave ödeme yapılması sağlanmalıdır.	6

Anket formunun son bölümünde, katılımcıların şehir hastanelerine yönelik olumlu, olumsuz ve diğer görüş ve önerilerini belirlemek amacıyla sorulan 3 adet açık uçlu soruya verdikleri cevaplar incelendiğinde; şehir hastanelerinin sahip olduğu fiziki şartlar, personel durumu, genel işleyiş mekanizması, personele sağlanan sosyal imkanlar ve şehir hastanelerinin sağlık turizmi kapsamında sunabilecekleri hizmetler ile ilgili çeşitli olumlu ve olumsuz görüşler bildirdikleri ve önerilerde buldukları görülmektedir. Şehir

hastanelerinin yeni fiziki yapılara sahip olması, temizlik ve ferahlık gibi unsurlar ile tıbbi cihaz ve ekipman açısından yüksek teknolojik kapasiteye sahip olması en sık dile getirilen olumlu görüşlerdir. Sağlık ve destek personeli sayısındaki yetersizlik, döner sermaye ödemelerindeki dengesizlikler, personelin iş yükünün fazla olması ve hastane binasının oldukça büyük olması gibi hususlar ise olumsuz görüşler arasında en sık karşılaşılandır. Katılımcılar tarafından en sık dile getirilen öneriler ise; personel sayısının artırılması, çalışanlar için hastane bünyesinde kreş hizmetinin verilmesi, döner sermaye ödemelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılarak özellikle hekim dışı sağlık personelinin döner sermayelerinin artırılması ve çalışanların hastaneye ulaşımını kolaylaştırmak için personel servis hizmetinin sağlanmasıdır.

6.4. Kalitatif Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular

Kalitatif görüşmeler, araştırma kapsamındaki Adana, Isparta ve Yozgat şehir hastanelerinde çalışmakta olan yönetici, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinde oluşan 40 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmiş ve katılımcılardan beş başlık halinde önceki dönem ile kıyaslandığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, şehir hastanelerinin güçlü ve zayıf yönleri, şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar ve çözüm önerilerinin neler olduğuna dair açık uçlu sorulara cevap alınmıştır. 5 adet açık uçlu sorunun değerlendirilmesinde nitel değerlendirme yöntemlerinden olan betimsel ve içerik analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Katılımcılardan alınan tüm cevaplar Microsoft Excel ortamında oluşturulan tablolara işlenerek, her bir soru için verilen cevaplar toplu halde listelenmiştir. Devamında, cevaplar araştırmacı tarafından değerlendirilerek kodlar oluşturulmuş ve bu kodlara ait frekanslar belirlenmiştir. Betimsel analiz aşamasında, katılımcılardan açık uçlu sorulara yönelik alınan cevapların doğal hali bozulmadan (bir düzenleme ve ilave olmadan) verilmeye çalışılmıştır. Aşağıda bu başlıklar altında katılımcıların verdiği cevaplar gruplanarak sunulmaktadır:

Şehir hastanelerinin, katılımcılar tarafından önceki dönem ile kıyaslandığında nasıl değerlendirildiği hakkındaki düşünceleri belirlemek için yöneltilen “Önceki dönem ile kıyaslandığında şehir hastanelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 82 cevap ve 21 farklı kod elde edilmiştir (Tablo 43). Katılımcıların

en sık verdiği cevap “Fiziksel ve teknik imkanlar açısından önceki dönemdeki hastanelere göre daha iyi durumdadır” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, “Eski hastanelerdeki kargaşa kalabalık ve yoğunluk daha aza inmiştir. Poliklinikler, servisler ve ameliyathaneler düzenli yerleştirildiği için gereksiz kalabalığın önüne geçilmiştir” ifadesi ve “Daha fazla iş yükü vardır” ifadeleri izlemiştir. Elde edilen cevaplar, genel olarak literatürdeki bulgular ile paralellik göstermektedir. Daha modern ve yeni binalarda sağlık hizmeti sunuluyor olmasının hastalar açısından olumlu bir durum olduğu değerlendirilirken, sağlık personelinin daha fazla iş yüküne maruz kalması, hastanelere ulaşım esnasında yaşanan güçlükler, yeni sistemin daha maliyetli olduğu gibi konular literatürde elde edilen bulgular ile bu araştırmadan elde edilen bulguların benzer yönlerini teşkil etmektedir.

Tablo 53. Önceki Dönem ile Kıyaslandığında Şehir Hastanelerine İlişkin Görüşler

Sayı	Kodlar	Sıklık
1	Fiziksel ve teknik imkanlar açısından önceki dönemdeki hastanelere göre daha iyi durumdadır.	10
2	Eski hastanelerdeki kargaşa kalabalık ve yoğunluk daha aza inmiştir. Poliklinikler, servisler ve ameliyathaneler düzenli yerleştirildiği için gereksiz kalabalığın önüne geçilmiştir.	9
3	Daha fazla iş yükü vardır.	8
4	Mevcut sağlık sistemini çok daha masraflı hale getirmektedir.	7
5	Binalar oldukça büyüktür.	7
6	Ulaşım açısından sorunlar vardır.	6
7	Hasta konforu, hasta yönlendirmeleri, bekleme salonları, hasta bilgilendirme ekranlarının çokluğu, hasta müracaat sıralarının çok olması birer avantajdır.	5
8	Çalışan personel açısından hem maddi getirileri daha az hem de çalışma açısından yıpratıcıdır.	5
9	Çamaşırhane, yemekhane gibi sunulan hizmetler açısından çok daha iyi durumdadır.	4
10	Daha fazla branşta hekim barındırmaktadır.	3
11	Kamu kaynaklarının kullanılmasının yanı sıra özel sektörün katılımı ile deneyim ve bilgi birikiminden yararlanarak kamu hastanelerinin hizmetlerinin kalite ve kapasitesi artırılmaktadır.	3
12	Ülke genelinde hizmet standardizasyonu sağlanarak, vatandaşımızın eşit ve adil bir şekilde, aynı koşullarda yüksek kalitede sunulan tıbbi hizmetlerden yararlanma imkanı sağlanmaktadır.	2
13	Binalarda havalandırma ile ilgili sorunlar mevcuttur, çalışanlar güneş ışığından mahrum kalmaktadırlar.	2
14	Tıbbi tetkikler için kısa sürede randevu verilebilmektedir.	2
15	Hem sağlık çalışanları hem de hastalar için daha ferah olması en göze çarpan yeniliktir.	2
16	Yönetim süreçleri net değildir.	2
17	Mevcut hastaneler yeterliydi şehir hastanelerine gerek yoktur.	1

Tablo 54. Önceki Dönem ile Kıyaslandığında Şehir Hastanelerine İlişkin Görüşler (Devam)

18	Bu denli büyük ölçekli yatak sayısına sahip bir hastane yerine belki farklı kimlik ve misyonlarda 500-600 yatağı geçmeyecek birkaç hastanenin şehre daha homojen yayılarak hizmet vermesi daha uygun olabilirdi.	1
19	Yalnızca tedaviye değil insani ihtiyaçlara da odaklıdır.	1
20	Hastalar açısından dışarıdan bakıldığında binalar büyük ve gösterişli olabilir ama işleyiş mantığı araştırıldığında aslında kocaman binaların içinde kocaman kaos ortamları vardır.	1
21	Hem primer hem de tersiyer sağlık hizmeti vermektedir. Bu durumun ayrıştırılması, hastanenin, eğitim araştırma hastanesi kimliğine tam olarak bürünmesi ve daha uzun yatış süreli daha kompleks hastalara hitap edebilecek bir düzeyde değerlendirilmesi gerekir.	1
Toplam		82

Aşağıda çalışmaya katılmış olan bazı sağlık personelinin önceki dönemle kıyaslandığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdiklerine dair görüşler sıralanmıştır:

Bir uzman hekim; önceki dönemdeki hastanelere göre şehir hastanelerini şöyle değerlendirmiştir: *“Çok güzel olduğunu düşünüyorum. Hastanenin fiziki şartları, temizliği, hasta yönlendirmeleri, bekleme salonları, hasta bilgilendirme ekranlarının çokluğu, hasta müracaat sıralarının çok olmasını artı bir avantaj olarak değerlendiriyorum.”*

Bir yönetici ise; *“Gerek bina olarak gerek mekan olarak ve gerekse teknolojik imkanlar ve hizmet kalitesi olarak çok güzel buluyorum.”* şeklinde bir değerlendirme yapmıştır.

Bir hemşire; *“Önceki dönemdeki hastanelerle kıyasladığımızda sadece fiziki durum iyi. Hastaların ve çalışanların şikayetleri ise oldukça fazla. Bana göre çalışma şartları çok kötü. Oksijen alamıyoruz, havasız kalıyoruz, güneş yüzü göremeden dört duvar arasında sıkışıyoruz”* şeklinde önceki döneme göre şehir hastanelerini değerlendirmiştir.

Şehir hastanelerinin, katılımcılar tarafından güçlü yönlerinin neler olduğu hakkındaki düşünceleri belirlemek için yöneltilen “Sizce şehir hastanelerinin güçlü yönleri nelerdir?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 64 cevap ve 19 farklı kod elde edilmiştir (Tablo 44). Katılımcıların en sık verdiği cevap “Kısa sürede modern bir sağlık tesisinin

hayata geçirilmiş olması” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, “Daha kaliteli hizmet verilmesi” ifadesi ve “Hasta sevklerinin azalması” ifadeleri izlemiştir.

Tablo 55. Şehir Hastanelerinin Güçlü Yönlerine İlişkin Görüşler

Sayı	Kodlar	Sıklık
1	Kısa sürede modern bir sağlık tesisinin hayata geçirilmiş olması.	9
2	Daha kaliteli hizmet verilmesi.	8
3	Hasta sevklerinin azalması.	8
4	Hasta memnuniyetinin artması.	7
5	Devlet hastanesinde yapılamayan tıbbi işlemlerin şehir hastanelerinde yapılabilmesi.	5
6	Hasta odalarının en fazla iki kişilik olması, asansörlerin ayrı ve fazla sayıda olması, temizlik elemanlarının ve diğer hizmet alım personelinin disiplinli çalışmaları.	5
7	Firma tarafından karşılanan hizmetlerden dolayı (temizlik, çamaşırhane vb) hasta ve çalışanların memnuniyetinin artması.	3
8	Özel hastane imkanlarının kamuda sunulması.	3
9	Üst düzey cihaz ve teknolojiler sayesinde erken tanı ve teşhis imkânları ile hastalara daha etkin tedavi imkanı sunulması.	3
10	Tüm hastane yataklarının nitelikli yatak haline gelmesi.	2
11	Hastane enfeksiyonları azalması ve hasta güvenliği seviyesinin yükseltilmesi.	2
12	Bütün hizmetlerin aynı anda tek merkezde sunulabilmesi.	2
13	Hastalan girişte karşılayan ve her türlü soru ve taleplerine cevap veren güler yüzlü resepsiyon ve hasta yönlendirme personeli, talep eden hastalar için ihtiyaç durumunda hastane içerisinde tıbbi işlemleri yapılırken refakat eden refakat personeli ve transferini sağlayan hasta taşıma personeli ile hastaların tüm süreçlerini kolaylaştıran bir hizmet sunulması.	1
14	Kurumsal bir kimliği olması.	1
15	Büyük bir sağlık kompleksi olması mesafeleri biraz uzatmış olsa da tüm branşların bir çatı altında olması.	1
16	Suyun yeniden kullanılması, akıllı bina otomasyonları gibi üstün teknik özellikleri sayesinde enerji tasarrufu sağlanması.	1
17	Dijital hastane hedefine doğru hızla ilerleyerek, insanımızın tıbbi hizmetlerden en efektif şekilde faydalanması ve bu esnada bilgi güvenliğinin artırılmasının sağlanması.	1
18	Yatış süresince ihtiyaç halinde hastaların kıyafetlerinin hastane çamaşırhanesinde ücretsiz olarak yıkanması.	1
19	Yatırımların finansmanının temini özel sektör tarafından sağlanmakta böylece kısa vadede bütçe üzerindeki mali yükün azaltılması.	1
Toplam		64

Aşağıda bazı katılımcıların şehir hastanelerinin güçlü yönlerine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir:

Bir hekim şehir hastanelerinin güçlü yönlerini; *“Hastalara sunulan poliklinik hizmetlerinde belirgin bir kalite artışı olmuştur. Poliklinik bekleme süresi, MR BT bekleme süreleri azalmıştır. İl dışı sevkler azalmış, doktor branş sayısı artmıştır.”* şeklinde değerlendirmiştir.

Başka bir hekim ise görüşlerini; *“Yerleşim planının iyi yapılması daha rahat çalışma ortamı yaratıyor. Geniş ameliyathanelerde teknolojiye uygun cihaz ve tıbbi aletler daha rahat ve verimli çalışmaya olanak sağlıyor. Kliniklerde hasta odalarının ferah geniş ve özellikle tek kişilik olması hastaları memnun ediyor ve bizlerle daha iyi iletişim kurulmasını sağlıyor”* şeklinde sıralamıştır.

Bir hemşire tarafından güçlü yönler; *“Kocaman bir binanın varlığıdır”* ifadesi ile belirtilmiştir.

Bir sağlık memuru, şehir hastanelerinin güçlü yönleri hakkında *“Özel hastane imkanlarının kamuda sunulması. Bütün tıbbi birimlerin tek kampüste erişilebilir olması”* şeklinde bir değerlendirme yapmıştır.

Şehir hastanelerinin, katılımcılar tarafından zayıf yönlerinin neler olduğu hakkındaki düşünceleri belirlemek için yöneltilen *“Sizce şehir hastanelerinin zayıf yönleri nelerdir?”* sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 108 cevap ve 26 farklı kod elde edilmiştir (Tablo 45). Katılımcıların en sık verdiği cevap *“Başta doktor ve sağlık çalışanları olmak üzere tüm hizmet birimlerinde personel açığı bulunması”* ifadesi olmuştur. Bunu takiben, *“KÖİ yönteminin henüz tam oturmamış olması nedeniyle işletimde zorlukların ortaya çıkması”* ifadesi ve *“Polikliniklerde sekreter olmaması nedeniyle sekretersiz çalışmanın hekimler açısından iş gücü kaybına neden olması”* ifadeleri izlemiştir.

Tablo 56. Şehir Hastanelerinin Zayıf Yönlerine İlişkin Görüşler

Sayı	Kodlar	Sıklık
1	Başta doktor ve sağlık çalışanları olmak üzere tüm hizmet birimlerinde personel açığı bulunması.	13
2	KÖİ yönteminin henüz tam oturmamış olması nedeniyle işletimde zorlukların ortaya çıkması.	11
3	Polikliniklerde sekreter olmaması nedeniyle sekretersiz çalışmanın hekimler açısından iş gücü kaybına neden olması.	9
4	Çalışanlar açısından maddi manevi kayıplar olması	8
5	Personelin birbiri ile sosyal ilişkilerinin büyüklükle orantılı olarak zayıflaması.	7
6	HBYS sisteminin oldukça yavaş çalışması.	7
7	Poliklinik odalarında pencere bulunmaması.	6
8	Personel için yeterli sayıda ve nitelikte dinlenme odası bulunmaması.	6
9	Havalandırma sisteminin yetersizliği.	6
10	Firma tarafı ile devlet tarafının görev tanımlarının, sınırlarının belirsiz oluşu.	5
11	Çok fazla gereksiz boş alan olması sebebi ile birimlerin birbirinden oldukça uzak olması.	4
12	Merkezi Yardım Masasının herhangi bir nedenle arandığında, sorunu yanlış yönetmesinden dolayı özellikle acil durumlarda zaman kaybı yaşanması.	3
13	Hastane giderlerinin oldukça artması.	3
14	Çok geniş ve dikey yapılanma olduğu içi çalışan ve vatandaş açısından istediği yere gitmenin ve ulaşmanın zor ve zaman alıcı olması.	3
15	İşletmenin zor durumlarda kalmaması açısından sözleşmelerin minimum hata ile hazırlanmasının gerekmesi ayrıca sözleşmelerde yoruma açık alanların bulunması.	2
16	İşleyiş sisteminin personelin alışık olmadığı bir tarzda olması.	2
17	Profesyonel yönetilmemesi	2
18	KÖİ uygulaması olması sebebiyle tıbbi malzeme ve özellikle tıbbi cihaz satın alımlarında ciddi zorluklar hatta imkansızlıklar bulunması.	2
19	Kamu ve özel personelin birlikte çalışmaya yeterince hazır olmaması.	2
20	Sağlık hizmeti yerine hastalık hizmeti veriliyor olması	1
21	LPG'li araçlar için otopark sıkıntısının bulunması	1
22	Yatak sayısının çok fazla olması	1
23	Emzirme odalarının çok küçük ve az olması, bazı birimlerin planda yer almaması ve sonradan uygun olmayan bir şekilde eklenmiş olması.	1
24	Hasta temelli, mesai kavramının hasta lehine esnek olabildiği bir anlayıştan, müşteri temelli, özel sektör ve profesyonel yaklaşıma doğru bir gidişata çanak tutan hastane yönetim şeklinin mevcudiyeti.	1
25	Servislerin ve bölümlerin hastane standardına uygun yapılmadığı tespit edildiğinde gerekli değişikliklerin yapılması, inşaat işleri ile ilgili izinlerin alınması, onaylanması süreçlerinin oldukça uzun zaman alması.	1
26	Klinikte beğenilmeyen bir cihazla çalışmak zorunda kalınabilmesi.	1
Toplam		108

Şehir hastanelerinin zayıf yönlerinin neler olduğu sorusuna farklı meslek gruplarından katılımcıların vermiş olduğu bazı cevaplar şöyle ifade edilmiştir:

Bir hekim şehir hastanelerinin zayıf yönlerini “*Şehir hastanelerinin yarı özel mantığında olması yetki karmaşasına sebep olduğundan alınacak olan malzemelerin yapılan taleplerin karar aşamasında gecikmeler olmasına sebep oluyor. Bu da çalışan ve hastalar açısından sıkıntılar yaratıyor*” diyerek ortaya koymuştur. Başka bir hekim ise “*Polikliniklerde sekreter olmamasını*” bir zayıf yön olarak belirtmiştir.

Bir ebe tarafından şehir hastanelerinin zayıf yönleri şöyle belirtilmiştir: “*Hastanenin gereksiz şekilde ölü boşluktan oluşması nedeniyle büyük ve yorucu olacak şekilde yapılması. Resmi prosedürlerden kaynaklanan çift başlılık ve prosedür kısıtlamalarından dolayı ek hizmet oluşturma ve taleplerin yerine getirilmesi anlamında daha yavaş olması*”.

Bir sağlık teknikeri ise, “*Çok geniş ve dikey yapılanma olduğu içi çalışan ve vatandaş açısından istediği yere gitmek ve ulaşmak biraz zor ve zaman alıcı olmaktadır. Personelin birbiri ile sosyal ilişkileri büyüklükle orantılı olarak zayıflamaktadır*” ifadesi ile şehir hastanelerinin zayıf yönlerini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili sorunlar hakkındaki düşüncelerini belirlemek için yöneltilen “*Sizce şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar nelerdir?*” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 105 cevap ve 28 farklı kod elde edilmiştir (Tablo 46). Katılımcıların en sık verdiği cevap “*Hastanelerin yüksek yatak sayısı ve büyük alanlarda toplanmış olmasının, yönetsel ve işletim problemleri açısından sıkıntı oluşturmaları*” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, ile “*Maliyetlerin yüksek olması*” ifadesi ve “*Yönetim açısından çift başlılık olması ve sorunların hızlı ortadan kaldırılamaması*” ifadeleri izlemiştir.

Tablo 57. Şehir Hastaneleri Uygulaması ile İlgili Mevcut Sorunlara İlişkin Görüşler

Sayı	Kodlar	Sıklık
1	Hastanelerin yüksek yatak sayısı ve büyük alanlarda toplanmış olmasının, yönetsel ve işletim problemleri açısından sıkıntı oluşturması	12
2	Maliyetlerin yüksek olması	10
3	Yönetim açısından çift başlılık olması ve sorunların hızlı ortadan kaldırılamaması.	9
4	Polikliniklerde sekreter olmasının iş gücü kaybına sebep olması.	9
5	Personelin döner sermaye gelirlerinin azalması.	9
6	Şehir merkezine uzak alanlara yapılmış olması.	9
7	Hastanenin alanı çok daha büyük ve kapasitesi daha fazla olduğu için çok daha fazla sayıda sağlık personeli ve doktor ihtiyacının bulunması.	6
8	Yeterli sayıda tıbbi sekreter olmaması.	5
9	Yardım masası kontrol ve denetiminde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisinin bulunmaması hizmet ve hak edişlerin kontrolünün etkin ve güvenilir bir şekilde yapılamaması.	4
10	Elektronik ortamda yürütülmesi gereken bir çok iş olmasına rağmen bilgisayar ve internet alt yapısının buna göre planlanmamış olması, çok kısa sürede yapılabilecek bir işlem için dakikalarca beklemek zorunda kalınması.	4
11	HBYS uygulamalarının Sağlık Bakanlığının sistemleri uyumlu ve entegre olmaması.	4
12	Özel tarafı ile devlet tarafının ortak bir çizgide buluşamaması.	3
13	Personelin özel ve kamu olarak ayrılması.	3
14	Firma tarafından sağlanan hizmetlerde, çalışanlarının çoğunun daha önce sağlık sektöründe çalışma deneyimi bulunmamasından dolayı sorunlar yaşanması.	2
15	Firmanın istihdam ettiği ve hastanede çalıştırdığı personelin yetersiz olması ve yaptığı yanlış yönlendirmenin kamu sağlık çalışanlarının hatası gibi yansıtılması.	2
16	Onkolog, hematolog, yenidoğan, kardiyoloji gibi önemli branşların kimi hastanelerde bulunmaması.	2
17	İlk başlarda devlet mantığı ile hareket edildiğinden özel sektör mantığını anlamak ve kabullenmenin güç olması. Aynı şekilde özel sektörün devlet mantığını kabullenmesinin zor olmaması.	1
18	Alt yüklenicilerin oluşturmuş olduğu tıbbi ve tıbbi olmayan atık bedelinin idare tarafından ödenmesi.	1
19	Hastane fiziki koşullarının hem hastalar hem çalışanlar için kullanıcı dostu bir şekilde dizayn edilmemiş olması.	1
20	Çalışanların ikinci plana atılmış olması, yeteri kadar değer görmemesi.	1
21	Kamu- Özel ortaklığındaki hukuki prosedür için avukat desteği sağlanmaması.	1
22	Koordinasyon kurulunda yer alan İdare yetkilisinin kim olduğu, Damga Vergisinin kim tarafından ödeneceği gibi bir çok hususun sözleşmelerde net olarak belirlenmemesi.	1
23	Firmaya yapılmakta olan ödemeler ile hizmetlerin gerçek maliyetleri arasında büyük farklılıklar olması.	1
24	Kamu özel ortaklığını yeni bir uygulama olması ve yöneticilerin bu konuda yeterli eğitim bilgi ve becerilerinin olmaması	1
25	Tüketime dair tıbbi ve tıbbi olmayan destek hizmetlerine yönelik verilerin şirket bünyesindeki personel tarafından oluşturulması ve kontrolünün yine firma tarafından yapılması.	1

Tablo 58. Şehir Hastaneleri Uygulaması ile İlgili Mevcut Sorunlara İlişkin Görüşler (Devam)

Sayı	Kodlar	Sıklık
26	Şirket yönetiminin her hangi bir zamanda hak ediş ile ilgili istenen veriyi yardım masası üzerinden kolaylıkla alabilmesine rağmen ilgili verilerin kontrolü hastane yönetimlerince manuel olarak yapılması, denetleme noktasında idare tarafına dezavantaj getirmesi.	1
27	Taşıma hizmetlerinde kullanılacak ekipmanı şirketin sağlaması gerekirken hizmetin gerektirdiği (Sedye, tekerlekli sandalye) ekipmanların firma tarafından sağlanmaması nedeniyle idarece satın alınan ekipmanlar ile hizmetlerin yürütülüyor olması.	1
28	Hizmetin yürütülmesi sırasında, Sağlık Bakanlığı Kalite Standartlarının gerektirdiği yükümlülüklerin karşılanması gerekli iken, bu alanda firma ile görev ve sorumlulukların dağılımı ile ilgili sorunlar yaşanması.	1
Toplam		105

Şehir hastanelerinde mevcut sorunları bir hekim şu şekilde ifade etmektedir: *“Polikliniklerde sekreter olmaması iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bu giderildiği takdirde hekimler açısından önemli bir sorun ortadan kaldırılmış olacaktır.”*

Bir hemşire ise, *“Sağlık personeli sayısı oldukça yetersiz. İş yükümüz eskisine göre artmasına rağmen, döner sermaye ödemelerimiz azaldı. Hekimler dışında doğru düzgün döner sermaye alan yok. Adaletli bir yapı kurulması gerekiyor.”* diyerek sorunlu görülen alanları belirtmiştir.

Bir ebe; *“Şehir hastanelerini AVM'lere benzetiyorum. Vitrin var, görsellik var ama verimlilik yok. Acil servisin biraz daha özenli olması gerekir.”* ifadesi ile şehir hastanelerinde gördüğü sorunları özetlemiştir.

Bir sağlık teknisyeninin şehir hastanelerindeki sorunlarla ilgili görüşleri şöyledir: *“Hastanelerde yer alan çift başlı yönetim (bir sivil yönetim bir de devlet yönetimi) birbirleri ile çatışmaktan hastanenin sorunlarıyla ilgilenmiyorlar.”*

Katılımcıların şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili mevcut sorunlara yönelik çözüm önerilerinin neler olduğu hakkındaki düşüncelerini belirlemek için yöneltilen “Bu sorunlara yönelik çözüm önerileriniz nelerdir?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan

toplam 88 cevap ve 21 farklı kod elde edilmiştir (Tablo 47). Katılımcıların en sık verdiği cevap “Hastanenin büyüklüğüne göre doktor ve sağlık personeli sayılarının planlanması” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, ile “Hastanelerin daha merkezi yerlerde konumlandırılması” ifadesi ve “Personelin döner sermaye kaybı yaşamaması için önlemler alınmalı” ifadeleri izlemiştir.

Tablo 59. Mevcut Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri ile İlgili Görüşler

Sayı	Kodlar	Sıklık
1	Hastanenin büyüklüğüne göre doktor ve sağlık personeli sayılarının planlanması.	11
2	Hastanelerin daha merkezi yerlerde konumlandırılması.	10
3	Personelin döner sermaye kaybı yaşamaması için önlemler alınmalı.	8
4	Daha hızlı işleyen bir HBYS sistemi kurulması	7
5	Hastalar ve çalışanların hastaneye daha rahat bir şekilde ulaşımının sağlanabilmesi için ulaşım imkanlarının artırılması, kapalı otoparkların LPG’li araçların da kullanımına uygun hale getirilmesi.	7
6	Tıbbi sekreter planlamasının yapılması.	6
7	Bakanlığın şehir hastanelerine özel bir çalışma prosedürü belirleyerek bir an önce uygulamaya geçilmesi, sınırların bir an önce belirlenmesi.	5
8	Personele moral ve motivasyon için sosyal etkinlikler artırılmalı.	5
9	Hem kamu hem de firma çalışanlarının KÖİ ile ilgili bir eğitim sürecinden geçtikten sonra görev almaları sağlanmalı.	5
10	Çalışanlar arasında kamu ve özel ayrımı olmamalı.	4
11	Özellikle firma çalışanları açısından daha deneyimli personel istihdamı sağlanmalı.	4
12	KÖİ ile yapılmış olan hastanelerin yönetimi Sağlık Bakanlığına bırakılmalı	3
13	Hastaneler yapılmadan önce şartnamelerin daha profesyonel bir şekilde hazırlanması.	3
14	Yapılan binanın hastanede hizmet veren birimlerin özelliklerine uygun olacak şekilde inşa edilmesi ve bu aşamalarda sahada hizmet veren personelin görüşlerinin de dikkate alınması.	2
15	Öncelikle yönetim tarafından özel sektör ile birlikte nasıl hareket edilmesi gerektiği konusunda kamu çalışanlarına bilgilendirme ve seminerler düzenlemesi.	2
16	Şehir hastaneleri açılmadan önce özellikle idari personelin daha önce açılmış şehir hastanelerinde en az bir ay deneyim kazanması amacıyla çalıştırılması ve oluşabilecek sıkıntıların ve çözümlerinin yerinde görülmesini sağlanması.	1
17	Hastanelerin maksimum 800 yatakla sınırlandırılması.	1
18	Hastanelere personel girişi ile hasta girişlerinin farklı yerlerden yapılmasının sağlanması	1
19	Klinisyen olmayan sağlık personelinin ve diğer personelin kapasitelerinin iyi değerlendirilmesi, adil yönetilmesi, yönetici ve sorumlu personelin liyakatle seçilmesi.	1
20	KÖİ sürecinde, kamu tarafının daha etkin ve söz sahibi olmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	1
21	Otoparkın her katında görevli personel bulundurulması, hastaların gideceği kuleye göre araçlarını park etmelerinin sağlanması.	1
Toplam		88

Katılımcılar, belirtilmiş olan sorunların çözülmesi için çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. Bu önerilerden bazıları aşağıda sunulmuştur:

Bir hekim çözüm önerisine ilişkin görüşlerini, “*Aslında çok büyük problemler olduğunu düşünmüyorum. Planlama yapılırken bazı noktalara dikkat edilirse, hastanenin büyüklüğüne göre doktor ve sağlık personeli sayıları ayarlanır ve daha hızlı işleyen bir HBYS sistemi kurulabilirse işlerin yürütülmesi açısından çok daha iyi olacağını düşünüyorum.*” şeklinde beyan etmiştir.

Başka bir hekim ise çözüm önerilerini “*Bakanlığın şehir hastanelerine özel bir çalışma prosedürünün talimatı belirlenip uygulamaya geçilmesi, sınırların bir an önce belirlenmesi, yapılacak işlerde zaman kaybını en aza indirecek uygun çözüm yollarının bulunup hayata geçirilmesi işlerin biraz aha hafiflemesini sağlar. Böylelikle çalışan memnuniyeti artar diye düşünüyorum.*” şeklinde ortaya koymuştur.

Bir ebe tarafından yapılan değerlendirmede ise çözüm önerileri; “*Daha deneyimli personel istihdamı sağlanmalı ve personele moral ve motivasyon için düzenlenecek sosyal etkinliklerin artırılması gereklidir. Ayrıca personelin özel-kamu olarak sürekli bir ayrımı yapılmamalı (amaç şehir hastanesine hizmetse herkes şehir hastanesi personeli olmalı) ya da bu durum personele yansıtılmamalıdır.*” olarak sıralanmıştır.

Bir idari personel ise çözüm önerilerini şöyle belirtmiştir: “*Öncelikle devletimizin özel sektör mantığı ile (hizmet noktasında) nasıl hareket edilmesi gerektiğini çalışanlarına kabul ettirmesi lazım. Şehir hastaneleri açılmadan önce gerek teknik alt yapı olarak ve gerekse insan kaynakları olarak iyi analiz edilerek eksiklikler giderildikten sonra açılmalı. Şehir hastaneleri açılmadan önce özellikle idari (yönetim) kısmının daha önce açılmış şehir hastanelerine en az bir ay deneyim ve tecrübelerini paylaşmak üzere gitmeli. Sıkıntılar yerinde görülmeli.*”

Yine bir idari görevi olan hekim tarafından yapılan değerlendirmede ise çözüm önerileri; “*Ulaşım için belediyeler ile sağlam bir işbirliği sağlanmalı. Personel planlamasının bakanlık tarafından açılan/açılacak şehir hastanesinin yatak kapasitesi yoğun bakım kapasitesi hasta potansiyeli v.s etmenler düşünülerek inceden inceye hesap yapılması ve buna göre personel planlanması yapılmalıdır. Ya da personel eksik iken yeni klinik,*

yoğum bakım, hizmet birimi, vs. açılmamalıdır. Sözleşmelerin bakanlıklar düzeyinde (Maliye Bakanlığı, Kalkınma ve Sağlık Bakanlıkları gibi) gözden geçirilerek sahadan gelen görüşleri de dikkate alarak revize edilmesi” ile ifade edilmiştir.

7. BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilmiş olan bulgular, daha önce alanda yapılmış olan çalışmaların sonuçları ile karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır.

Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda yeni bir model olarak ortaya çıkan şehir hastaneleri hakkında, şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Yozgat, Isparta ve Adana Şehir Hastanelerinde çalışmakta olan sağlık personeli (hekim, eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli, biyolog, psikolog, laborant, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru, teknisyen, tekniker vb.) üzerinde yapılmış ve toplam 557 kişi katılmıştır. Araştırma sürecinde sahadan veri toplanması amacıyla kullanılmış olan soru kâğıdının geçerliliğini belirlemek için yapılan faktör analizleri (AFA ve DFA), soru kâğıdının yapı geçerliliğinin olduğunu, Cronbach Alfa (α) katsayısı ise maddelere verilen cevaplar arasında içsel tutarlılık bulunduğunu göstermiştir. Araştırmada elde edilen bulgularla ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur:

Araştırma kapsamında şehir hastaneleri uygulamasının sağlık sisteminin çeşitli boyutları üzerindeki etkilerine yönelik ifadeler katılımlı düzeylerine bakıldığında en yüksek katılımın kalite ve verimlilik ($3,35\pm 0,80$); bunu takiben ise riskler ($3,33\pm 0,64$); sağlık hizmetlerine erişim ($3,18\pm 0,85$); fırsatlar ($3,12\pm 0,70$); şeffaflık ($2,94\pm 0,78$); yönetim ($2,83\pm 0,48$) ve çalışanlar ($2,65\pm 0,79$) boyutlarında olduğu görülmüştür. Uygulamada yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılımcılar tarafından gösterilen katılım düzeyleri incelendiğinde; en yüksek katılımın “denetim ve işbirliğinde” yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin öneriler boyutu ($4,00\pm 0,88$) ile “çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine” ilişkin öneriler boyutu ($3,99\pm 0,90$) olduğu görülmüştür. Bu duruma göre katılımcıların şehir hastaneleri uygulamasının şeffaflık, yönetim ve çalışanlar boyutları üzerindeki etkilerine ortalamanın altında ve olumsuz yönde, diğer boyutlara ise ortalamanın üzerinde ve olumlu yönde görüş beyan ettikleri söylenebilir.

KÖİ modelinin en önemli uygulayıcılarından biri olan İngiltere’de, projelerin paranın değeri yaklaşımı açısından değerlendirildiği bir çalışmada, özel ortağın uzun vadeli bir şekilde proje içinde bulunmasından dolayı performansla ilgili sorumluluklar almasının gerekeceği, böylece uzun vadeli varlık yönetiminden kaynaklanan verimlilikler elde edilebileceği tespit edilmiştir. Ancak ortaklık planlarının tasarlanması ve uygulanmasının zorluğu da vurgulanarak, KÖİ sözleşmelerinin başarılı sonuçları için risk transferi stratejilerine, paranın değerini artırıcı faktörlere ve proje uzmanlığına daha fazla dikkat edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Nisar, 2007, s. 155-156). Bu konuda yapılan başka bir çalışmada ise, proje inşası ve kalitesinin Özel Finans Girişimi altında açık bir şekilde daha iyi olmadığı sonucuna varılmıştır. Özellikle temizlik ve yemek hizmetleri gibi yardımcı hizmetler kategorisinde yer alan hizmetleri de kapsayan tesis yönetiminin, Özel Finans Girişimi olmayan hastanelerdekinden daha düşük para değeri sağladığı ileri sürülmüştür. Aynı zamanda, hastane vakıflarının yaklaşık %20’si, Özel Finans Girişimi sözleşmeleri kapsamında sağlanan bakım hizmetlerinden memnun olmadıklarını belirtmektedir. Her durumda, İngiltere programının yüksek kaliteli ve düşük işletme maliyetleriyle, zamanında projeler teslim ettiğine dair kanıtların en iyi ihtimalle belirsiz olduğu söylenebilir (Barlow ve diğerleri, 2013, s. 150).

Tarazona ve Consuelo (2016, s. 6) tarafından İspanya’da uygulanmakta olan entegre sağlık hizmeti sunumu Alzira modelinin, performans ve verimlilik açısından değerlendirilmesinin yapıldığı bir çalışmada, 5 KÖİ hastanesi ile 16 kamu hastanesi karşılaştırılmış, KÖİ hastanelerinin ortalamasının üzerinde ve daha iyi sonuçlar elde ettiği bulunmuş, ancak bu alanda daha kesin sonuçlar elde edebilmek için daha fazla sayıda hastane ile analizler yapılması gerektiği belirtilmiştir.

2006 yılından itibaren Lesotho’da sağlık hizmetleri sunumunda KÖİ modeli uygulanmıştır. Devlet tarafından işletilen bir hastane ile onun yerini alan KÖİ projesi kapsamında işletilen hastane arasındaki farkları, önemli bilgi kaynakları ile derinlemesine görüşmeler, yönetim sistemlerini gözlemlenme ve belge incelemesi yaparak araştıran bir çalışmada ise, altyapı, iletişim, insan kaynakları yönetimi, örgütsel kültür, kalite ve hizmet talebini iyileştiren bir dizi alanda gelişmeler olduğu tespit edilmiştir (Vian ve diğerleri, 2015, s. 162-164).

Mersin Tabip Odası tarafından hizmet kullanıcıları üzerinde Kasım 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında Mersin’de yapılan bir araştırmada katılımcılar; “hasta bekleme alanları” “hastane koridorları”, “kafeterya gibi sosyal alanlar”, “hastane randevu alma işlemi” ve “tuvaletler” gibi otelcilik hizmetlerinin ön planda olduğu destek hizmetleri ile ilgili alanlarda aldıkları hizmeti “çok iyi” olarak değerlendirmişlerdir. Otoparkların kullanımı, hastaneye ulaşım olanakları ve süresi ile hastanenin yaşanılan yere uzaklığı gibi hususlarda ise memnuniyetsizlik durumu yükselmektedir. Hekim muayene süresi, bekleme süresi, istenen tetkikler için randevu alma süresi gibi tıbbi alanlarda ise katılımcıların memnuniyet düzeyleri göreceli olarak düşük bulunmuştur (Uğurhan, 2018, s. 267-270). Sağlık Emekçileri Sendikası Mersin Şubesi’nin 2017 yılının aralık ayında Mersin Şehir Hastanesi çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada, çalışanlar; hastaneye ulaşım, bina içerisinde havalandırma sistemleri, iş yükünün fazlalığı, personel eksikliği, hastane içi ulaşım, çalışma düzenindeki verimsizlik gibi alanlarda sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Uğurhan, 2018, s. 271-272)

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik boyutu üzerindeki etkilerine ilişkin görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; şehir hastanelerinin kalite ve verimliliği ile ilgili soru formunda yer alan ifadelerle orta düzeyin üzerinde olumlu yönde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. “Şehir hastaneleri, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağlamaktadır.” ifadesi 3,95(±0,90) en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olmuştur. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,98±(2,98) puan ile “Şehir hastaneleri sağlık alanında yaratıcı ve yenilikçi uygulamalara imkân vermektedir.” ifadesidir. Şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik boyutu üzerindeki etkisine ilişkin katılımcıların görüşleri üzerinde, KÖİ ile ilgili bilgi düzeyinin en fazla etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bunu takiben yönetsel pozisyonda olma durumunun ve daha önce çalışılan kurum türünün (özel sektör) kalite ve verimlilik boyutuna ilişkin görüşleri etkilediği görülmektedir KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi daha fazla olan, yönetsel pozisyona sahip olan ve toplam hizmet süresi daha az olan personelin şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik üzerine etkisi konusunda daha olumlu görüşlere sahip oldukları, buna karşın şehir hastanesinde çalışmadan önce sadece özel sağlık kuruluşunda çalışmış olanların görüşlerinin ise daha önce sadece kamu sağlık kuruluşlarında ve hem

kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında çalışma deneyimi olan çalışanlardan daha olumsuz olduğu görülmektedir. Hellowell (2018, s. 1), sağlık sektöründe iyi planlanmış ve yönetilmiş bir KÖİ projesinin daha iyi yatırım kararlarının alınması, daha verimli altyapı hizmetleri sunumu ve daha kaliteli sağlık hizmeti üretimi gibi bir dizi fayda üretme potansiyeline sahip olduğunu belirtmektedir. Sağlık sektöründe KÖİ projelerinin yaygın olarak uygulandığı Portekiz’de, kamu hastaneleri ile KÖİ hastaneleri arasında finansal girdiler ve elde edilen çıktıların karşılaştırıldığı bir araştırmada, KÖİ hastanelerinin kamu hastanelerine göre teknik açıdan daha verimli olduğu bulunmuştur (Ferreira ve Marques, 2021, s. 13).

Çıraklı ve arkadaşları (2014, s. 61) tarafından yapılan bir araştırmada, hastanenin sahiplik durumunun, fiziki kapasite açısından algılanan hizmet kalitesini etkilediği, kamu hastanelerinde algılanan hizmet kalitesinin özel hastanelere göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu nedenle daha önce sadece özel sektörde çalışmış olmanın, şehir hastanelerinin kalite ve verimliliğine ilişkin daha olumsuz görüş ortaya koyma durumunu etkileyebileceği düşünülmektedir. şehir hastanelerinin kalite ve verimliliği boyutuna ilişkin ifadelere katılım düzeylerine göre bir değerlendirme yapıldığında; çalışanlar şehir hastanelerinin sağlık alanında yaratıcı ve yenilikçi uygulamalara imkân verdiği ifadesine ortalamanın altında; şehir hastaneleri uygulaması ile hastalara sunulan hizmetin kalitesinde ölçülebilir gelişmeler meydana geldiği, şehir hastanelerinde mevcut devlet hastanelerine göre daha kapsamlı hizmetler sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili imkânların daha iyi düzeyde olduğu, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olduğu, şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda mevcut devlet hastanelerine göre daha verimli bir şekilde faaliyet gösterdiği, hastaların memnuniyetini artırdığı, sağlık turizmi açısından mevcut devlet hastanelerine göre daha başarılı olacağı, kamunun rekabet gücünü artıracadığı ve şehir hastanelerinde karşılaşılabilecek aksaklıkların önlenmesi ve üzülmesi amacıyla kurulmuş olan yardım masasının etkili ve üzüm odaklı çalıştığı ifadelerinde ortalamanın üzerinde bir puan verdikleri görülmüştür. Elde edilen sonuçlara benzer şekilde, Songur (2016, s. 110) tarafından yapılan bir araştırmada, KÖİ modelinin entegre sağlık kampüslerinde uygulanmasının kalite boyutundaki etki düzeyinin ne olabileceğine dair ifadelere katılım durumu $3,63\pm(0,82)$ ile olumlu bir düzeydedir. Araştırma katılımcılarının, KÖİ modelinin

entegre sağlık kampüslerinde uygulanmasının kalite göstergeleri üzerine etkisi konusunda olumlu düşünceye sahip olduğu görülmektedir (Songur, 2016, s. 113). Baş ise (2018, s. 44), yaptığı çalışmada, hizmet sunanların ve hastaların şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyetinin arttığını ortaya koymaktadır. Çalışmada elde edilen bulgulara benzer şekilde, Tenşi (2019, s. 111) tarafından yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik boyutuna etkilerine ilişkin ifadeler ortalamanın üzerinde ve olumlu görüş beyan ettikleri görülmektedir. Özzeybek Taş (2018, s. 48) tarafından yapılan araştırmada ise, vatandaşların sağlık çalışanlarına göre şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesinin artacağı yönündeki ifadeye katılım düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur. Vatandaşlar kalite ve verimlilik ile ilgili ifadeler ortalama 3,60 puan, sağlık çalışanları ise 2,65 puan düzeyinde katılım göstermişlerdir. Pangal alışkan (2019, s. 75) ise çalışmasında, sağlık hizmetlerinin verimliliği boyutu ile ilgili olarak eğitim durumunun belirleyici olduğunu, yüksek lisans mezunları ile lise öğrenimine sahip olanlar kıyaslandığında verimlilik hakkında bir değerlendirme farklılığı bulunduğunu ortaya koymaktadır. Ünal ve Ünal tarafından (2017, s. 55) yapılan araştırmada, sağlık yöneticileri KÖİ sürecinin uzun süreyi kapsamamasından dolayı öngörülmeyen risklerin hizmet kalitesini, çalışanları ve hizmetli kullananları olumsuz etkileyebileceği hususuna ortalamanın altında bir düzeyde katılım göstermişler, KÖİ projelerinin hizmet kalitesini negatif yönde etkilemeyeceğini belirtmişlerdir.

şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, şehir hastanelerinin sağladığı fırsatlar konusundaki görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar ile ilgili soru formunda yer alan ifadeler orta düzeyin üzerinde olumlu yönde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. “Kamu özel iş birliği modeli, geleneksel olarak kamu tarafından sunulan hizmetlere özel sektörün de katılmasına neden olmaktadır.” ifadesi 3,70(±0,86) puan ile en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olmuştur. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,71(±1,06) puan ile “Kamu özel iş birliği uygulamaları, kamu sektörünün yönetim maliyetlerini düşürmektedir.” ifadesidir. Bulgular, katılımcıların, şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla toplam hizmet süresinin

etkisinin olduğunu, bu değişkeni KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi ile çalışanların mesleklerinin takip ettiğini göstermektedir. Isparta Şehir Hastanesi çalışanları, diğer hastanelerde çalışanlara göre şehir hastaneleri uygulamasına yönelik daha olumlu bakış açısına sahiptir. Anket formunda bununla ilgili olan şehir hastaneleri uygulamasına yönelik bakış açılarının sorulduğu 19. ifadeye, diğer hastane çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde ve olumlu yönde katılım göstermişlerdir. Bu durumun bir sonucu olarak da şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar konusunda daha olumlu görüşlere sahip oldukları düşünülebilir. Hemşireler ise diğer meslek gruplarına göre şehir hastaneleri uygulamasına yönelik daha olumsuz bakış açısına sahiptir. Anket formunda bununla ilgili olan 19. ifadeye, diğer meslek gruplarına göre daha düşük düzeyde katılım göstermişlerdir. Bu durumun bir sonucu olarak da şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar konusunda daha olumsuz görüşlere sahip oldukları düşünülebilir. Katılımcılar, genel olarak şehir hastaneleri uygulamalarına yönelik bakış açılarının sorulduğu soruya ortalama olarak 3,39 puan vererek ortalamanın üzerinde bir olumlu görüşe sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar boyutuna ilişkin diğer ifadelerle katılım düzeylerine göre bir değerlendirme yapıldığında; çalışanlar ülkemizdeki KÖİ modeli uygulamalarına yönelik bakış açılarının genel olarak olumlu olduğu ifadesine 3,07 puan verirken, KÖİ projelerinin daha fazla insana istihdam olanağı sunması, kamu sektörünün yönetim maliyetlerini düşürmesi, ülkemizde kamu özel iş birliği projeleri konusunda güçlü bir toplumsal destek olması, risk ve sorumlulukların özel sektörle paylaşılmasının sağlanması, şehir hastanelerinin yapımı için büyük miktarda finansman kaynağına ihtiyaç duyulduğundan dolayı kamu özel iş birliği yoluyla finansman sağlama yönteminin seçilmesi ve şehir hastaneleri uygulaması ile kamu sağlık hizmeti sunucularının özel sektörün dinamizminden yararlanacağı ifadelerine ortalamanın daha altında bir düzeyde katılım göstermişlerdir. KÖİ sayesinde kamu tarafının, kaynakların daha verimli kullanılması konusundaki becerilerinin artacağı, büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşmesinin sağlanacağı, sağlık yatırımlarının KÖİ ile daha da artacağı, özel sektörün kamu sektörüne göre sermaye ve teknoloji açısından daha fazla imkâna sahip olmasının KÖİ modelinin ortaya çıkmasına neden olduğu, KÖİ sözleşmeleri hazırlanırken kamu ve özel sektörün hak ve yükümlülüklerinin net olarak tanımlanmakta olduğu sektörler arasındaki dengenin gözetildiği ifadelerine ise ortalamanın daha üzerinde bir düzeyde katılım gösterdikleri görülmüştür. İspanya'da KÖİ

modeli ile gerçekleştirilen hastanelerin, kamu sektörünü hastane inşaatının oluşturacağı hatırı sayılır miktardaki başlangıç maliyetlerinden kurtarması ve mali risklerin özel firma ile paylaşılmasının, modelin önemli avantajları olduğu belirtilmektedir (Tarazona ve Consuelo, 2016, s. 5).

Öztürk ve arkadaşları (2018, s. 179) tarafından Konya’da yapılan bir araştırmada, şehir hastanelerinin kompleks yapılardan oluşması, yeniliği ve son teknoloji ile donatılmış olmalarının bir avantaj olarak değerlendirildiği sonucuna varılmıştır. Uysal ise (2019, s. 895), bu çalışmada bulunanlara benzer şekilde, şehir hastaneleri uygulamasının fiziki kapasite, sağlık harcamalarının bütçede meydana getirdiği baskının azaltılması, özel sektörün deneyiminden yararlanılması ve teknolojinin yoğun olarak kullanılması sayesinde kalite standartlarında meydana gelen yükselme aracılığı ile pozitif etkiler oluşturabileceği belirtilmiştir. Songur ve Top tarafından (Songur ve Top, 2018, s. 178) yapılan bir araştırmada ise, katılımcılar çoğunlukla şehir hastanelerinin başarı düzeyini ölçmede en kritik indikatörün “maliyet avantajı” ve “kaynak tasarrufu” olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada da katılımcılar, şehir hastaneleri uygulaması ile kamu tarafının, kaynakların daha verimli kullanılması konusundaki becerilerinin artacağı, büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşeceği, sağlık yatırımlarının artacağı hususlarına yönelik olarak ortalamanın üzerinde bir katılım göstermişlerdir. Kurt ve Demirhan tarafından (2018, s. 306) yapılan bir çalışmada, şehir hastanelerinin yönetim ekibinin kamu ve özel sektör temsilcilerinden karma bir şekilde oluşması nedeniyle sağlık yöneticilerinin, işletmeciler ve iktisatçıların da yönetimde söz sahibi olmaları, yeni yönetim anlayışı ile daha hızlı karar alabilme imkanı olması, tüm hizmetlerin tek çatı altında sunuluyor olması, sağlık turizmi alanındaki sahip oldukları kapasite, hastane çevresinde yeni iş ve istihdam imkanı ile yeni yerleşim alanlarının gelişmesi ile bölgeye yeni yatırımları çekme kapasitesi, birer fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ise çalışanlar, KÖİ projelerinin daha çok insana istihdam fırsatı sunma durumuna ilişkin olarak ortalamanın altında (2,85 puan) bir görüş bildirmişlerdir. Benzer şekilde, katılımcılar KÖİ uygulamalarının kamu sektörünün yönetim maliyetlerini yeterli düzeyde düşürmediğini (2,89 puan) ve kamu özel iş birliği projeleri konusunda güçlü bir toplumsal destek olmadığını (2,70 puan) belirtmektedir. Özzeybek Taş tarafından (2018, s. 49) yapılan araştırmada, sağlık çalışanları, şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut

yatak sayısının artacağı, geniş ve ferah alanlar sunması nedeniyle enfeksiyon hastalıkları riskinin azalacağı, hizmet yelpazesinin genişleyeceği, nadir hastalıkların tedavisi için imkanların geliştirilmesi durumunda sağlık turizmi açısından bölgesel bir kapasite olacağı ve teknolojik alt yapıda iyileştirmeler sağlanacağı hususlarına yönelik olarak ortalamanın üzerinde olumlu görüş beyan etmişlerdir. Baş tarafından (2018, s. 44) yapılan araştırmada ise, sağlık çalışanları, şehir hastanelerinin teknik donanım ve altyapısının diğer hastanelere göre daha iyi olduğunu, şehir hastanelerinde diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunulduğunu ve hastaların tedavi kalitesinin, rahat ve konforunun dolayısıyla da memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkilerine ilişkin görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkileri ile ilgili soru formunda yer alan ifadeler orta düzeyin altında bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. “Şehir hastaneleri uygulaması çalışanların memnuniyetini artırmıştır.” ifadesi $3,24(\pm 1,16)$ puan ile en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olurken, katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise $1,93(\pm 1,02)$ puan ile “Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı yeterli düzeydedir.” ifadesi olmuştur. Şehir hastanelerinin çalışanlar boyutu üzerindeki etkilerine ilişkin katılımcıların görüşleri üzerinde en fazla mesleklerinin etkili olduğu, bu değişkeni sırasıyla şu an çalıştıkları şehir hastanesi ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinin izlediği görülmektedir. Isparta Şehir Hastanesinde çalışanların Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara göre ve KÖİ bilgi düzeyleri daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkisi konusunda daha olumlu görüşler sunduğu, buna karşın hemşire grubunda yer alan katılımcıların hekim ve diğer sağlık personeline göre daha olumsuz görüşler bildirdikleri tespit edilmiştir. Isparta Şehir Hastanesi çalışanları, anket formunda yer alan ifadelerden şehir hastanelerine yönelik bakış açılarının sorulduğu 19. ifadeye diğer hastanelerdeki çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olumlu yönde, hemşire grubunda yer alan katılımcıların ise diğer meslek gruplarına göre ise daha düşük düzeyde olumsuz yönde görüş bildirdikleri görülmüştür. Saha araştırması sırasında, Isparta Şehir Hastanesinde, diğer hastanelerden farklı olarak kliniklerde ve polikliniklerde tıbbi sekreterlerin aktif olarak görev aldığı görülmüştür.

Özellikle hekim ve hemşire grubunda yer alan katılımcıların kayıt ve diğer sekreteryaya hizmetleri ile daha az düzeyde meşgul olmalarının, kendi iş ve görev alanlarına odaklanmalarını kolaylaştırmakta olduğu görülmüştür. Bu nedenlerle bu gruplarda yer alan katılımcıların şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkisi konusunda farklı görüşler beyan etmelerinde rolü olduğu söylenebilir. Şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik ifadeler katılımcıların katılım düzeyleri incelendiğinde; katılımcılar, özellikle sağlık personeli ve destek personeli sayısının yeterli düzeyde olduğu, mevcut devlet hastaneleri ile kıyaslanınca iş yükünün artmadığı, özlük haklarında iyileştirmeler yapıldığı, performanslarının arttığı, hastane binasına kolaylıkla ulaşabildikleri, hasta odalarına, acil hastalara ve konsültasyon hizmetlerine ulaşım süresinin yeterli düzeyde olduğu, çalışma ortamı kalitesinin mevcut devlet hastanelerine göre daha iyi düzeyde olduğu ve kamu ve özel sektör personeli arasında yaşanan iletişim sorunlarının hizmet sunumunda gecikmelere mahal vermeden ivedilikle çözüldüğü ifadelerine ortalamasının altında katılım göstererek daha olumsuz görüşler beyan etmişlerdir. Şehir hastanelerinin çalışanlar üzerinde oluşturduğu etkiler ile ilgili olarak daha önce yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde; Uğurluoğlu ve arkadaşları tarafından (2019, s. 1) yapılan bir araştırmada, kamu hastanelerinin KÖİ modeli ile yeni hastanelere dönüştürülmesine yönelik fikir ve önerileri incelenmiş olup, çalışanların; şehir hastanesinin modern olması, hijyen şartlarının iyiliği gibi hususlardan memnun oldukları, bu çalışmada elde edilen sonuçlara benzer bir şekilde iş yükünde oluşan artıştan, özlük haklarında ve döner sermaye ödemelerinde yaşanan kayıplardan, hastane içerisinde ulaşımda yaşanan zorluklardan, çalışanların kendilerine verilen önem hususundaki yetersizliklerden ve çalışanların kendilerini değersiz hissetmesinden, hastane yönetiminde oluşan çift başlılık sorunu gibi alanlardan ise memnun olmadıkları tespit edilmiştir. Sağlık sektöründe KÖİ uygulamasını Alzira modeli ile hayata geçiren İspanya’da yapılan bir araştırmada, başkent Madrid’deki KÖİ ile gerçekleştirilen hastanelerde, kamu hastaneleri ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha düşük sayıda sağlık personeli istihdam edildiği ortaya çıkmıştır. Bunun altında yatan sebebin ise hastanelerin maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak için aşırı motive olmaları ve bunu yapmanın en önemli yolunun ise işe alınan personel sayısının azaltılması düşüncesinden hareket etmelerinin olduğu belirtilmiştir. Bu hastanelerin gerçekten verimlilik iyileştirmeleri ve maliyet düşüşleri sağlayıp sağlamadığı oldukça tartışmalı bir

konudur. Çünkü artan iş yükünün hem personel memnuniyet seviyelerini hem de hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek temel bir unsur olduğu belirtilmektedir (Alonso ve diğerleri, 2017, s. 14).

Şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkileri boyutu ile birlikte değerlendirilebilecek bir diğer boyut ise, şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin katılımcıların çözüm önerileridir. Katılımcıların görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; soru formunda yer alan ifadelere ortalama 3,99($\pm 0,90$) puan düzeyinde katılım olduğu görülmüştür. “Şehir hastanelerinde sağlık personeli ve diğer personel sayısı artırılmalıdır.” ifadesi 4,44($\pm 0,78$) en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olmuştur. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 3,20($\pm 1,12$) puan ile “Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler tamamen kamuya bırakılmalıdır.” ifadesidir. Genel olarak ele alındığında katılımcıların şehir hastanelerinde çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin önerilere orta düzeyin üzerinde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. Bu boyuta ilişkin önerilere katılmaları üzerinde en fazla öğrenim durumlarının ve mesleklerinin, bunları takiben ise daha önce çalıştıkları kurumun mülkiyetinin etkili olduğu görülmektedir. Bu durum öğrenim düzeyi yükseldikçe katılımcıların çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin farkındalık düzeylerinin artması ile hemşire katılımcıların ise anket formunda yer alan ifadelerden şehir hastanelerine yönelik bakış açılarının sorulduğu 19. ifadeye diğer meslek gruplarına göre daha olumsuz görüş ifade etmeleri, saha araştırması sırasında kendi beyanlarına göre şehir hastanelerinde tıbbi sekreter ve destek personeli sayısının eksikliği nedeniyle bu eksikliği kapatılmak için kendi görev alanlarına girmeyen konularda da sorumluluk taşımaları nedeniyle daha fazla olumsuzluk yaşamaları ve bu nedenle de ifadelerden daha yüksek düzeyde katılım göstermeleri ile açıklanabilir. Şehir hastanelerinin çalışanlar boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik görüşleri ile ilgili olarak daha önce yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde; Tengilimoğlu ve arkadaşları tarafından (2019, s. 1) sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ile ilgili görüşlerini ve buna dair yapılacak faaliyetlerle ilgili önerilerini almak amacıyla yapılan bir araştırmada; çalışanların özel yaşamlarındaki sorunları ile iş motivasyonları arasında doğru yönde bir ilişki olduğu, hastane bilgilendirmelerinin hastane bilgi sisteminde yayımlanmasının çalışma ortamını

etkilediği ve çalışılan kurumun ileride daha iyi seviyede olacağına inandıkları bulunmuştur. Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personeli, çalışma ortamı kalitesinin, devlet hastanelerine kıyasla daha iyi düzeyde olmadığını düşünmekte ve literatürde bu konunun önemini vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Parlar tarafından (2008, s. 547) iş yaşamı ve sağlık durumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada ise, iş ortamının sağlık şartlarına uygun hale getirilmesinin, bazı tehlike risklerinin bertaraf edilmesi, mesailerin planlanması, insani özelliklere göre bir çalışma sistematığının kurulması, iş esnasında kullanılmakta olan cihazların çalışanlara uyumlu olmasının sağlanmasının önemi üzerinde durulmuştur. Baş tarafından (2018, s. 43) Yozgat Şehir Hastanesinde yapılan bir çalışmada, katılımcılar, bir şehir hastanesinde çalışıyor olmaktan duydukları memnuniyet düzeylerine ilişkin ifadeye 3,4 puan ile ortalamanın üzerinde bir puan vermiş olup, bu çalışmada elde edilen bulgulara benzer bir eğilim göstermişlerdir. Tenşi de araştırmasında (2019, s. 75) şehir hastanelerinin sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini artıracak yönünde bir bulgu elde etmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara benzer şekilde, Özzeybek Taş tarafından yapılan çalışmada (2018, s. 44) ise, şehir hastanelerinin iş yükünü artıracak, sağlık çalışanlarında çeşitli psikolojik sıkıntılarda artış görüleceği, sağlık çalışanlarının gelirinin olumsuz yönde etkileyeceği ifadelerine ortalamanın üzerinde katılım gösterildiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerine ilişkin görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; soru formunda yer alan ifadelere ortalama 3,18(±0,85) puan düzeyinde katılım olduğu görülmüştür. “Şehir hastanelerinde, hastalar hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlamaktadır.” ifadesi 3,66(±1,14) puan ile en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olmuştur. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,80(±1,15) puan ile “Şehir hastaneleri toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır.” ifadesidir. Genel olarak ele alındığında katılımcıların şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri ile ilgili ifadelere orta düzeyin üzerinde ve olumlu yönde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. Sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkiler boyutuna ilişkin görüşler üzerinde, en fazla katılımcıların mesleklerin etkisinin olduğunu, bu

değişkeni KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi ile şu an çalıştıkları şehir hastanesi değişkenlerinin takip ettiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim kavramı, kişilerin eşit düzeydeki sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak kullanabilme ya da farklı düzeydeki ihtiyaçlar için ise sağlık hizmetlerinden farklı düzeyde yararlanabilme fırsatı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim durumu, hekim ve hastane başvuruları, hastanede ortalama kalış süresi, maruz kalınan bekleme süreleri, kişi başına düşen hekim ve hastane yatak sayısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir (Aksungur, 2020, s. 72). Isparta ve Yozgat şehir hastanesinde çalışanların Adana şehir hastanesinde çalışanlara göre şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu görülürken, hemşire grubunda olan katılımcıların görüşlerinin hekim ve diğer sağlık personeline göre daha olumsuz olduğu, yönetsel pozisyona sahip olanların olmayanlara göre ve KÖİ konusundaki bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerinin ölçüldüğü ifadelerle verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; çalışanlar “şehir hastanelerinin toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır” ifadesine ortalamanın altında; “şehir hastanelerinde ameliyat ve poliklinik bekleme sürelerinin azaldığı”, “çalışanlar ve hastalar için otopark hizmetlerinin yeterli düzeyde olduğu”, “daha gelişmiş tıbbi teknolojiye (MR, tomografi vb.) erişimin ve kullanımın kolaylaştığı”, “hastaların şehir hastanelerine kolaylıkla ulaşabildiği” ve “hastane binaları ile bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlayabildiği” ifadelerine ortalamanın üzerinde bir puan verdikleri görülmüştür. KÖİ modelinin sağlık sektöründe uygulandığı ülkelerden biri olan İspanya’da KÖİ modeli ile işletilen sağlık tesisleri ile devlet hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim açısından incelendiği bir araştırmada, incelenen devlet hastanelerine kıyasla KÖİ modelinin bazı güçlü yönler sunmakta olduğu görülmüştür. Örneğin KÖİ modelinin, bekleme listelerindeki gecikmelerin azaltılması yönünde olumlu bir katkısı olduğu ve sağlık hizmetlerine erişimi kuvvetlendirici bir etkisi olduğu gösterilmiştir (Tarazona ve Consuelo, 2016, s. 5). Uganda’da sağlık hizmetlerinde uygulanmakta olan KÖİ modelinin etkilerinin incelendiği bir çalışmada, göz sağlığı hizmetleri gibi bazı özellikli hizmetler için yapılan ödemelerin hastalar tarafından yüksek bulunduğu ve bu hizmetlere erişimin ve kullanımın engellenmemesi için devlet tarafından

sübvance edilmesi gerekliliği belirtilmektedir (Justus ve Frank, 2019, s. 1). Bu araştırmada elde edilen sonuçlara benzer şekilde, Songur tarafından (2016, s. 112) sağlık kampüslerinin sağlık sistemine etkilerinin incelendiği bir araştırmada da hizmetlere erişim boyutundaki ifadeler ortalamanın üzerinde ($3,46 \pm 0,93$) bir katılım olduğu bulunmuştur. Buna göre katılımcıların, KÖİ modelinin entegre sağlık kampüslerinde uygulanmasının sağlık hizmetlerine erişim üzerine etkisi konusunda olumlu düşünceye sahip olduğu söylenebilir. Baş ise, yaptığı çalışmada (2018, s. 60), şehir hastanelerinin halkın sağlık ihtiyaçlarını tamamen karşılayabildiğini ve yeterli düzeyde tıbbi cihaz ve ekipmanın bulunduğunu, aynı zamanda şehir hastanelerinin açılması ile özel hastanelere olan ilgilinin azalacağını, dolayısı ile şehir hastanelerinin halkın sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde olumlu etkileri olacağı sonucunu elde etmiştir. Çalışmada elde edilen bulgulara benzer şekilde, Tenşi tarafından yapılan araştırmada da (2019, s. 76) şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri boyutuna ilişkin ifadeler ortalamanın üzerinde olumlu yönde bir katılım düzeyi bulunduğu görülmektedir. Özzybek Taş tarafından yapılan araştırmada ise (2018, s. 49), hastanelerin şehir merkezlerine uzak olmasının sağlık hizmetlerine erişim açısından sıkıntılar oluşturacağı, şehir hastanelerinin farklı birçok hizmeti bir arada sunuyor olmasının ise hizmet yelpazesini genişleteceği bulguları elde edilmiştir. Uysal ise şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine etkilerini incelediği araştırmasında (2019, s. 894), şehir hastanelerinin devreye alındığı yerlerdeki hastanelerin kapatılmasının ve sağlık tesislerinin şehir hastanelerinde merkezleştirilmesinin sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntılara sebep olabileceğini belirtmektedir. Songur, Baş ve Tenşi tarafından yapılan araştırmalarda, şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişimde olumlu yönde bir etkisi olabileceği bulgusu elde edilirken; Özzybek Taş ve Uysal tarafından yapılan araştırmalarda ise olumsuz yönde bir etkinin oluşabileceği bulunmuştur. Olumsuz yönde bulguların elde edildiği Özzybek Taş ve Uysal tarafından yapılan çalışmalarla bu çalışma arasında görülen bazı farklılıkların; çalışmanın örneklemeden, çok farklı meslek gruplarına yer verilmiş olmasından, çalışmaların farklı yıllarda yapılmasından ve bu çalışmanın 3 farklı şehir hastanesinde, 2019 yılında şehir hastaneleri hayata geçtikten sonra uygulanmasından kaynaklandığı söylenebilir.

KÖİ projelerine, genel olarak ihale bedellerinin yüksekliği, ihale süreçlerinin rekabetçi, açık ve şeffaf olmadığı, bu projelerin kamu tarafından daha düşük maliyetlerle uygulanabileceği gibi hususlar açısından eleştiriler yöneltilmektedir. KÖİ'nin başarısı, modelin kamu tarafından sahiplenmesi ile doğru orantılı olması kadar olumsuz sonuçlar doğurabilecek eksik yanlarının da değerlendirilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle KÖİ modelinin, devletin ihtiyaçlarının net olarak belirlendiği, performans denetiminin etkin şekilde yapıldığı, şeffaf koordinasyon ve kontrol süreçlerine tabi olduğu bir yaklaşım ile yönetilmesi ve yürütülmesi büyük önem taşımaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018b, s. xii). Araştırmada şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin şeffaflık düzeyine ilişkin görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; şehir hastanelerinin şeffaflığını ölçen ifadelerle ortalama $2,94(\pm 0,78)$ puan düzeyinde katılım olduğu görülmüştür. Katılımcıların en yüksek düzeyde katılım gösterdikleri ifade $3,08(\pm 0,99)$ puan ile “Şehir hastaneleri uygulamasında, şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından topluma yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaktadır.” ifadesidir. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise $2,76(\pm 0,67)$ puan ile “Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde sözleşmeler kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmaktadır.” ifadesidir. Yönetmelik pozisyona sahip olanların olmayanlara göre ve KÖİ konusundaki bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin şeffaflığı konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinin şeffaflığı boyutuna ilişkin ifadelerle katılım düzeylerine göre bir değerlendirme yapıldığında; katılımcılar, özellikle şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından topluma yeterli düzeyde bilgilendirme yapıldığı ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapılarının yeterli düzeyde olduğu ifadelerine ortalamanın üzerinde, şehir hastanelerinin sözleşmelerinde yer alan hususların yerine getirilip getirilmediğinin yeterli düzeyde denetlenme durumu ile KÖİ projelerinde sözleşmelerin kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlandığı ifadelerine ise ortalamanın altında katılım göstererek daha olumsuz görüşler beyan etmişlerdir. Genel olarak ele alındığında katılımcıların şehir hastanelerinin şeffaflığı ile ilgili ifadelerle orta düzeyin altında bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. Uluslararası literatüre bakıldığında, şeffaflık ve hesap verebilirlik kriterlerinin KÖİ projelerinde büyük öneme sahip olduğu görülmektedir. KÖİ projelerinin vatandaşlara kaliteli kamu malları ve hizmetleri sağlamasını ve vatandaşların

elde edeceği faydalara etkili bir şekilde katkıda bulunmasını sağlamak için daha açık ve şeffaf süreçlere sahip olması konusunda genel bir kabul vardır (WorldBank, 2017). Küresel olarak sağlık sektöründeki KÖİ projelerinde şeffaflık ve hesap verebilirlik, yönetişimin en yaygın tartışılan boyutları arasında yer almaktadır. Şeffaflık, öğrenmeye izin vermesi, hesap verebilirliğe katkıda bulunması ve organizasyonel performansı şekillendirmesi yönleriyle önemli bir husustur. Hesap verebilirlik, KÖİ projelerinin kamu yararı hedeflerine ulaşmasını sağlamak için bir araç sağlar ve ayrıca kurumsal performansın iyileştirilmesine katkıda bulunur. Her ikisi de halkın KÖİ projeleri ile ilgili algısına katkıda bulunur (Reich, 2018, s. 239). Sağlık sektöründe uygulanmakta olan bir KÖİ projesinin başarısı, etkili ve şeffaf bir ihale ve ihale sonrası sürecinin yönetilmesine bağlıdır. Aynı zamanda kalite, erişim ve maliyet tasarrufu ile ilgili temel hedeflere ulaşılabilmesi de şeffaf bir süreç gerektirmektedir (International Finance Corporation, 2019, s. 5-6).

KÖİ modelinin ilk uygulayıcılarından olan İngiltere’de 2012 yılına kadar, birincil KÖİ modeli olarak PFI kullanılmıştır. Ancak 2012 yılında hükümet, bu sözleşme şekline yöneltilen eleştirilere cevaben PFI’nın detaylı bir incelemesini gerçekleştirmiş ve Aralık 2012’de PFI’nın yerine PF2 modelini uygulamaya başlanmıştır. Yeni PF2 modeli şeffaflığı artırmak, tedarik süresini kısaltmak ve özel finans sözleşmelerinin esnekliğini artırmak üzere kurgulanmıştır. Yeni model özellikle projelerin şeffaflığının ve denetlenebilirliğinin artırılmasına vurgu yapmaktadır (HM Treasury, 2018, s. 2).

Şeffaflık boyutu ile birlikte değerlendirilebilecek bir diğer boyut ise, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinde denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin katılımcı önerileridir. Katılımcıların bu yöndeki görüşleri incelendiğinde; soru formunda denetim ve işbirliği ile ilgili yer alan ifadeler ortalama 4,00(± 0,88) puan düzeyinde katılım olduğu görülmüştür. “Şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin iş gücü veriminin artırılması amacıyla polikliniklerde tıbbi sekreterler görevlendirilmelidir.” ifadesi 4,15(±0,90) en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olmuştur. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 3,93(±0,92) puan ile “Yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmelidir.” ifadesidir. Genel olarak ele alındığında katılımcıların şehir

hastanelerinde denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin değerlendirmeleri ile ilgili ifadeler orta düzeyin üzerinde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. Bu boyuta ilişkin görüşler üzerinde en fazla daha önce çalıştıkları hizmet basamağının etkisinin olduğu, bu değişkeni katılımcıların mesleklerinin ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinin izlediği görülmektedir. Daha önce sadece 1. Basamakta çalışmış katılımcıların önerilere katılımlarının 2. ve 3. basamakta çalışmış olanlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında katılımcıların farklı hizmet sunum basamaklarında çalışmış olmalarının, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda daha farklı denetim ve işbirliği süreçlerine tabi olmaları nedeniyle denetim ve işbirliği alanında daha farklı deneyimler elde edilmeleri ve buna yönelik görüşlerinin de bu çerçevede şekillenmiş olması ile alakalı olduğu söylenebilir. Şehir hastanelerinde şeffaflık ile denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesi hakkında ilgili olarak daha önce yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde; Gün (2019, s. 61-62), Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunda KÖİ ve şehir hastaneleri modeline yönelik yaptığı araştırmada, sözleşmelerin ve projelerin karmaşık yapısı nedeniyle ileriki dönemlerde kamunun üzerinde oluşabilecek baskının önlenmesi için şeffaflığın büyük önem taşıdığı, aynı zamanda şeffaflık eksikliğinin ve diğer paydaşlarla olan etkileşim mekanizmalarının eksikliğinin hesap verebilirlik açısından sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir. Kamu yönetimindeki şeffaflık algısının belirlenmesine yönelik olarak Yazıcı tarafından yapılan bir araştırmada (2018, s. 314), katılımcıların değerlendirmelerine göre Türkiye’de bu anlamda şeffaflığın tam olarak hayata geçirilemediği, bunu sağlamak için yapılan yasal düzenlemelerin de yeterince uygulanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak, şeffaflık ve hesap verebilirliğin toplumsal algısının da uluslararası değerlendirmeler ile benzer bir şekilde negatif sayılabilecek bir eğilim gösterdiği ortaya koyulmaktadır. Çınar tarafından hastanelerde hesap verilebilirliğin uygulanması ve kurumsal performansa olan etkisinin incelendiği bir çalışmada (2015, s. 12), hesap verilebilirliğin paydaşların katılımını olumlu olarak değiştirdiği, kurumsal performans ile ilgili olarak ise kısmi etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık hizmetlerinde güncel yaklaşımlar olarak değerlendirilen “şeffaflık” ve “hesap verebilirlik” kavramlarının sağlık hizmetleri yönetimi açısından önemini vurgulamak amacıyla bir eğitim hastanesinde yönetici hemşirelerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların tamamı sağlık hizmetlerinin şeffaf olması gerektiğini bildirmiş ve %70’i

ise mevcut yapıda sunulan sağlık hizmetlerinin şeffaf olmadığını belirtmiştir (Abuhanoğlu ve Karadağ, 2015). Bu çalışmada da daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde, katılımcılar şeffaflık boyutuna ilişkin olarak daha olumsuz görüşler beyan etmişlerdir. Yönetici düzeyindeki katılımcıların daha olumlu görüş bildirmelerinin sebebinin ise yöneticilerin çalışanlara göre daha yüksek düzeyde hesap verme yükümlülüğüne sahip olmaları ve şeffaflık boyutunu da bu yönde değerlendirmeleri olabilir.

Katılımcıların, kamu özel işbirliği ile gerçekleştirilen şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutuna ilişkin görüşleri ve bu görüşlerini etkileyen faktörler incelendiğinde; soru formunda yer alan ifadelerle ortalama $3,33(\pm 0,64)$ puan düzeyinde katılım olduğu görülmüştür. “Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulması, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetlidir.” ifadesi $3,60(\pm 0,94)$ en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olmuştur. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise $3,06(\pm 0,98)$ puan ile “Kamu özel iş birliği projeleri konusunda, kamu ve özel sektörün bilgi ve birikimlerinin farklı düzeylerde olması risk oluşturmaktadır.” ifadesidir. Genel olarak ele alındığında katılımcıların şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler ile ilgili olarak ifadelerle orta düzeyin üzerinde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. Yozgat şehir hastanesinde çalışanların Isparta ve Adana şehir hastanesinde çalışanlara göre, KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre daha olumlu görüşe sahip oldukları görülürken, katılımcılardan öğrenim düzeyi lisans düzeyinde olanların diğer düzeylere (lise, ön lisans ve lisans üstü) göre daha olumsuz görüşe sahip oldukları görülmektedir. KÖİ uygulamaları ile ilgili çalışanlara ve topluma yönelik bilgilendirmelerin uygulamalara yönelik olumsuz algıların yönetilmesinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Kanada’da KÖİ projelerinin başlatıldığı dönemde yapılan bir araştırmada, özellikle konu ile ilgili tarafların algılarının yönetilmesinde formal bir iletişim kanalının kurularak işletilmesinin büyük bir etkisinin olacağı belirtilmiştir (Barrows ve diğerleri, 2012, s. 13). Birleşik Krallık’ta KÖİ modeli ile gerçekleştirilen inşaat projelerindeki risk dağılımını inceleyen bir araştırmada, kamu tarafının politik riskleri elinde tutmasının gerekliliğinden bahsedilirken, zorunlu hallerde oluşabilecek riskler ile mevzuat değişikliklerinin meydana getireceği risklerin ise kamu ve özel sektör

tarafları arasında paylaşılması gerektiği belirtilmektedir. Projenin kendisiyle doğrudan ilişkili olan diğer risklerin ise özel ortak tarafından üstlenilmesi önerilmektedir. Ayrıca projeye sözleşmesi imzalanmadan önce her iki tarafın da kabul edilebilir bir risk dağıtım planı üzerinde mutabık kalması, proje hedeflerine ulaşılabilmesi açısından önem taşımaktadır (Li ve diğerleri, 2005, s. 35) Bu noktadan hareketle KÖİ ve şehir hastaneleri ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olma durumunun, şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler boyutuna ilişkin daha olumlu görüşler geliştirilmesine etkisi olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada bulunan KÖİ projelerinin kamu eliyle gerçekleştirilen projelere nispeten daha yüksek maliyetli olması sonucuna paralel olarak Songur ve Top tarafından (2018, s. 177) Türkiye’de sağlık sektöründeki KÖİ modeline ilişkin paydaş görüşlerine dayalı olarak yapılan bir alan araştırmasında da katılımcılar modele ait en yüksek riskin finansal risk olduğunu belirtmiştir. Bunu takiben öncelikli risk alanlarının ise işletme, politik, yasal, pazar/gelir ve çevresel riskler olduğu belirtilmiştir. Sungur ise (2018, s. 712), sağlık sektöründe uygulanmakta olan KÖİ projelerinin başlıca risk unsurlarını teorik açıdan incelediği çalışmasında; kamu ile özel sektör arasında imzalanan sözleşmelerin oldukça karmaşık olması ve işletim sürelerinin uzun olması nedeniyle, bir KÖİ projesinde pazar, gelir, tasarım ve işletme gibi konular başta olmak üzere çeşitli risklerle karşılaşabileceğini belirtmiştir. Bu sorunların ortaya çıkmadan önlenmesi için de sözleşme imzalanması süreçlerinde profesyonel kişilerden destek alınmasının gerekli olduğu ve her aşamada risklerin analiz edilerek bu risklere karşı proaktif tedbirler alınmasının, risk faktörlerinin sürekli bir şekilde takip edilmesi ve kontrol edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Şehir hastaneleri ile ilgili eleştirilerin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise; fon sağlayıcı kurumların bu tür yapılanmalara fon aktarımında isteksiz olmaları, devletin finansal açıdan kayıp yaşayabileceği, imzalanan sözleşmelerin oldukça uzun süreleri kapsaması, ulaşım açısından yaşanan güçlükler, bölgesel planlamalar açısından yaşanabilecek sorunlar ve denetim süreçlerindeki belirsizliklerin önemli birer risk teşkil edebileceği ve bu yönlerden dolayı da KÖİ uygulamalarının eleştiriler aldığı ortaya konulmuştur (Yeşiltaş, 2020, s. 23). Konya ilindeki özel hastane yöneticileri üzerinde şehir hastanelerinin devreye alınması sonucunda ortaya çıkabilecek durumları incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada da muhtemel riskli alanların yönetim, personel açığı ve finansman alanları olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve diğerleri, 2018, s. 182). Benzer şekilde Songur ve Top tarafından (2018, s. 181) yapılan bir araştırmada KÖİ modeli ile

hayata geçirilen şehir hastaneleri projeleri ile ilgili olarak katılımcılar finansal ve işletme risklerin oluşabileceğini bildirmişlerdir. Çalışmadan elde edilen bulgular ve konu ile ilgili yapılmış olan diğer çalışmaların da gösterdiği şekilde şehir hastaneleri ile ilgili en büyük riskin finansal açıdan yaşanabileceği ortaya konulmaktadır. Aynı zamanda şehir hastanelerinin sözleşmelerinin oldukça uzun süreleri kapsıyor olması ve kamu ile özel sektör arasındaki rol paylaşımının tarafların tek başına sahip olacakları gücün ve etkinin azalmasına sebep olması gibi alanlar riskli olarak görülmekte olan diğer alanlar olarak ortaya konulmaktadır.

Katılımcıların, şehir hastanelerinin “yönetim” üzerindeki etkilerine ilişkin görüşleri incelendiğinde; soru formunda yer alan ifadelere ortalama 2,82(±0,48) puan düzeyinde katılım olduğu görülmüştür. “Şehir hastanelerinde hem kamu hem de özel sektör (yüklenici firma) yöneticilerinin olması yönetim süreçlerini güçleştirmektedir.” ifadesi 3,22(±0,98) en yüksek düzeyde katılım gösterilen ifade olup, katılımcılar, şehir hastaneleri uygulamasının yönetim süreçlerini zorlaştıracağını beyan etmektedirler. Katılımcıların en düşük düzeyde katılım gösterdikleri ifade ise 2,56(±1,06) puan ile “Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin yönetsel rollerini artırmaktadır.” ifadesidir. Bir başka deyişle katılımcılar, şehir hastaneleri uygulamasının yöneticilerin yönetsel rollerini artırmadığını düşünmektedirler. Genel olarak ele alındığında katılımcıların şehir hastanelerinin yönetimi ile ilgili olarak ifadelerine orta düzeyin altında ve olumsuz yönde bir katılım göstermiş oldukları söylenebilir. Şehir hastaneleri uygulamasının yönetim boyutuna etkilerine ilişkin görüşler üzerinde en fazla daha önce çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyeti değişkeninin etkisinin olduğu, bunu sırasıyla şu an çalıştıkları şehir hastanesi ve çalışanların öğrenim durumları değişkenlerinin izlediği görülmektedir. Isparta Şehir Hastanesinde çalışanlar Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara göre daha olumlu görüşler ortaya koyarken, daha önce hem kamu hem de özel sektörde çalışma deneyimi olanlar sadece özel sektörde ve sadece kamu sektöründe çalışmış olanlara göre şehir hastanelerinin yönetimi boyutu ile ilgili daha olumsuz görüşler ortaya koymuştur. Bu durumun hastaneler arasında yönetimle ilgili süreçler arasında var olan farklılıkların etkisinin olduğu düşünülebilir. Adana ve Yozgat şehir hastaneleri aynı özel firma tarafından inşa edilmiş ve halen aynı firma tarafından işletilmektedir. Isparta şehir hastanesinde ise farklı bir özel firma rol

almaktadır. KÖİ uygulamasının bir sonucu olarak kamu ve özel sektör temsilcileri bir arada yönetim faaliyetlerini gerçekleştirdiğinden dolayı, işletmede rol alan özel ortağın yönetim süreçlerinde bir etkisi olması kaçınılmazdır. Bu nedenle Isparta Şehir Hastanesi çalışanlarının diğer hastanelerdeki çalışanlara göre şehir hastanelerinin yönetimi boyutu ile ilgili daha olumlu görüşler beyan etmelerinde, yüklenici özel firmanın yönetim süreçlerine diğer hastanelere göre daha farklı şekilde katkıda bulunmasının etkisinin olabileceği söylenebilir. Ayrıca hem kamu hem de özel sektörde çalışmış olmak, farklı yönetim yapılarını tecrübe etme imkanı sağlayacağından dolayı, daha önce hem kamu hem de özel sektörde çalışma deneyimi olan personelin geçmiş deneyimlerinin şehir hastanelerinin yönetimi boyutu ile ilgili daha olumsuz görüş beyan etmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Zira hem kamu hem de özel sektörde çalışma deneyimine sahip olanlar diğer gruplara göre daha olumsuz görüşler beyan etmektedir. Daha önce bu alanda yapılmış çalışmalar incelendiğinde, Lesoto'da devlet tarafından yönetilen bir hastane ağı ile onun yerini alan ve bir KÖİ modeli tarafından yönetilen hastane ağının karşılaştırılması sonucunda, KÖİ tarafından yönetilen ağın, devlet tarafından yönetilen ağa kıyasla daha fazla ve daha kaliteli hizmet sunduğu ve klinik sonuçlarda önemli kazanımlar elde ettiği görülmüştür. Özellikle, KÖİ modelinin gelişmekte olan ülkelerde hastane performansını iyileştirebileceği, yönetim ve liderlik uygulamalarındaki değişikliklerin klinik sonuçlarda farklılıklar meydana getirebileceği belirtilmiştir (McIntosh N, 2015, s. 35). Ünal ve Ünal tarafından (2017, s. 56) yapılan bir araştırmada tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan kamu ile destek hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan özel sektör yöneticilerinin bir rol çatışması yaşayabilecek olmalarının iletişim sorunları ortaya çıkarabileceği ve sağlık hizmeti sunumunda aksamalara neden olabileceği bulunmuştur. Bu çalışmada da katılımcılar şehir hastanelerinde hem kamu hem de özel sektör (yüklenici firma) yöneticilerinin bulunmasının yönetim süreçlerini güçleştireceğini belirtmişlerdir. Nitekim Gökkaya ve arkadaşları tarafından (2018, s. 2240) şehir hastanelerinin hukuki ve idari özellikleri ile finansman boyutlarının incelendiği bir araştırmada da kamu ve özel sektör yöneticilerinin şehir hastanelerinde eş zamanlı olarak yönetsel faaliyet göstermelerinin çift başlılığa neden olacağı ve yönetsel çatışmalara sebep olabileceği belirtilmektedir. Özzeybek Taş tarafından (2018, s. 49) yapılan araştırmada ise, şehir hastanesi uygulaması ile hastanelerin daha profesyonel bir ekip tarafından yönetileceği ifadesine katılımcılar

ortalamanın altında bir katılım gösterirken yatak kapasitesinin fazla olmasının hastane yönetiminde zorluklar yaratacağı yönündeki ifadeye ise ortalamanın üzerinde bir katılım göstermişlerdir.

8. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türk Sağlık Sistemi, 2000’li yılların başından itibaren yaşanan reform süreci ve uygulamaya konulan SDP ile oldukça büyük değişimler yaşamıştır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve örgütlenmesi, finansmanı, hizmet sunumu gibi birçok alanda köklü değişiklikler gerçekleşmiştir. Türk Sağlık Sisteminde bir KÖİ uygulaması olan şehir hastaneleri modeli de hem finansman hem de hizmet sunumu boyutları ile SDP’nin önemli bir uygulaması olarak hayata geçirilmiştir.

Şehir hastaneleri, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin, belli bir süre bazı hizmet türlerinin özel firma tarafından sunulduğu bütünleşmiş hastane modelidir. SDP kapsamında, 2006 yılında sağlık sektöründe “Yap-Kirala-Devret” olarak isimlendirilen “Kamu Özel Ortaklığı Modeli” ile ilgili yönetmelik yürürlüğe alınmış, SDP’nin üçüncü aşaması şeklinde değerlendirilen süreç başlamıştır.

Bu çalışmada, şehir hastanelerinde çalışmakta olan kamu sağlık personelinin, Türk Sağlık Sektöründe bir KÖİ uygulaması olan şehir hastanelerine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Özellikle son dönemde ülkemiz sağlık gündeminde giderek artan bir tartışma konusu olan şehir hastaneleri uygulamasına yönelik olarak politika yapıcılara ve konuya ilgi duyan tüm taraflara objektif bir değerlendirme ortaya konulması hedeflenmiştir.

Araştırma; Adana, Isparta ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışmakta olan ve kamu sağlık personeli olan 557 katılımcı üzerinde yapılmıştır. Bu kapsamda katılımcılardan elde edilen bulgular ışığında şehir hastaneleri uygulamasının kalite ve verimlilik, sunduğu fırsatlar, çalışanlar üzerindeki etkileri, sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri, uygulamanın şeffaflığı, oluşturduğu riskler, yönetim süreçlerindeki etkileri ile uygulamaya bağlı olarak çalışanlar boyutunda ve denetim/işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilerin neler olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların söz konusu bu boyutlar ile ilgili görüş ve önerileri, çalışmakta oldukları şehir hastanesi, daha önce çalışmış oldukları hizmet basamağı ve çalışılan kurumun mülkiyeti, öğrenim

durumu, meslekleri, yönetsel pozisyona sahip olup olmamaları, toplam ve kurumsal hizmet süreleri ile sahip oldukları KÖİ ile ilgili bilgi düzeyleri açısından incelenmiştir.

Araştırmada katılımcıların şehir hastaneleri uygulamasının etkilerinin belirlenmeye çalışıldığı 7 boyut ile uygulamaya bağlı olarak ortaya çıkan sorunların giderilmesine yönelik önerilerin yer aldığı 2 boyut olmak üzere toplam 9 boyuttaki görüşleri değerlendirilmiştir. İlk 7 boyut açısından bakıldığında; “Kalite ve verimlilik” boyutuna katılımcılar ortalamanın üzerinde ve olumlu yönde katılım göstererek şehir hastanelerinin sahip olduğu imkanlar ve sunduğu hizmetler ile kalite ve verimliliği artırdığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar, KÖİ modelinin kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağladığı hususunda olumlu görüşe sahipken, kamu ve özel sektör taraflarının birlikte çalışmasının, hastanelerin daha verimli yönetilmelerini sağlaması açısından ise görece daha olumsuz düşüncelere sahiptir. “Riskler” boyutu da katılımcıların ortalamanın üzerinde katılım göstererek, şehir hastaneleri uygulamasının doğuracağı risklere vurgu yaptıkları bir boyuttur. Özellikle şehir hastaneleri uygulamasının hizmet maliyetlerini yükselteceği ve kamu giderleri üzerinde baskı oluşturabileceği ile kamu ve özel sektör arasındaki yaklaşım farklıklarının da riskler doğurabileceğinin altı çizilmiştir. “Sağlık hizmetlerine erişim” ve “Fırsatlar” boyutları katılımcıların genel olarak olumlu yönde katılım gösterdikleri diğer boyutlardır. Bu boyutlar kapsamında katılımcılar, şehir hastaneleri uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimi artırdığını, hastaların hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlayabildiğini, ancak bazı şehir hastanelerinin şehir dışında kurulmasının fiziki erişim açısından sorunlar oluşturabileceğini belirtmektedirler. Fırsatlar boyutunda ise, katılımcılar genel olarak şehir hastaneleri uygulaması ile büyük sağlık yatırımlarının hızlıca hayata geçirildiğini ve uygulamaya olumlu baktıklarını ancak yönetim maliyetlerini artırmasını ve kamu ile özel sektör arasında dengeli bir risk paylaşımı yapılmamasını da olumsuz yönler olarak ortaya koymaktadırlar. Şehir hastanesi uygulamasının “Çalışanlar” üzerindeki etkileri boyutu, katılımcıların ortalamanın altında katılım göstererek olumsuz görüş bildirdikleri bir boyuttur. Bu kapsamda katılımcılar şehir hastanelerinde sağlık ve destek personeli sayısının yetersiz olduğunu, iş yüklerinin artmasına ve daha zorlu şartlarda çalışmalarına rağmen özlük haklarında iyileştirmeler yapılmadığını belirtmişlerdir. “Şeffaflık” ve “Yönetim süreçleri” boyutları, katılımcıların

olumsuz yönde görüş bildirdikleri boyutlardır. Katılımcılar uygulamanın yeterli düzeyde şeffaflığa sahip olmadığını, çalışanlarla ve toplumla yeterli bilgi paylaşımı yapılmadığını, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapısının yeterli düzeyde olmadığını, sözleşmelerin kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmadığını, sözleşmelerdeki şartların yeterince denetlenmediğini, yatak sayısının fazla olması nedeniyle yönetim süreçlerinin daha zorlu ve daha karmaşık hale geldiğini ve yöneticilerin yönetsel becerilerini geliştirmelerine katkı sağlamadığını ifade etmişlerdir.

Uygulamaya bağlı olarak ortaya çıkan sorunların giderilmesine yönelik önerilerin yer aldığı 2 boyut hakkında ise katılımcılar; “Denetim ve işbirliği” boyutundaki ifadelerle en yüksek düzeyde katılım göstererek şehir hastanelerinde denetim faaliyetlerinin geliştirilmesi, hekimlerin iş gücü veriminin artırılması amacıyla polikliniklerde tıbbi sekreterler görevlendirilmesinin, yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmesinin ve kurulabilecek işbirliklerinin güçlendirilmesinin gerektiğini ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde “Çalışanlar” boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine yönelik önerilere de katılımcılar ortalamanın üzerinde katılım göstererek; şehir hastanelerinde sağlık personeli ve destek personelinin sayısının artırılmasının, çalışanların mali haklarının iyileştirilmesinin ve çalışma ortamının kalitesinin yükseltilmesinin gerektiğinin altını çizmişlerdir.

Elde edilen bulgular göz önünde bulundurulduğunda, şehir hastaneleri uygulamasına yönelik olarak geliştirilebilecek öneriler şöyle sıralanabilir:

Şehir hastaneleri modern ve yeni yapılarda hizmet vermekte, aynı zamanda sunulan hizmetin kalite ve verimliliği açısından da yüksek beklentilere haiz bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcılar tarafından şehir hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin, KÖİ uygulaması hakkında sahip oldukları bilgi düzeyinden önemli ölçüde etkilendiği görülmektedir. Aynı zamanda yönetsel pozisyonda bulunma ve toplam hizmet süresi daha az olma durumu da kalite ve verimlilik boyutu üzerinde olumlu etki yapan değişkenlerdir. Daha önce sadece özel sektörde çalışmış olmak ise kalite ve verimlilik ile ilgili daha olumsuz görüşe sahip olma halini etkilemektedir. Bu nedenle, şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik düzeylerini ve

çalışanların bununla ilgili görüşlerini daha iyi hale getirebilmek ve bunun sonucunda personelin şehir hastanelerinin kalite ve verimlilik durumlarına pozitif katkı yapabilmelerini sağlamak amacıyla; öncelikle personelin görüşleri alınarak hastanelerin kalite sistemlerinin gözden geçirilmesinin, eksiklik görülen alanlara yönelik düzeltici eylemlerin yapılmasının, personelin KÖİ ile ilgili bilgi düzeyini artırıcı yönde bilgilendirici faaliyetler yapılmasının, özellikle yönetici pozisyonunda olmayan, toplam hizmet süresi daha fazla olan ve daha önce sadece özel sektörde çalışma deneyimi olan personelin hastanelerin kalite ve verimlilik politikaları ve uygulamaları ile ilgili görüş ve önerilerinin alınması ve bu yönde iyileştirme çalışmalarının yapılmasının önemli olduğu görülmektedir. Katılımcılar, şehir hastanelerinde, kamu ve özel sektör taraflarının birlikte çalışmasının, hastanelerin daha verimli yönetilmesine katkı sağlamadığını düşünmektedirler. Bu nedenle, yöneticilerin hastanelerin verimliliğinin artırılması için kamu ve özel sektör taraflarının uyum içinde çalışmasını temin edecek politikaları geliştirmeleri önerilmektedir. Bu sayede ilgili gruplarda yer alan personelin görüşlerinin olumlu yönde geliştirilerek hastanelerin kalite ve verimlilik düzeylerinin yükseltilmesine olumlu katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Şehir hastanelerinin hayata geçirilmesi, beraberinde birtakım fırsatlar ve riskler ortaya çıkarmaktadır. Katılımcıların şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlara yönelik değerlendirmelerinin toplam hizmet sürelerinden, KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinden ve katılımcıların mesleklerinden etkilendiği görülmektedir. Aynı zamanda “fırsatlar” boyutuna ilişkin değerlendirmeler, daha önceki çalışılan sağlık kuruluşunun mülkiyetine, katılımcıların mesleklerine, toplam hizmet sürelerine ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu bilgiler ışığında Isparta Şehir Hastanesi çalışanlarının, kamu sektöründe çalışma deneyimine sahip olanların, KÖİ bilgi düzeyi daha yüksek olan katılımcıların şehir hastanelerinin sunduğu fırsatlar konusunda daha olumlu görüşe sahip oldukları görülürken; hemşire gurubunda bulunan ve toplam hizmet süresi daha fazla olan katılımcıların daha olumsuz görüşler beyan ettikleri görülmektedir. Bu konudaki görüşlerin olumlu yönde geliştirilmesi amacıyla Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara, daha önce sadece özel sektörde çalışma deneyimi olanlara, hemşirelere ve toplam hizmet süresi daha fazla olan çalışanlara yönelik şehir hastanesi uygulamasının çalışanlara, hastalara ve topluma sunduğu fırsatlar ile KÖİ uygulamaları konusunda

bilgilendirici çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı görülmektedir. Katılımcılar, KÖİ modelinin büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağladığını ve yatırım ve hizmet maliyetlerinde oluşabilecek risk ve sorumlulukların özel sektörle paylaşıldığını düşünmektedirler. Ancak KÖİ modelinin şehir hastanelerinin yapımı için büyük miktarda finansman kaynağına ihtiyaç duyulduğundan dolayı uygulanıyor olmasına ise katılmamaktadırlar. Bu nedenle çalışanlara, KÖİ modelinin temel dinamiklerinin ve sağlık sektöründe ne amaçla uygulandığının net olarak anlatılması gerekmektedir.

Şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler hususunda bir değerlendirme yapılacak olursa, bu konu ile ilgili görüşlerin daha çok katılımcıların KÖİ ile ilgili bilgi düzeyleri, öğrenim durumları ve çalışılmakta olan şehir hastanesinden etkilendiği görülmektedir. Yozgat Şehir Hastanesinde çalışanların ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi daha fazla olanların daha olumlu görüşlere sahip olduğu; lisans öğrenim düzeyine sahip katılımların ise diğer öğrenim düzeylerindeki katılımcılara göre daha olumsuz görüşlere sahip olduğu görülmektedir. Aynı zamanda katılımcılar sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulmasının, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetli olduğu hususuna yüksek düzeyde katılım gösterirlerken, kamu ve özel sektörün bilgi ve birikimlerinin farklı düzeylerde olmasının risk oluşturduğu düşüncesine ise daha düşük düzeyde bir katılım göstermektedirler. Hastane yönetimlerinin çalışanların KÖİ modelinin oluşturacağı riskler konusundaki endişelerinin farkında olmaları ve özellikle Isparta ve Adana Şehir Hastanelerinde çalışanlar ile lise, ön lisans ve lisansüstü öğrenim düzeyine sahip çalışanlara şehir hastanelerinin oluşturduğu riskler ve genel olarak KÖİ uygulaması ile ilgili endişelerini ortadan kaldırmaya yönelik eğitimler ve bilgilendirici faaliyetler ile bu gruptakilerle ortak çalışmalar yürütülmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Şehir hastaneleri uygulamasında kamu tarafı, yüklenici firma ile imzalanmış olan sözleşmelerden kaynaklanan yükümlülüklerle yüz yüze kalmaktadır. Songur ve Top (2018, s. 177), Sungur (2018, s. 712), Öztürk ve diğerleri (2018, s. 182) ile Yeşiltaş (2020, s. 23) tarafından yapılan çalışmalarda, şehir hastaneleri uygulamasının, sözleşmelerin oldukça karmaşık olması ve işletim sürelerinin uzun olması ve bazı hizmetlerde verilmiş

olan alım garantileri nedeniyle pazar, gelir, tasarım ve işletme gibi konularda finansal açıdan risk taşıdığı ortaya konulmuştur. 2021 yılı itibarıyla 13 şehir hastanesinin faaliyete geçtiği ve toplamda 32 şehir hastanesinin yapılacağı düşünüldüğünde, uygulama ileride kira ve hizmet bedeli ödemeleri sebebiyle kamu bütçesi üzerinde bir baskı oluşturabilecektir. Bu açıdan, şehir hastaneleri için kamunun katlanmak durumunda kaldığı finansal yükün detaylı bir şekilde incelenerek gelecek yıllar için kamu maliyesi üzerinde bir risk oluşturmaması için analizlerin yapılması ve politikaların geliştirilmesi önerilmektedir.

Şehir hastaneleri modeli ülkemiz için yeni bir uygulama olması nedeniyle çalışanlar üzerinde çeşitli etkiler meydana getirmektedir. Katılımcıların şehir hastanesi uygulaması ile maruz kaldıkları etkiler hakkındaki görüşleri üzerinde en fazla çalışanların meslekleri, şu an çalışılan şehir hastanesi ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeyleri etkili olmaktadır. Isparta Şehir Hastanesinde çalışanlar ve KÖİ bilgi düzeyleri daha fazla olanlar, şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki etkileri konusunda daha olumlu görüşler ortaya koyarken; hemşire katılımcılar ise daha olumsuz görüşlere sahiptir. Şehir hastanesinde çalışan sağlık personelinin maruz kaldığı uygulamadan kaynaklanan olumsuzlukları ortadan kaldırmak amacıyla Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanlara, KÖİ bilgi düzeyi daha az olan çalışanlara ve hemşirelere yönelik faaliyetlerin yapılması önem taşımaktadır. Katılımcılar genel olarak şehir hastanelerinde çalışıyor olmaktan memnun olduklarını belirtmelerine rağmen, sağlık personeli sayısının yeterli olmadığını ve iş yüklerinin arttığını düşünmektedirler. Bu kapsamda; çalışanların memnuniyet ve performans düzeylerinin artırılması için sağlık ve destek personeli sayısının artırılması ve bu sayede personelin iş yükünün azaltılması, personelin özlük haklarında iyileştirmeler yapılması, hem hastane içinde birimler arasında hem de hastane binasına ulaşımın kolaylaştırılması için düzeltici faaliyetler yapılması, personelin çalışma ortamı kalitesinin artırılması ve kamu ve özel sektör personeli arasında yaşanan iletişim sorunlarının en az indirilmesi için planlama ve düzenlemeler yapılmasının faydalı olacağı önerilebilir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerin ve diğer sağlık tesislerinin ihtiyaç duyduğu sağlık personeli sayısının ve dağılımının planlamasının yapıldığı norm kadro çalışmalarının, şehir hastaneleri yapılanması göz önünde bulundurularak yenilenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu sayede yüksek sayıda yatak kapasitesine ve kapalı alana

sahip olan şehir hastanelerine özgü bir personel planlamasının hayata geçirilmesi ve bu hususta yaşanmakta olan sorunların ortadan kaldırılması sağlanabilecektir.

Şehir hastanelerinin, sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri bu çalışmanın bir diğer araştırma boyutudur. Türkiye’de 2019 yılı itibariyle kişi başı hekime müracaat sayısının 9,8 olduğu ve bunun yaklaşık %64’ünün hastaneler tarafından karşılandığı (Sağlık Bakanlığı, 2020b, s. 5) göz önünde bulundurulduğunda, şehir hastanelerinin bu talebi karşılamada üstleneceği rol ve ihtiyaçları ne derecede karşılayabileceği önemli bir konudur. Katılımcıların şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerine yönelik görüşlerinin en fazla katılımcıların mesleklerinden, KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinden ve şu an çalıştıkları şehir hastanesinden etkilendiği görülmüştür. Isparta ve Yozgat şehir hastanesinde çalışanlar, KÖİ ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksek olanlar konu ile ilgili daha olumlu görüşlere sahipken, hemşireler diğer meslek gruplarına göre daha olumsuz görüşler bildirmektedir. Katılımcıların bildirdiği görüşler doğrultusunda şehir hastanelerinin hastaların poliklinik ve ameliyat bekleme süreleri ile gelişmiş tıbbi teknolojiye (MR, tomografi vb.) erişim ve kullanımını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu anlamda şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması amacıyla sağlık sektörü yöneticilerinin özellikle hastaların şehir hastanelerine fiziki olarak ulaşmalarını kolaylaştırıcı tedbirler alması önem taşımaktadır. Katılımcılar, hastaların hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlayabildiğini ancak şehir hastanelerinin toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlayamadığını düşünmektedirler. Özellikle yeni açılan şehir hastanelerine ulaşım konusunda yaşanan sıkıntılar göz önünde bulundurulduğunda, hastaneler açılmadan önce belediyeler ve ilgili diğer kurumlarla işbirliği yapılarak, hastanelere ulaşım sağlayacak olan yolların yapılması, aynı zamanda metro hattı, otobüs, dolmuş gibi ulaşım imkanlarının zamanlıca planlanması büyük önem taşımaktadır. Şehir hastaneleri büyük ve kompleks binalarda hizmet verdiğinden ve özellikle büyük şehirlerde bazı hastanelerin kapatılarak şehir hastanesi bünyesine dahil edilmesinden dolayı çalışanlar ve hastalar açısından erişim, finansal açıdan ise verimsizlik sorunlarına neden olabilmektedir. Hastanelerin, ölçek ekonomilerinin kullanılması yoluyla daha düşük ortalama maliyetlere ve daha iyi klinik sonuçlara sahip olabilmesi için 200 ile 600 arası yatak kapasitesine sahip olması gerektiği ile ilgili kanıtlar mevcuttur (Posnett, 1999, s.

1064; Kristensen ve diğeri, 2008, s. 25; Giacotti ve diğeri, 2017, s. 32). Bu nedenle, daha büyük binalarda faaliyet gösteren ve yüksek yatak kapasitesine sahip hastaneler yerine daha küçük binalara ve daha az yatak kapasitesine sahip hastanelere ihtiyaç duyulabileceği düşüncesinden hareketle, mevcut modelin gözden geçirilmesi önerilmektedir. Ayrıca Adana Şehir Hastanesindeki katılımcıların bu konudaki olumsuz yöndeki düşüncelerinin nedenlerini araştırmak amacıyla il ve hastane yöneticileri tarafından daha derinlemesine araştırma ve analizlerin yapılarak düzeltici önlemlerin alınmasının yerinde olacağı düşünülmektedir.

Şeffaflık ve hesap verebilirlik, topluma hizmet eden hem kamu hem de özel sektör kurumlarına duyulan güven düzeyinin artırılması amacıyla; gerçekleştirdiği faaliyetlerde, elde ettiği sonuçlarda ve bu iş/işlemlere ait finansal hareketlerde bilgi sağlayıcı ve açık bir konumda olması ile ilgilidir. Aynı zamanda bu süreçlerde üretilmiş olan bilgi, rapor ve değerlendirme sonuçlarına erişilebilir olması da bu kurum ve kuruluşların topluma karşı hesap verebilirliğinin bir yansımasıdır. Katılımcıların şehir hastanelerinin şeffaflığına yönelik görüşlerinin en fazla katılımcıların yönetsel bir pozisyona sahip olup olmama durumundan, öğrenim durumlarından ve mesleklerinden etkilendiği görülmüştür. Yönetsel pozisyona sahip olanların olmayanlara göre ve KÖİ konusundaki bilgi düzeyi daha fazla olanların daha az olanlara göre şehir hastanelerinin şeffaflığı konusundaki görüşlerinin daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu durumda, yönetici olmayan personelin ve KÖİ bilgi düzeyi daha az olan personelin şeffaflık ile ilgili bazı endişelerinin olduğu söylenebilir. Katılımcılar, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapısının yeterli düzeyde olmadığını ve KÖİ projelerinde sözleşmelerin kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmadığını düşünmektedirler. Şehir hastanelerinde denetim ve işbirliği boyutunda yaşanan sorunların giderilmesine ilişkin değerlendirmeler ise katılımcıların daha önce çalıştığı hizmet basamağından, mesleklerinden ve KÖİ ile ilgili bilgi düzeylerinden etkilenmektedir. Bu nedenle şehir hastanelerinin gerçekleştirdiği iş ve işlemler ile ilgili sözleşmeler, faaliyet raporları, mali raporlar, denetim raporları vb. gibi topluma bilgi verici belgelerin hazırlanarak yayımlanmasının, bu alanda görülen eksiklikleri telafi edici ve hastane personeli, hastalar, araştırmacılar, toplum vb. gibi ilgili tüm kesimler üzerinde bilgilendirici bir rol oynayacağı düşünülmektedir. Katılımcılar, hekimlerin iş gücü veriminin artırılması amacıyla

polikliniklerde tıbbi sekreterler görevlendirilmesi ve yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Hizmet sunumunda verimliliğin artırılması ve personelin iş yükünün azaltılması amacıyla personelin görüşleri alınarak işbirliklerinin geliştirilmesi ve işleyişle ilgili düzenlemelerin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Şehir hastanesi modeli, kendine özgü dinamikleri nedeniyle hastanelerin yönetim süreçlerinde de değişikliklere neden olmuştur. Önceden sadece kamu otoritesi tarafından yönetilmekte iken, artık bir özel firma da yönetimde söz sahibi olmaya başlamıştır. Bu nedenle yönetsel düzeyde kamu ile özel sektör arasında bir rol paylaşımı yapılmaktadır. Bu sürecin iyi yönetilebilmesi, sağlık hizmetinin sürdürülebilir bir şekilde topluma sunulması açısından önemlidir. Farklı kurumsal birikimler ve önceliklere sahip olan bu iki farklı yönetici grubunun uyumlu çalışmaması halinde şehir hastaneleri modelinin beklentileri karşılaması güçleşecektir. Araştırma katılımcılarının şehir hastanelerinin yönetimi boyutuna ilişkin görüşleri üzerinde en fazla daha önce çalıştıkları sağlık kuruluşunun mülkiyetinin ve şu an çalıştıkları şehir hastanesinin etkili olduğu görülmüştür. Isparta Şehir Hastanesinde çalışanlar ve daha önce hem kamu hem de özel sektörde çalışma deneyimi olanlar konu ile ilgili daha olumlu görüşler beyan etmektedir. Katılımcılar, şehir hastaneleri modelinin yöneticilerin yönetsel kapasitelerini geliştirici yönde bir etkisinin olmadığı ve yatak sayısının fazla olması ile hem kamu hem de özel sektör yöneticilerinin bir arada olmasının yönetim süreçlerini güçleştirdiğini, ancak yönetsel faaliyetlerin özel sektör ile paylaşılması nedeniyle yöneticilerin iş yüklerinin artmadığını düşünmektedir. Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışanların bu yöndeki görüş ve önerileri de alınarak hastanelerindeki yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Şehir hastanelerinin inşası sırasında, mimarı tasarım ve planlama aşamalarında hastanelerde hizmet sunan sağlık personelinin ve sağlık hizmeti kullanıcılarının görüşlerinin de alınması, çalışma ve hizmet sunumu ortamlarının uygun şekilde planlanmasına imkan verecektir. Bu nedenle yeni şehir hastanelerinin yapılması esnasında bu hususun dikkate alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Özellikle yeni açılacak şehir hastanelerinde yaşanabilecek olan sistemsel sıkıntıların önlenmesi ve faaliyete yeni başlamanın ortaya çıkarabileceği sorunların önlenmesi için bu çalışma sonucunda ortaya çıkan öneriler doğrultusunda adımların atılması hem kamu hem de özel sektör taraflarının politika ve uygulama açısından süreçlerini gözden geçirmelerini, hem de çalışanlar ve hastalar açısından yaşanan sorunların en aza indirilmesine katkı sağlayabilecektir.

Konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda, hizmete yeni alınmış olan şehir hastanelerinde çalışan personelin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. 2021 yılı itibariyle 13 adet şehir hastanesi faaliyete girmiş olup, bu çalışmanın yapılmasından sonra açılmış olan şehir hastanelerinde de çalışmaların yapılması araştırmacılara önerilmektedir. Şehir hastaneleri açılmadan önce ve açıldıktan sonra, ildeki hizmet göstergelerinde meydana gelen değişimler incelenerek karşılaştırmalı araştırmalar sayesinde şehir hastanesi uygulamasının etkileri detaylı olarak incelenebilir. Ayrıca, mevcut kamu hastaneleri ile şehir hastaneleri arasında ve şehir hastanelerinin birbirleri arasında; hastanelerinin kalite ve verimliliği, sahip oldukları fırsatlar ve riskler, çalışanlar üzerinde ne tür etkilerde bulunduğu, sağlık hizmetlerine erişim açısından özellikleri, şeffaflık durumları ile denetim/işbirlikleri, yönetim süreçlerindeki farklılıkları açısından karşılaştırmalı olarak incelendiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Şehir hastaneleri oldukça büyük binalara sahip olduğu için, özellikle işletme aşamasında, hastanelerin çevreleri ile olan etkileşimlerinin, çevrelerini nasıl etkilediklerinin ve çevreden nasıl etkilendiklerinin, çevre dostu bir yapılanmaya sahip olup olmadıklarının incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca gelecek dönemlerde yapılacak araştırmalarda, şehir hastanelerinin açılması ile kapatılmış olan hastanelerin bulunduğu bölgelerdeki toplumsal etkilerin incelenmesi, yüklenici firmaların şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması araştırmacılara önerilmektedir.

Çalışmalar, hastalar ve kamu kurumları temsilcileri, özel sektör temsilcileri, meslek örgütleri, hasta dernekleri gibi sivil toplum kuruluşlarını da kapsayacak şekilde diğer paydaşların da aralarında bulunduğu farklı gruplar üzerinde yapılabilir. 2020 yılının ilk

eyreğinde ülkemizi de etkisi altına alan COVID-19 pandemisinin Şehir hastanelerine olan etkilerinin incelenmesi de güncel bir çalışma alanı olarak araştırmacılar için öncelikli konular arasında değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- 2U1K. (2014). *Ankara Etik Entegre Sağlık Kampüsü Projesi, Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirme (ÇSED) Raporu*. Ankara: 2U1K Mühendislik ve Danışmanlık A.Ş.
- Abuhanoğlu, H., & Karadağ, M. (2015). Transparency and Accountability in Healthcare Services From Nurse Managers' Perspective: A Qualitative Study. *International Journal of Social Science*(39), 423-429.
- Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.
- Agyemang, P. (2011). *Effectiveness of Public-Private Partnerships (PPP) for Infrastructure Projects*. Texas: The University of Texas Arlington.
- Aksungur, A. (2020). Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi, (Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi).
- Akşam. (2020). *İngiltere'nin 200 Yıllık Dev Şirketi Carillion Resmen Battı!* Erişim: <https://www.aksam.com.tr/ekonomi/ingilterenin-200-yillik-dev-sirketi-carillion-resmen-batti/haber-698579>
- Akyüz, H. (2018). Yapı Geçerliliği İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Uygulamalı Bir Çalışma. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2), 186-198.
- Allard, G., & Trabant, A. (2007). *Public-Private Partnerships in Spain: Lessons And Opportunities*. Madrid: IE Business School Working Paper.
- Alonso, J. M., Clifton, J., & Díaz-Fuentes, D. (2017). Public Private Partnerships for Hospitals: Does Privatization Affect Employment? *Journal of Strategic Contracting and Negotiation*, 2(4), 1-19.
- Alpar, R. (2003). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlere Giriş 1, 2. Bs*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- APGM. (2016). *The APMG Public-Private Partnership (PPP) Certification Guide*. Washington,: ADB, EBRD, IDB, IsDB, MIF, PPIAF and WBG.
- Asian Development Bank. (2008a). *Public-Private Partnership*. Sydney, Australia: Pacific Liasion and Coordination Office.

- Asian Development Bank. (2008b). *Public-Private Partnership Handbook*. Manila, Philippines: Asian Development Bank, Regional and Sustainable Development Department.
- Asian Development Bank. (2013). *Guidebook on Public-Private Partnership in Hospital Management*. Manila: Asian Development Bank.
- Aslan, Ç., & Duarte, D. (2014). *How Do Countries Measure, Manage, and Monitor Fiscal Risks Generated by Public-Private Partnerships? Chile, Peru, South Africa, Turkey*. World Bank Group.
- Aydın, S. (2015). Entegre Sağlık Kampüsleri veya Nam-I Diğer Şehir Hastaneleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*(34), 12-19. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu.
- Aytaç, M., & Öngen, B. (2012). Doğrulayıcı Faktör Analizi İle Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi*, 5, 14-22.
- Baltacı, A. (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
- Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S. (2013). Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services. *Health Affairs*, 32(1), 146-154.
- Barros, P. P., & Giralt, X. M. (2009). Contractual design and PPPs for Hospitals: Lessons for the Portuguese Model. *The European Journal of Health Economics*, 10, 437-453.
- Barrows, D., Ian, M. H., A, B., Olivia, D.-J., & Simone, H.-R. (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, (Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- BBC. (2020). *Carillion Collapse To Cost Taxpayers £148m*. Erişim: <https://www.bbc.com/news/business-44383224>
- Berksoy, T., & Yıldırım, N. (2017). Kamu Özel Ortaklıkları ve Uygulamaya İlişkin Bir Anket Çalışması. *Journal of Life Economics*, 4, 1-18.
- Bovaird, T. (2004). Public-private Partnerships: From Contested Concepts To Prevalent Practice. *International Review of Administrative Sciences* 70(2), 199-215.

- Brinkerhoff, D., & ve Brinkerhoff, J. (2011). Public–Private Partnerships: Perspectives on Purposes, Publicness, And Good Governance. *Public Administration And Development*,(31), 2-14.
- Broadbent, J., & Laughlin, R. (1999). The Private Finance Initiative: Clarification of a Future Research Agenda. *Financial Accountability and Management* 15 (2), 95-114.
- Büber, B. (2008). *Yeni Bir Çatışma: Kamu Alımları*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Anabilim Dalı.
- Byrne, B. (2011). *Structural Equation Modeling With AMOS Basic Concepts, Applications and Programming, Multivariate Applications Series*. New York: Routledge.
- Cal, S. (2018). Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması. K. Pala içinde, *Türkiye’de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri* (s. 35-55). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik – Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 339-344.
- Çınar, F. (2015). Hesap Verilebilirlik İlkesi İle Kurumsal Performans İlişkisinde Paydaş Katılımının Rolü; Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6(13), 12-30.
- Çıraklı, Ü., Gözlü, M., & Gözlü, K. (2014). Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat’ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*(7), 61-82.
- Drost, E. (2011). Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38(1), 105-124.
- EBRD, T. E. (2014). *Turkey: Hospital PPP Programme, Establishment of A Value For Money Methodology For The Ministry Of Health* .
- Eggers, W. D., & Dovey, T. (2007). *Closing America’s Infrastructure Gap: The Role of Public-Private Partnerships*. Deloitte.
- Emek, U. (2009a). Karşılaştırmalı Perspektiften Kamu Özel İşbirlikleri: Avrupa Topluluğu ve Türkiye. *Rekabet Dergisi*, 7-53.
- Emek, U. (2009b). Türkiye’de Altyapı Hizmetlerinin Özel Sektöre Gördürülmesi: Neden, Ne Zaman, Nasıl? *İktisat İşletme ve Finans*, 24(284), 9-45.

- Emek, U. (2019). *Bilkent Şehir Hastanesine Yapılacak Ödemeler Ne Durumda?* Erişim: <http://uemek.blogspot.com/2018/11/bilkent-sehir-hastanesine-yapilacak.html>
- Entwistle, T., Bristow, G., Hines, F., Donaldson, S., & Martin, S. (2007). The Dysfunctions of Markets, Hierarchies and Networks in the Meta-governance of Partnership. *Urban Studies*, 44(1), 63-79.
- EPEC. (2018). *Review of the European PPP Market in 2017*. Luxembourg: European Investment Bank.
- Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- European Commission. (2003). *European Economy*. Brussels: Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- European Union. (2013). *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across EU*. European Union.
- European Union. (2018). *Public Private Partnerships in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits*. European Court of Auditors.
- Farquharson, E., Märtle, C. T., Yescombe, E., & Encinas, J. (2011). *How to Engage with the Private Sector in Public-Private Partnerships in Emerging Markets*. Washington DC : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Ferreira, D., & R.C., M. (2021). Public-private Partnerships in Health Care Services: Do They Outperform Public Hospitals Regarding Quality and Access? Evidence From Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 1-15.
- Geddes, R. R., & Wagner, B. (2013). *Why do U.S. States Adopt Public-Private Partnership Enabling Legislation?* New York: Department of Policy Analysis and Management Cornell University.
- Giancotti, M., Guglielmo, A., & Mauro, M. (2017). Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results of a Systematic Search. *PloS One*, 12(3), e0174533.
- Gökkaya, D., Eroymak, S., & İzgüden, D. (2018). Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJournal)*, 4(19), 2235-2243.
- Group Law Firm. (2013). *Summary of Healthcare PPP Program of Republic of Turkey 2013*.

- Gün, Ç. (2019). *Public-Private Partnership in Turkish Healthcare Provision: The City Hospital Model*, (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Güngör, H. (2012). *Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme Uzmanlık Tezi*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Hellowell, M. (2018). Public Private Partnerships and the Quality and Efficiency of Healthcare Services. H. M. Vecchi V. içinde, *Public-Private Partnerships in Health*. Palgrave Macmillan, Cham.
- HM Treasury. (2012). *A New Approach To Public Private Partnerships*. London: HM Treasury.
- HM Treasury. (2018). *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2017 summary data*. London: Infrastructure and Projects Authority.
- Hu, L., & Bentler, B. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Huxham, C. (2003). Theorizing Collaboration Practice. *Public Management Review*, 5(3), 1-21.
- International Finance Corporation. (2019). *Public-Private Partnerships for Emerging Market Health*. Washington, DC.
- Jubilee Debt Campaign. (2017). *Double Standards: How the UK Promotes Rip-Off Health PPPs Abroad*. London.
- Justus, A., & Frank, A. (2019). Public-Private Partnership in Health Care and its Impact on Health Outcomes: Evidence from Ruharo Mission Hospital in South Western Uganda. (September 9, 2019). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3450562>, 1-10.
- Kalkınma Bakanlığı. (2015). *Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*. Ankara: Yatırım Programlama, İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- Kalkınma Bakanlığı. (2017a). *Orta Vadeli Program (2018-2020)*. Ankara.

- Kalkınma Bakanlığı. (2017b). *Kamu Özel İşbirliği Raporu 2016*. Ankara: Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- Kalkınma Bakanlığı. (2018a). *Kamu Özel İşbirliği Raporu 2017*. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.
- Kalkınma Bakanlığı. (2018b). *On Birinci Kalkınma Planı, Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarında Etkin Yönetim Özel İhtisas Komisyon Raporu*.
- Karagöz, Y., & Ağbektas, A. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Yaşam Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi, ; Sivas İli Örneği. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 274-289.
- Karasu, K. (2011). Kamu Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.
- Karış, G. (2014). Kamu Ekonomisi Açısından Sağlık Sektöründe Kamu Özel Sektör Ortaklıklarına Bakış: Uşak İli Araştırması, (Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., & Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1-23.
- Kesgin, S. (2013). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel İşbirlikleri: Sağlık Bakanlığı Örneği, (Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Keskin, S. (2011). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli, Aydın Örneği, (Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Kristensen, T., Olsen K.R., Kilsmark, J., Pedersen, K.M. (2008). *Economies of Scale and Optimal Size of Hospitals: Empirical Results for Danish Public Hospitals*. Health Economics Papers: 13, University of Southern Denmark
- Kulkarni, N. (2009). *A survey of payment mechanisms for public-private partnership transportation projects: Comparisons of the US, India, and Mexico*. New York: The Leonard N. Stern School of Business.
- Kumaraswamy, M., & Zhang, X. (2001). Governmental role in BOT-led infrastructure development. *International Journal of Project Management* , 195-205.
- Kurt, M. E., & Demirhan, Y. (2018). Olası Diyarbakır Şehir Hastanesinin İlimiz Sağlık Sektörü ve Hizmetlerine Etkisi: Swot Analizi Bağlamında Bir Değerlendirme. *II*.

- Uluslararası Ekonomi Siyaset ve Yönetim Sempozyumu* (s. 299-307). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi.
- Li, B., Akinyote, A., Edwards, P., & Hardcastle, C. (2005). The Allocation of Risk in PPP/PFI Construction Projects in the UK. *International Journal of Project Management*(23), 25-35.
- Loiola, F. (2013). *The Formulation of Public-Private Partnership Projects for Infrastructure Development in Brazil: An Institutional Analysis of the Municipality of Fortaleza*. Sheffield: Department of Town and Regional Planning, University of Sheffield.
- Ludden, M. (2016). *The Conceptual Framework of Leadership in a Public Private Partnership*. Walden University.
- Majone, G. (1997). From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences of Changes in the Mode of Governance. *Journal of Public Policy, Vol. 17, No. 2*, 139-167.
- McCann, S. (2014). *A Public Sector Governance Model for Public Private Partnership: Integrating Partnership, Risk and Performance Management in the Operating Phase*. School of Property, Construction and Project Management College of Design and Social Context RMIT University.
- McIntosh N, G. A.-N. (2015). Public-Private Partnership Improves Clinical Performance In A Hospital Network In Lesotho. *Health Aff (Millwood)*, 34(6), 954-62.
- McQuaid, R. (2000). "The Theory of Partnerships - Why have Partnerships", in: S.P. Osborne (ed.), *Managing Public-Private Partnerships for Public Services: An International Perspective*. Routledge, London.
- Mirjam Bult-Spiering, & Dewulf, G. (2008). Characteristics of Public-Private Partnerships. M. Bult-Spiering, & G. Dewulf içinde, *Strategic Issues in Public-Private Partnerships: An International Perspective*. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Mollahaliloğlu, S., Gürsöz, H., Arı, H. O., & Öncül, H. G. (2010). *Türk Sağlık Sistemi 'nde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Monteiro, R. S. (2005). Public-Private Partnerships: Some Lessons From Portugal. A. Riess içinde, *Innovative Financing Of Infrastructure – The Role of Public-Private Partnerships: Lessons From The Early Movers* (s. 72-82). Luxembourg: European Investment Bank.
- Nikolic, I. A., & Maikisch, H. (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European*

- Experience*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Nisar, T. (2007). Value For Money Drivers İn Public Private Partnership Schemes. *International Journal of Public Sector Management*, 20(2), 147-156.
- OECD. (2008). *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*. Paris: OECD.
- Özcan, B. (2015). *Analysing Public Private Partnership Model in Turkish Healthcare Sector: Things to Consider During The Implementation Process And Lessons From the UK Experience*. The University of Edinburgh.
- Öztürk, Y. E., Akman Dömbekçi, H., & Yeşildal, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinin Yeni Yüzü Şehir Hastaneleri: Konya İlinde Nitel Bir Değerlendirme. 2. *Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi* (s. 179-185). Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.
- Özzybek Taş, M. (2018). Sağlık Çalışanlarının ve Vatandaşın Şehir Hastaneleri İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği, (Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Pace, S., Frelinger, D., Lachman, B., Brooks, A., & Gabriele, M. (2000). *The Earth Below: Purchasing Science Data and the Role of Public-Private Partnerships*. Arlington,: Science and Technology Policy Institute.
- Pala, K. (2018). Sunuş. K. Pala içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri* (s. 1-12). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Pangal Çalışkan, Z. (2019). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastaneleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma (Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 547-554.
- Pessoa, A. (2008). Public–Private Partnerships In Developing Countries: Are Infrastructures Responding To The New Oda Strategy? *Journal of International Development*, 311-325.
- Pollock, A., Kondilis, E., & Price, D. (2013). *Blaming the Victims: The Trust Special Administrator's Plans for South East London*. London: Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary, University of London.
- Posnett J. (1999). Is Bigger Better? Concentration in the Provision of Secondary Care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7216), 1063–1065.

- Rakić, B., & Rađenović, T. (2011). Public-Private Partnerships as An Instrument Of New Public Management. *Economics and Organization, Vol.8(No:2)*, 207-220.
- Reich, M. R. (2018). The Core Roles of Transparency and Accountability in the Governance of Global Health Public-Private Partnerships. *Health Systems & Reform, 4(3)*, 239-248.
- Resmi Gazete. (1984). 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, 4 Aralık 1984.
- Resmi Gazete. (1994). 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun, 21954, 8 Haziran 1994.
- Resmi Gazete. (1997). 4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun, 23051, 16 Temmuz 1997.
- Resmi Gazete. (1998). 3465 sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, 23360, 2 Haziran 1998.
- Resmi Gazete. (2001). 4628 sayılı Enerji Piyasası Düzenleme Kurumunun Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, 24335, 3 Mart 2001.
- Resmi Gazete. (2002). 58. Hükümet Programı, 24951, 29 Kasım 2002.
- Resmi Gazete. (2003). 59. Hükümet Programı, 25058, 24 Mart 2003.
- Resmi Gazete. (2005). Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 25875, 14 Temmuz 2005.
- Resmi Gazete. (2006). Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, 26236, 22 Temmuz 2006.
- Resmi Gazete. (2011a). 61. Hükümet Programı, 27997, 17 Temmuz 2011.
- Resmi Gazete. (2011b). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 28103, 2 Kasım 2011.
- Resmi Gazete. (2014a). 62. Hükümet Programı, 29112, 7 Eylül 2014.
- Resmi Gazete. (2014b). Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği, 28995, 9 Mayıs 2014.

- Resmi Gazete. (2014c). *Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*, 28928, 1 Mart 2014.
- Resmi Gazete. (2016). *6728 Sayılı Yatırım Ortamının İyileştirilmesi Amacıyla Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*, 29796, 9 Ağustos 2016.
- Resmi Gazete. (2018). *2018/3 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi*, 30497, 2 Ağustos 2018.
- Reynaers, A.-M., & Graaf, G. (2014). Public Values in Public–Private Partnerships. *International Journal of Public Administration*, 37(2), 120-128.
- Ristov, M. (2018). *Public-Private Partnerships in Developing Countries: What Are the Implications of the Public-Private Partnership on the Social Infrastructure in Brazil? The PPP model of Sao Paulo Hospitals*. Groningen: University of Groningen.
- Russo, S. (2013). *The Swing of Public-Private Partnership in the Italian Hospitals. A Comparative Analysis of Two Case Studies*. Department of Management at Università Ca' Foscari Venezia.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*.
- Sağlık Bakanlığı. (2020a). *TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu 2021 Yılı Bütçe Sunumu*.
- Sağlık Bakanlığı. (2020b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni*.
- Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, S. B. (2021). *Şehir Hastaneleri*. Erişim: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>
- Salamon, L. M. (2011). The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction. *Fordham Urban Law Journal Volume 28*, 1611-1674.
- SASAM Enstitüsü. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü.
- Sayıştay Başkanlığı. (2020). *Sağlık Bakanlığı 2019 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*. Ankara.
- Schaeffer, P. v., & Loveridge, S. (2002). Toward an Understanding of Types of Public-Private Cooperation. *Public Performance & Management Review*, 26(2), 169-189.
- Sedisa, K. (2008). *Public-Private Partnership in the Provision of Secondary Education in the Gaborone City Area of Botswana*. University of South Africa.

- Sezer, Ö., & Vural, T. (2010). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Devletin Değişen Rolü ve Merkezi Yönetim ile Yerel Yönetimler Arasında Yetki ve Görev Paylaşımı. *Maliye Dergisi*, Sayı: 159, 204.
- Skelcher, C. (2005). Jurisdictional Integrity, Polycentrism, and the Design of Democratic Governance,. *Governance*, 18, 89-110.
- Skelcher, C., & Sullivan, H. (2008). Theory-Driven Approaches to Analysing Collaborative Performance,. *Public Management Review*, 10(6), 751-771.
- Songur, C. (2016). Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Modelinin Entegre Sağlık Kampüslerinde Uygulanmasında Paydaşların Görüş ve Değerlendirmeleri (Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi).
- Songur, C., & Top, M. (2018). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(1), 159-168.
- Sözer, A. N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15(Özel Sayı), 215-253.
- Spectrum. (2019). *The Canadian Council for Public-Private Partnerships*, Erişim: <http://www.p3spectrum.ca/>
- Stafford, A. (2012). *PPPs in Spain: Critical Financial Analysis of Toll Road and Healthcare Cases*. Manchester: Manchester Business School.
- Stoker, G. (1998). Governance as Theory: Five Propositions. *International Social Science Journal*, 50(155), 17-28.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2018). 2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2020). *Kamu Özel İşbirliği ile Yürütülen Projeler* Erişim: <https://koi.sbb.gov.tr/>
- Sungur, C. (2018). Sağlık Sektörü Kamu Özel İşbirliği Projelerinde Riskler ve Risk Yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 693-715.
- Şenel Tekin, P. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 5-20.
- T.C. Başbakanlık. (2015). 64. Hükümet Programı, 25 Kasım 2015.

- Tarazona, M. C., & Consuelo, D. V. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(1), 17.
- TBMM. (2011). *T.C. Anayasası*.
- TBMM. (2020). *Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanak Dergisi*.
- Teicher, J., Alam, Q., & Van Gramberg, B. (2006). Managing Trust and Relationships in PPPs: Some Australian Experiences. *International Review of Administrative Sciences* 72(1), 85-100.
- Teisman, G. R., & Kljin, E.-H. (2002). Partnership Arrangements: Governmental Rhetoric or Governance Scheme ? *Public Administration Review*, 62(2), 197-198.
- Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A., & Topçu, H. G. (2019). Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Çalışma Ortamına İlişkin Algılarının İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 455-463.
- Tenşi, M. (2019). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi: İzmir İli Alan Çalışması, (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Thankachen, K. (2015). *Analysis of Public Private Partnership Initiatives in Containerized Rail Transport in India*. Ljubljana: University of Ljubljana Faculty of Economics.
- The World Bank. (2018). *Private Participation in Infrastructure (PPI) Annual Report 2017*.
- The World Bank. (2019). PPI Visualization Dashboard: Erişim: <http://ppi.worldbank.org/visualization/ppi.html#sector=&status=&ppi=&investment=®ion=&ida=&income=&ppp=&mdb=&year=&excel=false&map=&header=true>
- The World Bank. (2020). *Public-Private Partnerships*. World Bank: Erişim: <https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/overview>
- Toker, Ç. (2018). Bütçeyi Hasta Eden Bir Sağlık Modeli: Şehir Hastaneleri. K. Pala içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri* (s. 249-261). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Tosun, N. (2014). *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*(30), 18-23.

- Tükel, R. (2018). Sağlıkta Dönüşümde Son Dönem: Şehir Hastaneleri. K. Pala içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri* (s. 209-227). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği. (2018). *Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri, Çalıştay Raporu*. İstanbul.
- Türk Tabipleri Birliği. (2020). '*Şehir Hastaneleri*' İngiliz Sağlık Sistemini Çökertti!, Erişim: https://ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=6728e744-9232-11e7-b66d-1540034f819c&1534-D83A_1933715A=553c42157418eef73f7354c2eb4ac0caa958744b
- Uğurhan, F. (2018). Orda Bir hastane Var Uzakta: Mersin Şehir Hastanesi. K. Pala içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* (s. 261-276). Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu.
- Uğurluoğlu, D., Gökkaya, D., & Erdem, R. (2019). Şehir Hastanesinde Çalışan Memnuniyeti Araştırması. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi, Advance Online Publication.*, 1-18.
- UK Government. (2020). *Collection Public Private Partnerships*. Erişim: <https://www.gov.uk/government/collections/public-private-partnerships>
- Uysal, Y. (2019). Kamu Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(3), 877-898.
- Ünal, A., & Ünal, A. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 51-56.
- Ürel, O. (2015). The Evaluation of Construction Projects Realized with Public Private Partnership Model In Turkey (Middle East Technical University The Graduate School of Natural and Applied Sciences, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Van Herpen, G. (2002). *Public Private Partnerships, The Advantages and Disadvantages Examined*. Rotterdam: Association for European Transport.
- Vecchi, V., Hellowell, M., & Longo, F. (2010). Are Italian healthcare Organizations Paying Too Much for Their Public-Private Partnerships? *Public Money & Management*, 30(2), 125-132.
- Vian, T., McIntosh, N., Grabowski, A., Nkabane-Nkholongo, E., & Jack, B. (2015, Feb). Hospital Public-Private Partnerships in Low Resource Settings: Perceptions of How the Lesotho PPP Transformed Management Systems and Performance. *Health Systems and Reform*, 1(2), 155-166.

- Villani, E., Greco, L., & Phillips, N. (2017). Understanding Value Creation in Public-Private Partnerships: A Comparative Case Study. *Journal of Management Studies*, 54, 876-905.
- Visconti, R. M. (2016). Healthcare Public-Private Partnerships in Italy: Assessing Risk Sharing And Governance Issues With Pestle And Swot Analysis. *Corporate Ownership & Control*, 13(4), 122-131.
- Voß, J.-P. (2007). Innovation Processes in Governance: The Development of 'Emissions Trading' as a New Policy Instrument. *Science and Public Policy* 34(5), 329-343.
- Wang, Y., & Zhao, J. (2014). Motivations, Obstacles, and Resources: Determinants of Public-Private Partnership in State Toll Road Financing. *Public Performance & Management Review*, Vol 37(No:4), 679-704.
- Webb, R., & Pulle, B. (2002). *Public Private Partnerships: An Introduction*. Australia: Department of the Parliamentary Library.
- WorldBank. (2017). *Public Private Partnerships Transparency and Accountability: Where is My data?* Erişim: <https://blogs.worldbank.org/governance/public-private-partnerships-transparency-and-accountability-where-my-data>
- Yaşlıoğlu, M. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(Özel Sayı), 74-85.
- Yavuz, C. I. (2018). Şehir Hastanelerinde Çalışanların İstihdam Koşulları ve Özlük Hakları. K. Pala içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri* (s. 227-249). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Yazıcı, S. (2018). Kamu Yönetiminde Şeffaflık Ve Hesap Verebilirliğin Toplumsal Algısı: Bir Alan Araştırması. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6(14), 295-317.
- Yescombe, E. (2007). *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*. London.
- Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 15-28.
- Yıldız, D., & Uzunsakal, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*(1), 14-28.

Yıldız, Z., Zengin, N., & Karagöz, Y. (2018). Yapısal Eşitlik Modellemesi ile Sendika Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sivas İli Örneği. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 93-102.



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 01/07/2021

Tez Başlığı: Türk Sağlık Sisteminde Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine Yönelik Sağlık Personelinin Görüş ve Önerilerinin Değerlendirilmesi.

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 237 sayfalık kısmına ilişkin, 01/07/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %7'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- Kaynakça hariç
- Alıntılar hariç
- Alıntılar dâhil
- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

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.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Hakan Oğuz ARI

Öğrenci No: N13248591

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Programı: Sağlık Yönetimi Doktora Programı

Statüsü: Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Prof.Dr.Bayram ŞAHİN)

EK 2. ETİK KOMİSYON İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Tarih: 18.04.2019 17:23
Sayı: 35853172-806.01.03-
E.00000554759



Sayı : 35853172-806.01.03
Konu : Hakan Oğuz ARI (Etik Komisyon İzni)

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sağlık Yönetim Anabilim Dalı Doktora programı öğrencilerinden **Hakan Oğuz ARI**'nın **Prof. Dr. Bayram ŞAHİN** danışmanlığında hazırladığı “**Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Farklı Paydaşların Görüş ve Önerilerinin İncelenmesi**” başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **19 Mart 2019** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU
Rektör Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden 34ecac4f-76bf-4621-bdd4-609e77025868 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Sevda TOPAL



EK 3. ARAŞTIRMA İZİN YAZILARI



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Hakan Oğuz
ARI)

Sayın Hakan Oğuz ARI

Müdürlüğümüze sunmuş olduğunuz "**Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Farklı Paydaşların Görüş ve Önerilerinin İncelenmesi**" konulu bilimsel çalışmanızı **Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde** yapmak istemeniz ile ilgili Bilimsel Çalışma başvuru talebiniz incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuş olup, konu ile ilgili Valilik Makam Olur'u ekte sunulmuştur.

Rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Çalışma Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

Yavuzlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01230 Sk. Seyhan/Adana

Telefon: 0322 344 0303 Faks No: Dahili: 4204

e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d4f16a8-11b5-42f8-9d3e-7122b6861903 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Şerife KÖSE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 322) 344 03 03



T.C.
İSPARTA VALİLİĞİ
İSPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İSPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSPARTA İSTATİSTİK
VE BİLGİ İŞLEM BİRİMİ
25/07/2019 17:25 / 80565742 / 771 / 427
00098111381

Sayı : 80565742-771
Konu : Tez Çalışması (Hakan Oğuz ARI)

Sayın; Hakan Oğuz ARI
(Sağlık Bakanlığı, Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Sağlık Politikaları Enstitüsü,
Yeni Bayındır Mah. Mavi Göl Cad. No:5 Mamak / ANKARA)

İlgi : Hakan Oğuz ARI'nın 08/07/2019 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçeniz incelenmiş olup “Şehir Hastanesi Uygulamasına Yönelik Farklı Paydaşların Görüş ve Önerilerinin İncelenmesi” isimli araştırma tezi çalışmasını Isparta Şehir Hastanesi’nde uygulama talebiniz uygun görülmüş olup, konu ile ilgili alınan komisyon kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (Hakan Oğuz ARI-Tez Çalışması)

Isparta İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Birimi
Sanayi Mah. 142 Nolu Cad. No:72/B Merkez/İSPARTA
Faks No:0(246) 211 96 99

e-Posta:muhamrem.macit@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://ispartaism.saglik.gov.tr>

Bilgi için:Muhamrem MACİT
TOPLUM SAĞLIĞI TEKNİSİYENİ
Telefon No:0(246) 211 96 33
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ed2df56e-2ce6-40b6-8dc6-c9420f75de75 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : 65355327-604.01.02
Konu : Araştırma İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)
(Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : 25/04/2019 tarihli ve 65355327-71 sayılı yazınız.

İlgi yazıya istinaden, Üniversiteniz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Hakan Oğuz ARI'nın "Şehir Hastaneleri Uygulamasına Yönelik Farklı Paydaşların Görüş ve Önerilerinin İncelenmesi " konulu çalışmasının yapılabilmesine dair Üniversitenizin talep yazısı incelenmiş olup;

Yazı ekinde gönderilen Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararında belirtilen sebeplerden söz konusu araştırma çalışmasının yapılması uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Sinan BAHÇACI
İl Sağlık Müdürü

Ek:
ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME
KOMİSYON KARARI (1 sayfa)



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657-771
Konu : Anket Çalışması Hk.

Sayın Hakan Oğuz ARI

İlgi : 11.07.2019 tarihli ve 92198657-000-3499 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden "Şehir hastaneleri uygulamasına yönelik farklı paydaşların görüş ve önerilerinin incelenmesi" konulu tez çalışmanızı **15 Haziran-30 Eylül 2019** tarihleri arasında yapmanız kaydıyla, yapılacak çalışmanın sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Yozgat Şehir Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup, Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formları yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu

Develik Mah. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT

Telefon: 3542175075/112/120 Faks No: 0354 217 60 07

e-Posta: sule.arikan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Ş.ARIKAN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 99c7f717-020b-42ae-9e71-c1d53ff9adea kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Şule ARIKAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 354) 217 50 70

B- KAMU - ÖZEL İŞ BİRLİĞİ UYGULAMALARI HAKKINDAKİ GENEL GÖRÜŞLER

Aşağıda ülkemizde uygulanmakta olan tüm kamu özel iş birliği alanları (şehir hastaneleri, ulaşım projeleri, turizm tesisleri, gümrük tesisleri, kentsel altyapı ve enerji tesisleri v.b.) ile ilgili yargılara yer verilmiştir. Lütfen bu yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Özel sektörün, kamu sektörüne göre sermaye ve teknoloji açısından daha fazla imkana sahip olması, kamu-özel iş birliği modelinin ortaya çıkmasına neden olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Kamu özel iş birliği projeleri, daha çok insana istihdam fırsatı sunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Kamu özel iş birliği modeli, geleneksel olarak kamu tarafından sunulan hizmetlere özel sektörün de katılmasına neden olmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Kamu özel iş birliği projeleri uzun vadeli sözleşmelere dayalı olduğu için gelecekteki kamu giderleri üzerinde bir baskı oluşturabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Kamu özel iş birliği sözleşmeleri hazırlanırken kamu ve özel sektörün hak ve yükümlülükleri net olarak tanımlanmakta, sektörler arasındaki denge gözetilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Kamu özel iş birliği projeleri konusunda, kamu ve özel sektörün bilgi ve birikimlerinin farklı düzeylerde olması risk oluşturmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Kamu özel iş birliği modeli büyük yatırım projelerinin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Kamu özel iş birliği modeli sayesinde kamu tarafının, kaynakların daha verimli kullanılması konusundaki becerileri artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Kamu özel iş birliği uygulamaları, kamu sektörünün yönetim maliyetlerini düşürmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Ülkemizde kamu özel iş birliği projeleri konusunda güçlü bir toplumsal destek vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Ülkemizdeki kamu-özel iş birliği modeli uygulamalarına yönelik bakış açım genel olarak olumludur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

C-ŞEHİR HASTANELERİ UYGULAMASININ SAĞLIK YATIRIMLARI VE FINANSMANI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNE İLİŞKİN

GÖRÜŞLER. Aşağıda ülkemizdeki kamu özel iş birliği projelerinden biri olan şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili yargılara yer verilmiştir. Lütfen bu yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.

12	Şehir hastaneleri uygulaması, sağlık alanındaki yatırımları artırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Şehir hastaneleri uygulamasında, rollerin kamu ve özel sektör arasında paylaşılması, tarafların tek başına sahip olacakları gücün ve etkinin azalmasına sebep olmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Ülkemizde şehir hastanelerinin yapımı için büyük miktarda finansman kaynağına ihtiyaç duyulduğundan dolayı kamu özel iş birliği yoluyla finansman sağlama yöntemi tercih edilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Ülkemizde şehir hastaneleri uygulaması ile, kamu sağlık yatırımlarına özel sektör finansman kaynaklarının da dahil edilmesiyle sağlık yatırımları daha da artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kamu özel iş birliği yoluyla sunulması, kamunun bizzat yatırım yapması ve tüm hizmetlerin yine kamu tarafından sunulmasına göre daha maliyetlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Ülkemizde şehir hastaneleri uygulaması ile özel sektörden yararlanılması, yatırım ve hizmet maliyetlerinde oluşabilecek risk ve sorumlulukların özel sektörle paylaşılmasını sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Şehir hastaneleri uygulamasında, özel sektör açısından birincil amaç kârlılık olduğu için toplum sağlığı açısından sıkıntı yaşanmaması amacıyla kamu sektörü tarafından güçlü bir kontrol mekanizması kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Ülkemizdeki şehir hastaneleri uygulamalarına yönelik bakış açım genel olarak olumludur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Şehir hastaneleri, sahip olduğu imkanların daha fazla olması nedeniyle sağlık turizmi konusunda mevcut devlet hastanelerine göre daha başarılı olacaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

D- ŞEHİR HASTANELERİ UYGULAMASININ HASTANE YÖNETİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
21	Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin yönetsel rollerini artırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin iş yükünün artmasına neden olmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Şehir hastaneleri uygulaması, hastane yöneticilerinin girişimcilik ve işletmecilik becerilerini geliştirmelerini sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Şehir hastanelerinin yatak sayısının fazla olması, yönetim süreçlerinin daha zorlu olmasına neden olmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25	Şehir hastanelerinde hem kamu hem de özel sektör (yüklenici firma) yöneticilerinin olması yönetim süreçlerini güçleştirmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

E- ŞEHİR HASTANELERİNİN VERİMLİLİK ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

26	Şehir hastaneleri uygulaması, kamu sağlık hizmeti sunucularının özel sektörün dinamizminden yararlanmasını sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Şehir hastanelerinde, kamu ve özel sektör taraflarının birlikte çalışması, hastanelerin daha verimli yönetilmelerini sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda mevcut devlet hastanelerine göre daha verimli bir şekilde faaliyet göstermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Şehir hastaneleri, kamunun rekabet gücünü artırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

F- ŞEHİR HASTANELERİNDEKİ HİZMET KALİTESİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

30	Şehir hastanelerinde mevcut devlet hastanelerine göre daha kapsamlı hizmetler sunulmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Şehir hastanelerinde mevcut kamu hastanelerine kıyasla, hastalara daha nitelikli sağlık hizmetleri sunulmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32	Şehir hastaneleri, kamunun daha modern ve konforlu hastanelere sahip olmasına imkân sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33	Şehir hastaneleri sağlık alanında yaratıcı ve yenilikçi uygulamalara imkân vermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34	Şehir hastanesi uygulaması ile sağlık hizmetleri hasta güvenliği açısından daha iyi bir şekilde sunulmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35	Şehir hastaneleri ile hastalara sunulan hizmetin kalitesinde ölçülebilir gelişmeler meydana gelmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36	Şehir hastanelerinde eğitim ve araştırma hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili imkânlar daha iyi düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37	Şehir hastaneleri uygulaması hastaların memnuniyetini artırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

G- ŞEHİR HASTANELERİNDE ŞEFFAFLIK VE DENETİM SÜREÇLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

38	Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde yer alan hususların yerine getirilip getirilmediği yeterli düzeyde denetlenmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39	Şehir hastaneleri uygulamasında, şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından topluma yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

H- ŞEHİR HASTANELERİNDE BİLİŞİM HİZMETLERİ VE TEKNOLOJİK ALTYAPI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
40	Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi altyapısı yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41	Şehir hastanelerinde karşılaşılabilecek aksaklıkların önlenmesi ve çözülmesi amacıyla kurulmuş olan yardım masası etkili ve çözüm odaklı çalışmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

I- ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

42	Şehir hastaneleri toplumun sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43	Şehir hastanelerinde poliklinik bekleme süreleri azalmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44	Şehir hastanelerinde ameliyat bekleme süreleri azalmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45	Şehir hastaneleri uygulaması, daha gelişmiş tıbbi teknolojiye (MR, tomografi vb.) erişimi ve kullanımı kolaylaştırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46	Şehir hastanelerinde, hastalar hastane binaları ve bölümleri arasında kolaylıkla geçiş sağlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47	Hastalar şehir hastanelerine kolaylıkla ulaşabilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48	Şehir hastanelerinde çalışanlar ve hastalar için otopark hizmetleri yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

J- ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER
(Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

49	Şehir hastaneleri uygulaması, kamu ve özel sektör çalışanlarının bilgi ve becerilerini geliştirmelerine fırsat sağlamıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50	Şehir hastanelerinde sağlık personeli sayısı yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51	Şehir hastanelerinde destek personeli (temizlik, güvenlik, yardımcı hizmetli vs.) sayısı yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52	Şehir hastanelerindeki çalışma ortamı kalitesi, mevcut devlet hastanelerine göre daha iyi düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53	Şehir hastanelerinin bağlı olduğu mevzuat, idari yapı, işleyiş gibi konularda çalışanlar yeterince bilgilendirilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
54	Şehir hastanelerinde çalışan personelin özlük haklarında iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
55	Şehir hastanelerinde çalışan personelin iş yükünde mevcut devlet hastaneleri ile kıyaslandığında bir artış olmamıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56	Şehir hastanelerinde çalışan personel şehir hastanelerine kolaylıkla ulaşabilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
57	Şehir hastaneleri uygulamasında, sağlık personelinin hasta odalarına, acil hastalara ve konsültasyon hizmetlerine ulaşım süresi yeterli düzeydedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
58	Şehir hastanelerinde kamu ve yüklenici firma çalışanları arasında iletişim sorunları yaşanabilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
59	Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör personeli arasında yaşanan iletişim sorunları, hizmet sunumunda gecikmelere mahal vermeden ivedilikle çözülmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
60	Şehir hastanesi uygulaması çalışanların performansını artırmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
61	Şehir hastaneleri uygulaması çalışanların memnuniyetini artırmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

K-ÖNERİLER: (Lütfen aşağıdaki yargılara katılım düzeyinizi belirtiniz.)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
62	Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde sözleşmeler kamu çıkarlarını koruyacak şekilde hazırlanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
63	Şehir hastaneleri uygulamasının sonuçları ile ilgili raporlar hazırlanmalı ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
64	Şehir hastaneleri içerisinde hastaların bir birinden başka birime kolay bir şekilde transferlerinin sağlanması için destek personeli sayısı artırılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
65	Şehir hastanelerinde kamu çalışanları ve özel sektör (yüklenici firma) çalışanları arasında yaşanabilecek iletişim sorunlarını gidermek için hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
66	Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler tamamen kamuya bırakılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
67	İleride açılacak şehir hastanelerinde görev alacak yöneticilerin mevcut şehir hastanelerinde staj yapmaları sağlanmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
68	Şehir hastanelerinde çalışanların çalışma ortamı kalitesinin yükseltilmesine ihtiyaç vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
69	Yardım masası hizmetlerinin yürütülmesinde bir Sağlık Bakanlığı yetkilisi görevlendirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
70	Şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin iş gücü veriminin artırılması amacıyla polikliniklerde tıbbi sekreterler görevlendirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
71	Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör işbirliğinin verimliliğini artırmak için özel bir işleyiş ve çalışma rehberi hazırlanarak tüm tarafların bu rehberdeki kurallara göre hareket etmesi sağlanmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
72	Şehir hastanelerinde çalışan personelin mali hakları iyileştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
73	Şehir hastanelerinde sağlık personeli ve diğer personel sayısı artırılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
74	Şehir hastanelerinde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi uygulamaları iyileştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ŞEHİR HASTANELERİ UYGULMASINA İLİŞKİN DİĞER GÖRÜŞ VE ÖNERİLER

1. Şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili yukarıdakiler dışında belirtmek istediğiniz **olumlu** görüşler nelerdir?

.....

2. Şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili yukarıdakiler dışında belirtmek istediğiniz **olumsuz** görüşler nelerdir?

.....

3. Şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili yukarıdakiler dışında belirtmek istediğiniz önerileriniz nelerdir?

.....

