

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL
ORTAKLIĞI MODELİ: ŞEHİR HASTANELERİNE
YÖNELİK AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA**

(Yüksek Lisans Tezi)

Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN

Referans No: 10244154

EDİRNE-2019

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL
ORTAKLIĞI MODELİ: ŞEHİR HASTANELERİNE
YÖNELİK AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA**

(Yüksek Lisans Tezi)

Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN tarafından tez başlığı “ **Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastanelerine Yönelik Ampirik Bir Araştırma** ” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **10/10/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı

JÜRİ BAŞKANI
Prof. Dr. Metin Ateş

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE (Danışman)

Dr. Öğr. Üy. Zekiye Pangal Çalışkan

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE (Danışman)

Dr. Öğr. Üy. Hakan YAŞ

Yukardaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Temmen SİPAHİ
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Tezin yazım sürecinde hiçbir an desteğini esirgemeyen sevgili eşim İlyas ÇALIŞKAN'a, hayatım boyunca desteklerini her an hissettiğim annem Gülşen PANGAL ve babam İsa PANGAL'a, varlığına şükrettiğim oğlum Melik Kemal ÇALIŞKAN'a ve bu süreçte bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocalarım Hakan YAŞ ve Tülay DEMİRALAY'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
KÜRESELLEŞME	3
ÖZELLEŞTİRME	7
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI TANIMI VE ORTAYA ÇIKIŞ SÜRECİ	8
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN YAPISI	12
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI FİNANSMAN MODELLERİ	13
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI	16
FARKLI ÜLKELERDEKİ KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMALARI	18
TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE HUKUKİ ÇERÇEVESİ	21
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU	25
TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI: ŞEHİR HASTANELERİ	28
GEREÇ VE YÖNTEMLER	34
BULGULAR	37
TARTIŞMA	72

SONUÇ	76
ÖZET	80
SUMMARY	82
KAYNAKLAR	84
ŞEKİLLER LİSTESİ	91
ÖZGEÇMİŞ	94
EKLER	



SİMGE VE KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
İHD	: İşletme Hakkı Devri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
PFI	: Private Finance Initiative
PPP	: Public Private Partnership
RİD	: Rehabilitate Et İşlet Devret
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TYFİ	: Tasarla Yap Finanse Et İşlet
vb.	: ve benzeri
YDİ	: Yap Devret İşlet
Yİ	: Yap İşlet
YİD	: Yap İşlet Devret
YKD	: Yap Kirala Devret
YSİ	: Yap Sahiplen İşlet
YSİD	: Yap Sahiplen İşlet Devret

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya ekonomisi 1980'lerden başlayarak küreselleşme kavramını hissetmeye başlamış ve dünya üzerinde neoliberal kapitalizm anlayışı hâkim duruma gelmiştir. Devletin daha etkisiz hale gelmesi, özelleştirme çalışmaları, vergi indirimleri gibi etkenlere bağlı olarak devletlerin ekonomik yapılar içinde en alt seviyede yer almasını öngören bu yeni ekonomik yapı, sermayenin dünya üzerinde sınırsız şekilde hareket etmesini de savunmaktadır (1). Küreselleşmenin etkisiyle gündeme gelen özelleştirme, kapitalist uygulamaların içine düştüğü krizlere cevap olarak ortaya çıkan bir model olmuştur. Özelleştirmeler ülkelerin ekonomi politikalarında önemli bir yere sahip olmuştur. Kamusal hizmetler ve malların özel sektöre devredilmesi şeklinde tanımlanan özelleştirme, günümüzde bütün dünyada hızlı bir şekilde birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da hayata geçmeye başlamıştır.

Dünya genelinde altyapı yatırımları 1980'li yıllara kadar kamusal kaynaklar ile gerçekleştirilmiştir. Ancak altyapı yatırımlarının yüksek maliyetli olması ve kamu kaynaklarının mal ve hizmet sunum finansmanda yetersiz kalması nedeniyle ülkeler yeni bir finansman modeli arayışı içine girmişlerdir. Bu tarihten sonra, yatırımlarda devletin rolünün azalarak özel sektörün etkisinin arttığı Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli gündeme gelmiştir. İlk KÖO uygulamaları, dünyada 17'nci ve 18'nci yüzyılda köprü ve kanal yapımında imtiyaz yoluyla gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Avrupa'da 19'uncu yüzyılda bazı altyapı hizmetleri özel sektör eliyle inşa edilerek işletilmiştir. 20'nci yüzyılda İngiltere, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İtalya, Japonya gibi ülkeler karayolu ağlarının yapımında KÖO modelini kullanmıştır.

KÖO modeli, kamu hizmeti olarak kabul gören fakat devletin tamamen çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün yalnız sunmaktan çekindiği

hizmetlere, özel sektörün katılımını sağlayarak devletin bu konudaki temel sorunu olan finansman sıkıntısına çözüm bulmak amacıyla geliştirilmiştir. Model yüksek sermaye gerektiren büyük projelerde kullanılmaktadır. Bu kapsamda altyapı yatırımları, enerji, ulaşım, sağlık, eğitim gibi sektörlerde uygulanmaktadır. Bu modeli diğer finansman modellerinden ayıran en önemli özellik, yatırımın tamamlanması ve hizmet sunumuna ilişkin tüm risklerin kamu ve özel sektör tarafından ortaklaşa paylaşıldığı oldukça geniş kapsamlı sözleşmelerinin olmasıdır. Ülkemizde de uygulama alanı bulan modelin sağlık sektöründeki örnekleri şehir hastaneleri ve entegre sağlık kampüsleridir. Bu finansman modeli aracılığıyla yapılacak olan sağlık tesisleri, ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir bedel ve süre ile kiralama karşılığında yaptırılmaktadır. KÖO sözleşmelerine göre şehir hastaneleri özel sektör tarafından inşa edilerek, 25 yıl süre ile devlete kiralanacak ve tıbbi hizmetleri devlet yürütecektir. 25 yıl sonra hastane binaları devlete devredilecektir.

Araştırmanın amacı, Türkiye’de sağlık sektöründe son yıllarda uygulanmaya başlanmış yeni bir finansman yöntemi olan KÖO modeline ilişkin şehir hastanelerindeki sağlık çalışanlarının bilgi ve algılarını incelemektir. Son yıllarda hizmete açılan şehir hastaneleri ile ilgili araştırmaların yetersiz görülmesi nedeniyle bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesi gereği duyulmuştur. Bu kapsamda, KÖO ile yapılan şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinin sağlık hizmetlerine etkileri ve uygulanabilirliği de irdelenecektir.

Çalışmada, KÖO ölçeğine verilen cevapların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev/unvan, mesleki çalışma süresi gibi demografik değişkenlere göre algı farklılıklarının olup olmadığını belirlemek üzere hipotezler oluşturulmuştur. Bu bağlamda araştırmada elde edilecek analiz sonuçlarına göre modelin sağlık sistemine katkıları, eleştirel yönleri ile ilgili mevcut durum analizi ortaya konup sağlık çalışanlarının görüşleri üzerinden öneriler sunmak ulaşılmaya hedeflenen hususlar arasındadır.

Bu doğrultuda, çalışmanın genel bilgiler başlığı altında KÖO ile ilgili kavramsal çerçeve araştırılmış ve modelin ülkemizde sağlık sektöründeki uygulaması olan şehir hastaneleri incelenmiştir. Gereç ve yöntemler bölümünde çalışmanın amacı, yöntemi, evren ve örnekleme, kısıtlılıkları aktarılmıştır. Bulgular kısmında çalışmanın hipotezleri analiz edilmiş ve ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir. Tartışma kısmında benzer bilimsel çalışmalar ile kıyaslanarak analizlerle elde edilen bulgular, kabul edilen ve reddedilen hipotezler tartışılmıştır. Sonuç bölümünde ise araştırmanın sonuçlarına değinilerek önerilerde bulunulmuştur.

GENEL BİLGİLER

KÜRESELLEŞME

Küreselleşme kelime kökeni olarak 400 yıl öncesine dayansa da kavram olarak 1960'larda ortaya çıkmıştır. İlerleyen yıllarda kullanım alanı artan kelime 1990'lerde bilim adamları tarafından anahtar sözcük değeri kazanmıştır (1). Bazı kaynaklar coğrafi keşiflerle etkileşimin başladığını ve sanayi devrimi ile kavramın bugünkü halini aldığını belirtmektedir (2). Küreselleşme kavramı ile ilgili literatür genişliği ve kullanımının fazla olmasına rağmen kesin bir tanımı bulunmamaktadır. Dünyada ekonomik, kültürel, politik, toplumsal, teknolojik alanlarda yaşanan gelişmeleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bazı kaynaklar tarafından ulusal sınırların önemini ortadan kaldıran bir süreç olarak görülmektedir (1).

Dünya ekonomisi 1980'lerden başlayarak küreselleşme kavramını daha sert şekilde hissetmeye başlamış ve dünya üzerinde neoliberal kapitalizm anlayışı hâkim duruma gelmeye başlamıştır. Devletin daha etkisiz hale gelmesi, özelleştirme çalışmaları, vergi indirimleri gibi etkenlere bağlı olarak devletlerin ekonomik yapılar içinde en alt seviyede yer almasını öngören bu yeni ekonomik yapı, sermayenin dünya üzerinde sınırsız şekilde hareket etmesini de savunmaktadır. Bu bağlamda bu sürece neoliberal küreselleşme şeklinde bir tanım da getirilebilir (3).

Birçok boyutu olan küreselleşme asıl olarak ekonomik süreçlerle alakalıdır. Ekonomik ve toplumsal ilişkilerin ulusal sınırları aşarak ülkeleri ve toplumları birbirine yakınlaştırmayı ve giderek bütünleşmeyi ifade eden bir kavramdır (2). Küreselleşme, dünya çapında siyasi, ekonomik ve kültürel bütünleşme, düşünceler, görüşler, yaşam pratikleri ve teknolojilerin küresel seviyede kullanılması, sermaye dolaşımının evrensel hale gelmesi, ulus - devlet sınırlarından öteye geçen yeni ilişkiler ve etkileşim şekillerinin ortaya çıkması, mekânların

yakın hale gelmesi, dünyanın küçülmesi, sınırsız rekabet, serbest dolaşım, pazarların dünya ölçeğinde büyüme göstermesi ve böylece ulusal sınırların ötesine geçmesi, özetle dünyanın tek bir pazar durumuna gelmesidir (4).

İnsanların ve toplumsal grupların farklı coğrafyalarda gelişen pek çok olaydan anlık olarak haberdar olabilmeleri ve bu bağlamda birbirlerinden daha yoğun şekilde etkilenmeleri, bu etki ve deneyimleri paylaşabilmeleri ve buna bağlı olarak etki ve deneyimlerin büyük hızlarda yayılım gösterebilmeleri üzerinde durulması gereken konuların başında gelmektedir. Zira bir kavram olarak küreselleşme son dönemde ortaya çıkmış yeni bir kavram olmasına ve günümüzde kadar üzerinde çok farklı tanımlamalar yapılmasına karşın hâlihazırda devam eden ve sürekli değişen bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sürecin ortaya çıkardığı deneyim ve etkiler paylaşılarak yayıldıkça nedenlerinin ve sonuçlarının daha sağlıklı bir şekilde kavranabilmesi mümkün olacak ve bundan sonraki süreçte ortaya çıkabilecek muhtemel etkiler önceden tahmin edilebilecektir (5). Küreselleşmeyi iktisadi açıdan yararları sebebiyle destekleyenler olduğu gibi ulus devlet yapısına zarar vererek milli sınırları zayıflattığı görüşüne inanan kesim de karşı çıkmaktadır (6). Çokuluslu şirketlerin gelişmesi ile ulusal sermayenin karakterinin değişmesi ve küreselleşme ile hükümetlerin ekonomi politikalarının önemini yitirmesiyle ulus devlet kavramının ortadan kalkacağı gibi eleştiriler yapılmaktadır (7). Ekonominin küreselleşmesi sonucu döviz kurları sistematik olarak birbirine bağlanmış ve buna bağlı olarak da para politikaları ulusal düzeyde belirleniyor olmaktan çıkmıştır (8). Geçmişten günümüze gelen, faydalı olup olmadığı ile ilgili tartışmalar sürerken küreselleşme her geçen gün etkisini arttırarak devam etmektedir (6).

Küreselleşmenin ortaya çıkardığı olumlu etkilerden biri, yoğun şekilde bilgi birikiminin sağlanmasıdır. Bu birikim, bilgilerin çeşitlenmesini ve çoğalmasını ortaya çıkarmış ve elde edilen bilgilerin insanların yararına sunulması ile birlikte önemli bir rahatlama ve refah artışı görülmeye başlanmıştır. İnsanlar, dünyanın farklı bir köşesindeki farklı insanlarla anlık olarak görüşmekte ve onlarla her türden bilgiyi paylaşmakta, ürettiklerinden ve geliştirdiklerinden diğerlerini haberdar edebilmektedir. Bu süreçte gelişimini tamamlayan zengin toplumların, zayıf toplumları daha fazla zayıflatacağı kaygısı da ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda küreselleşmenin toplumsal, siyasi, ekonomik ve kültürel açıdan bulunan olumlu ve olumsuz etkileri aşağıdaki gibidir (5);

Küreselleşmenin Olumlu Etkileri

• Küreselleşmenin ortaya çıkardığı etkilere bağlı olarak zaman ve mekana yönelik sınır algısı uzun dönemler boyunca genişlemiş ve günümüze kadar gelmiştir. Böylelikle dünya üzerinde ortaya çıkan tüm gelişmeler tüm insanlığa mal edilir olmaya başlamıştır.

• İnsanlığa ait ortak değerler ortaya çıkmaya başlamış ve insanların ortaya çıkardığı tüm eserler yeniden anlamlandırılmaya başlanmıştır.

• İnsan hakları, özgürlükler, adalet ve eşitlik gibi insani kavramların yaygınlaşmasına bağlı olarak insanların dünyaya ve topluma bakış açıları değişmiş ve insanlar kendilerine güven duymaya başlamışlardır. Böylece insanlar kendi sınırlarını daha net bir şekilde görebilmiş ve daha ileriye gidebilecek atılımları yapma fırsatı elde etmiştir.

• Toplumlarda yaşayan seçkin bazı kesimleri eğitmenin tek başına yetmediği ve kalkınmanın sağlanması için tüm toplum kesimlerine ulaşan bir eğitim sisteminin olması gerektiği ortaya çıkmıştır.

• Sağlık konusu özelinde pek çok önemli hastalığın ülkelerin işbirliği ile ortadan kaldırılması ve bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, ayrıca yaşam sürelerinin artması söz konusu olmuştur.

• Ülkeler arasında farklı iş kollarında uzmanlaşmış işgücünün serbestçe dolaşması sağlanmış, üretimde ve tüketimde rekabet çoğalmış, dünyanın farklı yerlerinde yaşayan insanlar birbirinin üretim ve uzmanlığından yararlanmaya ve birbirlerinin ürettikleri ürünleri tüketmeye başlamışlardır.

• İnsanlar arasında farklı ancak ortak yaşam biçimleri ortaya çıkmış, ortak eğitim politikalarına bağlı olarak ülkelerin vatandaşları arasında ortak bir anlayış oluşmaya başlamıştır.

Küreselleşmenin Olumsuz Etkileri

• Küreselleşen dünya üzerinde güçlü olan devletlerle bütünleşmek mecburiyetinde kalan gelişmekte olan ulus devletleri siyasi, ekonomik ve kültürel açılardan bu büyük devletlerin etkisinde kalarak değişime uğramışlardır. Bunun sonucunda ulusların sınırları yok sayılarak egemenlik ve bağımsızlık gibi önemli kavramların içi boşaltılmıştır. Böylece emperyalizm yayılmış ve buna yönelik yapılan çalışmalar küreselleşme kavramı altında meşru hale getirilmiştir.

• Küreselleşme toplumsal yapıları birbirlerinden farklı ve hatta zıt yönlere doğru çekmiştir. Bu bağlamda kimi durumlarda toplumlar çok daha yakınlaşmış ve bütünleşmişler, kimi durumlarda da toplumsal yapının parçalanması söz konusu olmuştur. Böylece bu iki

farklı durum ülkeler açısından küreselleşmenin dışında kalmamak veya ulusal bütünlüğü koruyabilmek gibi önemli bir ikileme neden olmuştur.

- Dünya üzerindeki ülkelerin üretim güçleri ve tüketim alışkanlıkları farklıdır. Bu açıdan sanayileşmiş (gelişmiş) ülkeler diğer ülkelere göre daha üstün özelliklere sahiptirler. Küreselleşme zenginleşme ve refahın dağılması kadar, fakirlik ve sefaletin dağılmasını hızlandırmış ve güçlendirmiştir.

- Dünyada eğitim süreçlerine dâhil olan insan sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Her aşamada bulunan eğitim kurumları teknolojik gelişmelerin de katkısı ile insanların bilgi ve becerilerine olumlu yönde etki etmektedir. Bununla birlikte eğitim olanaklarından faydalanamayanların sayısında azalma değil, artış olduğu ileri sürülmektedir.

Küreselleşmenin etkisiyle ülkelerin değişen, gelişen yönetim anlayışı kamu sektörünün ve kamusal mal ve hizmetlerin yeniden yapılanmasına yol açmıştır. Bu bağlamda ülkemizde sağlık sektöründe son yıllarda artan değişim küreselleşme sürecinin bir sonucudur (6). Küresel sermayenin kapsamının ve etkisinin artmasına bağlı olarak daha önceden kamusal alanda yürütülen sağlık hizmetleri bazı hizmetlerin talebi karşılayamaması söz konusu olmuştur. Bunun doğal bir sonucu olarak kamu otoritesinin bu açığı özel sektöre başvurarak kapatması kaçınılmaz bir hale gelmiştir (9).

Küresel anlamda tıbbi teknolojilerin ve ilaçların üretilmesi ve pazara sunulması uluslararası çapta faaliyet gösteren şirketlerin elinde bulunmaktadır. Bu işletmeler pazar üzerinde egemenlik kurabildikleri için sağlık sektörünü istedikleri gibi şekillendirebilmektedirler. Diğer taraftan küreselleşmeye bağlı olarak sağlık sektörünün gelişmesi ve pek çok yerel hastalığın küresel boyuta taşınması sağlık sektörünün küresel anlamda büyümesi sonucunu ortaya çıkarmış ve buna ek olarak tedavi maliyetleri de düşmüştür. Uluslararası sermayenin artış göstermesi pek çok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de özerkleşmeyi beraberinde getirmiştir. Sağlık sektörünün özerkleşmesi sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite yükselmiş ve hastaların aldıkları hizmetlerde elde ettikleri kalite algısı yükselmiştir. Ancak bu durum bazı sorunların da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık kuruluşlarının tüzel kişilerin kontrolünde olması ve bu kişilerin de kar beklentisi içinde hareket etmeleri bir müşteri algısının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Buna bağlı olarak sağlık işletmeleri özellikle daha fazla kar elde edebilecekleri hizmetleri öncelikli olarak sunmaya başlamışlardır. Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinin arka planda kalması sonucunu doğurmuştur (9).

Sonuç olarak, bütün dünya küreselleşme olarak kavramlaştırılan bir değişim ve dönüşüm süreci içinde bulunmaktadır. Bununla birlikte küreselleşme kavramı, devletlerin

temel aktör olma durumlarını da değiştirmektedir. Uluslararası çapta faaliyet gösteren işletmelerin devletlerin iç işlerine kadar müdahale edebilme gücünü elde edebilmeleri sebebiyle devletlerin hareket alanları da daralmaktadır. Bu süreçte değişimi yakalayan ve değişimi milli çıkarlarına yönelik olarak kullanabilen toplumlar başarılı olmaktadır. Gelişmiş ülkelerin kamusal işleyişlerini değişen dünya şartlarına göre yeniden yapılandırdıkları bir dönemde, ulus devletlerin de değişen dünya koşulları çerçevesinde, ulusal çıkarlarını koruyacak şekilde devlet aygıtını yeniden yapılandırmaları önem kazanmaktadır (10).

ÖZELLEŞTİRME

1970’li yıllarda kapitalist uygulamalarının içine düştüğü önemli krizler ve bu krizlere cevap olarak ortaya çıkan bir model olması nedeniyle özelleştirmeler ülkelerin ekonomi politikalarında önemli bir yere sahip olmuştur. Kamusal hizmetler ve malların özel sektöre devredilmesi şeklinde tanımlanan özelleştirme, günümüzde bütün dünyada hızlı bir şekilde sağlık alanında da hayata geçmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi pek çok farklı uygulamayı beraberinde getirmekte, hem sağlık personeli hem de sağlık hizmetini alan kişiler bu özelleştirme dalgasından farklı şekillerde etkilenmektedir (11).

1970’li yıllarda başlayan ve bütün dünyayı etkileyen ekonomik kriz dalgalarına bağlı olarak sağlık hizmetleri için de farklı politikalar geliştirilmiş ve sağlık hizmetleri ticarileştirilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri piyasa müdahalelerine açık hale gelmiş ve bu hizmetlerin finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılmıştır. Özelleştirmelerin bu ayırmadan sonra yapılması göz önüne alındığında bu hizmetlerin piyasa tekelinde olmaması gerekliliği savunulmaktadır. Çünkü bu durumda toplumların ihtiyaç duydukları hizmetler yerine karı daha yüksek olan sağlık hizmetlerinin sunulması söz konusu olmakta ve insanların almak istedikleri sağlık hizmetlerine ulaşamayacakları ileri sürülmektedir. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarını ortaya koymadan önce hizmeti almak isteyenlerin ödeme güçleri, yasal düzenlemeler ve devletin temel sağlık amaçları ile uyuşmama gibi konuların ele alınıp incelenmesi önerilmektedir. Nitekim sağlık hizmetleri, maddi bir değer üretmeyen ancak ülke ekonomisinin ürettiği maddi değerleri kullanarak bu değerleri sonuçta toplumsal bir yarara dönüştüren hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, hastaların tedavi edilmesinden ziyade, o toplumdaki insanların hasta olmaması demektir (11).

Özelleştirmenin ilk örneklerinin ortaya çıktığı ülkelerden biri olan İngiltere’de Thatcher döneminde devlete ait pek çok sağlık kurumu şirketleştirme yöntemiyle özelleştirilmiştir. Geride kalan 20 yıllık süre içinde hem gelişmesini sürdüren hem de gelişmiş olan ülkeler çok sayıda ekonomik ve toplumsal politika değişimine maruz kalmışlardır.

Özellikle küresel çaptaki finansal kurumların olmasını istediği politikalara bağlı olarak kamu harcamalarının sağlık ve eğitim sektörlerini de içine alacak biçimde sınırlandırılmasına, devletlerin küçülmeye gitmelerine ve toplumsal politikaların serbest piyasa şartlarını temel alarak uygulanmasına yöneltilen hükümetler sosyal devlet politikalarını terk etmişlerdir (6).

Türkiye’de bugün üzerinde konuşulan içeriğiyle özelleştirme 24 Ocak 1980 günü alınan ve ekonomi literatüründe 24 Ocak kararları adıyla bilinen liberalizasyon süreci ile birlikte başladığı bilinmektedir (11). 1980’den sonraki dönemde sağlık politikalarının zaman içinde değişmesinin en önemli yöntemi geleneksel kamusal yönetim anlayışının terk edilmesi ve küresel gelişmelerle ortaya çıkan yeni kamusal yönetim anlayışıdır. Bu anlayışa bağlı olarak ortaya koyulan reformların olgunlaştığı günümüzde Türkiye’de değişim hareketleri daha hızlı ve etkin bir şekilde kendisini göstermektedir. Günümüzde ortaya konulan kamusal yönetim anlayışı ve ticarileşmeyi hedef olarak gören yeniliklerin farklı sektörlerde de başarıya ulaşması Türkiye’deki siyasetlerin de dikkatini çekmiş ve bu stratejileri Türkiye’deki kamusal sağlık kurumlarında kullanmaya başlamışlardır (6).

2003 senesinde Türkiye’de kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte sağlık sektöründe, ağırlıklı olarak piyasaya yönelik faaliyetleri odak noktasına alan çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin sunulmasında kamu-özel ortaklıkları, kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması (taşeron şirketler), sağlık kuruluşlarının yönetsel ve ekonomik açılardan özerkleştirilerek birer işletmeye dönüştürülmesi, sözleşmeli personel istihdamı ve aile hekimliği gibi uygulamalar, özelleştirme kapsamında ortaya konulan uygulamaların ana hatlarını ortaya koymaktadır (12).

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI TANIMI VE ORTAYA ÇIKIŞ SÜRECİ

KÖO, kamunun sunduğu hizmetlerin altyapı projelerinin inşası için, devlet ve özel sektör tarafından gerçekleştirilen uzun vadeli sözleşmeler içeren yeni bir hizmet sunum modelidir. Kamu hizmetlerinin görülmesinde finansman, altyapı ve hizmet sağlama için kamu ve özel sektörün bir arada bulunmasını ifade etmektedir. Hizmet sunumunu kamu ve özel sektörün birlikte üstlendikleri, maliyetlerin ve risklerin paylaşıldığı bir modeldir (13).

Model; kamu kesimi ve özel sektör arasında kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi amacı için yapılan iş ortaklığı, farklı sektörlerin birlikteliğinden doğan bir iş birliği şekli olan hizmet modelidir. Ortak bir hedefe ulaşmak için iş bölümünü esas alan yeni bir yöntemdir. Tarafların belirli görevleri üstlendiği, risk, kaynak, sorumluluk ve fayda paylaşımı ile oluşturulan iş birliği ve gönüllülük esasına dayanan, kamu hizmeti, finansmanı ve işletme kavramlarını amaçlar doğrultusunda birleştiren bir modeldir. Bu tanımlara göre KÖO, özel

sektör, kamu sektörü ve sivil toplum kuruluşlarını kamu hizmetlerinin sunumunda bir araya getiren; birlikte yönetme ve eşitlik ilkelerini benimseyen, kamusal mal ve hizmet üretiminde risk, maliyet ve fayda gibi çıktıların tüm taraflarca paylaşıldığı bir yöntemdir. KÖO modeli kamusal mal ve hizmet üretimi ve sunumunda alternatif bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Bu yeni yöntemle birlikte kamu hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında etkinlik ve verimliliğin arttırılacağı düşünülmektedir (14). KÖO modeli ile özel sektör sağlık hizmetleri sunumunda; mali kaynaklar ve strateji olarak daha güçlü kaynak temelli, daha verimli ve daha iyi yönetim becerilerine sahip olduğundan bir katalizör görevi görmektedir (15).

Ortaklık modeli, kamunun sunduğu hizmetler olarak değerlendirilen fakat devletin tam olarak çekilmediği ve devlet gücü olmadan özel işletmelerin tek başına sunmak istemediği hizmetlerde, özel işletmeleri özendirmek ve devletin finansman sorununa özel sektörün de katkısıyla çözüm bulmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu model, İngiltere, ABD, İspanya, Portekiz ve İrlanda gibi birçok ülkede de ülkelerin finansman sorunlarına çözüm niteliğinde ortaya çıkmış ve mevcut politikalar kapsamında finansman yöntemi olarak uygulamaya konmuştur (16). Model, kamuya ait hizmetlerin sunumunda; geleneksel olarak tüm hizmetlerin devlet eliyle sunulması ve hizmet sağlanmasının özel sektör eliyle gerçekleştirilmesi arasında kalan ve her iki tarafın ortak hizmet sunduğu bir modeldir (17).

Kamu tarafından sunulmasının zorunlu olduğu hizmetlerin ileri teknoloji gerektiriyor olması ve maliyetlerinin yüksek olmasına karşın kamudaki kısıtlı kaynaklar modelin ortaya çıkışının temel nedenleri arasında gösterilmektedir. Bahsedilen modelin geniş çaplı uygulama alanları mevcuttur. Bu alanlar; köprüler, tüneller, barajlar, sulama sistemleri, içme suyu sistemleri, arıtma tesisleri, elektrik üretim dağıtım ve ticareti, iletişim ve haberleşme altyapısı, kanalizasyon, kültürel yatırımlar, ticari binalar ve tesisler, yurtlar, fabrikalar, jeotermal ve atık tesisleri, maden işletmeleri vb. tesisler, otoyollar, raylı sistemler, yer altı-yer üstü otoparkları, sivil kullanım amaçlı limanlar, marinalar ve havaalanları, yük, yolcu taşımacılık için kullanılan yapılar, sınır kapıları ve gümrüklerdeki tesisler, milli parklar, tabiat parkları vb. hizmet ve yatırımların yapım, işletim ve devrinin sağlanması şeklinde örneklendirilebilir. Bu örneklerden de anlaşılacağı üzere KÖO modeli ile ortaya konacak olan uygulamalar çok farklı sektörlerde ve çok geniş uygulama alanlarında yürütülebilmektedir (18). En basit şekilde örneklendirilecek olursa; özel halk otobüsleri ve şehir içi dolmuşları da imtiyaz sözleşme şekilleriyle devletin kontrolünde sunulan kamu hizmetleridir (19).

Geleneksel olarak kamunun sunmak zorunda olduğu hizmetlerin en önemli özelliği bu hizmetlerin toplumda yaşayan herkesin yararlanmasına açık olması ve toplum yararını

gözetmesidir. Bir hizmetin kamusal hizmet niteliğinde değerlendirilebilmesi yalnızca yasama organının vereceği karar ve izin olmaktadır. Kamusal hizmetler kamu kurum ve kuruluşları tarafından ve önceden belirlenmiş hukuki çerçevede sunulmak zorundadır. Burada bahsedilen hukuki çerçevenin temelini kamu hukuku oluşturmaktadır. Fakat hizmetin niteliğine göre özel hukuk kurallarının da kamu hizmeti sunumu süreçlerinde yürütülmesi söz konusu olabilir. Kamu hizmeti sunumunda süreklilik, hizmeti talep edenlere eşit şekilde davranma, değişkenlik, uyum gibi ilkelere de uyulması gereklidir (20). Bu anlamda kamu hizmetleri ile ilgili geleneksel bakış açısının son dönemde yerini daha modern ve değişimlere ayak uydurabilen bir kamu hizmeti sunumu anlayışı yerleşmiştir. Bir hizmetin kamusal hizmet sayılması için; sunulan hizmetin kamuya verilmesi, kamu kuruluşlarınca verilmesi veya kamu kuruluşunun denetiminde özel hukuka tabi kişilerce verilmesi ve yararlı olması gerekmektedir. 1970'lerde başlayarak 1980'lerin başlarında kamu hizmet anlayışı yeniden şekillenmeye başlamıştır. Bu yeni anlayışa göre, mali reformlar yapmak, kamu giderlerini azaltmak, özel sektörün işletmecilik yöntemlerinden faydalanmak gerekmektedir (21). İngiltere'de 1980'lerde Margaret Thatcher, Amerika'da Ronald Reagan'ın iktidara gelmesiyle devlet tarafından sunulan bazı kamusal hizmetlerin özel sektörle iş birliği ile sunulmasının önü açılmıştır. Devletin ekonomik alandaki etkisi giderek azalmış, kamu harcamalarında kısıtlamaya gidilmiş bunlara bağlı olarak da özelleştirme hükümetlerin öncelikli uygulamaları arasına girmiştir (22). Altyapı yatırımlarının yüksek maliyetli olması ülkeler için zaman içinde çözülmesi gereken bir finansman sorunu haline gelmiştir. 1980'lere kadar dünya genelinde altyapı yatırımları kamu sektörü tarafından gerçekleştirilmiş, finansman kaynağı olarak da bütçe kullanılmıştır. Zamanla devletlerin yatırımlar için ayırdığı kaynakların yetersiz kalması yeni bir finansman yöntemi arayışına sebep olmuştur. Klasik yönetim anlayışına sahip hükümetlerin kamu hizmetlerini olması gerektiği kalitede gerçekleştirememesi ve kaynakların etkin bir şekilde kullanılmamasından dolayı altyapı yatırımlarının finansmanında KÖO modeli yeni bir çözüm olmuştur (23).

Kavram olarak Eski Roma'ya kadar uzanan, 16-17.yüzyılda Fransa'da nehir kanallarının yapımında imtiyaz yöntemi, 19.yüzyıl sonlarına doğru yerel yönetimlerle ilgili yetki devri usulü, 1992'de İngiltere tarafından başlatılan PFI (Private Finance Initiative) yöntemi gibi örneklerin hepsi KÖO modeli uygulamalarıdır (24). Dünyada ilk KÖO örnekleri köprü ve kanal yapımında imtiyaz yoluyla gerçekleşmiştir. 19. yüzyılda Avrupa'da bir takım kamusal hizmetler özel sektör tarafından kurulmuş ve sonrasında işletilmiştir. İkinci dünya savaşı sonrası Fransa, ABD, İtalya, Japonya gibi bazı ülkelere de karayollarının yapımında KÖO kullanılmıştır (25). Osmanlı İmparatorluğu'nda ise, İstanbul Şirket-i Hayriye deniz

hatları işletmesi, Terkos Suyu, 1850'lerde dünyanın ilk metro istasyonlarından gösterilen Beyoğlu Tünel projesi ilk örneklerdir (26). KÖO ile ilgili ilk özel kanun İngiltere'de 1997 yılında kabul edilmiştir. Avrupa Birliği (AB) de KÖO ile ilgili 2004 yılında Greenpeace isimli, üye ülkelere model ile ilgili bilgilendirme niteliğinde kitap yayınlamıştır (27).

Hizmet sunumu konusunda etkin çözümlerin üretilebilmesi için özelleştirmeler, düzenlemeler, iş birlikleri, kamu garantileri, tamamlayıcılık veya rekabet hem kamu bünyesindeki hem de kamu haricinde hizmet sunan paydaşların ilişkilerinin analiz ve çözümlemesinde yeni kamusal hizmet üretim şekli olan KÖO modeli dikkate değer bir konuma sahip olmuştur (17).

Model, okul, stadyum, su kanalı ve dağıtımı, hastaneler, enerji üretimi-dağıtımı, su ve kanalizasyon sistemleri, haberleşme, ulaştırma, güvenlik, hapishaneler, yollar, konut yapımı, turizm ve kamu kesiminin sorumluluğundaki hizmetleri kapsamaktadır. KÖO ile hayata geçirilecek projeler özel sektöre yepyeni bir pazar imkanı sunarken kamu hizmetlerinin sunumunda sektöre yenilikler getirmektedir (28).

KÖO modelinin ne olmadığına dair verilen yanıtlar bu modelin daha sağlıklı bir şekilde anlaşılabilmesi için önem taşır. Bu bağlamda KÖO modeli; hizmet sunumu ve üretilmesi için bir tür dış finansman sağlama aracı, kamusal yararlar için özel sektörün yaptığı bir tür bağış, kamunun kendi bünyesinde olan varlık ve sorumluluklarından feragat etme, kamu kuruluşlarının meydana getirilmesi için kamusal fonksiyonların ticarileştirilmesi veya yönetimlerin farklı bir tür borçlanması yöntemi değildir (29). KÖO modeli özelleştirme de değildir; özelleştirmede bir işin özel kesime devri söz konusuysen KÖO ile yeni iş şekli ortaya çıkarılmaktadır (30).

Sunulacak olan hizmetlerin etkinliğinden söz edebilmek için görev yüklerinin azaltılması, risk paylaşımlarının sağlanması ve hem zaman hem de maliyet açısından tasarrufun sağlanması gereklidir. Etkinlik kuramına göre KÖO modeli; kamu kurumlarının etkinliğinin artırılması, serbest piyasa ekonomisi şartlarının meydana getirilmesi, rekabet edebilen bir yapılanma oluşumunun sağlanması ve buna bağlı olarak sunulacak olan ürün ve hizmetlerde belirli bir kalite düzeyinin üzerine çıkılması açısından önem arz eder (17).

Özel kuruluş kira geliri elde eder ve hizmet sunumu için kendisine devredilen alanları kar güdüsü ile işletir. Yani özel sektör yatırımcılarına kira geliri ile yatırım finansmanı, bazı hizmetlerin devriyle gelir garantisi sunulur (31). Projenin finansmanı, tasarımı, yapımı temel olarak özel sektörün sorumluluğunda olup kamu sağlanan hizmet kalitesinin belirlenmesi ve denetiminden sorumludur. Kamu kesimi projenin müşterisi ve anlaşmanın düzenleyicisi konumundadır (32).

Modelde projeyi yürütecek olan özel sektör kuruluşu veya özel girişimci genellikle şirketler konsorsiyumu olmaktadır. Konsorsiyum, inşaat şirketleri, bankacılar, tasarım mühendisleri, sigorta şirketleri, hukukçular, işletme uzmanları, danışmanlık şirketleri gibi birden fazla farklı kesimi için de bulundurmaktadır (33). KÖO modeli, altyapı yatırımlarının karşılanmasında finansman sağlama amacıyla kullanılırken, özel kesimin işletmecilik deneyimlerinin, kamu kesimin ise koordinasyon, planlama, denetleme ve politika belirleme alanlarında uzmanlığının kullanılacağı bir ortaklık şekli olarak görülmektedir (34).

Hükümetlerin kamusal hizmetler ve altyapı yatırımları için uygun finansal araçlar bulma çabaları, KÖO modelinin ortaya çıkışının ana sebeplerindedir. Bütçe kısıtları, borç oranlarının fazlalığı, kaliteli ve etkin kamu hizmetlerin düşük maliyetlerle gerçekleştirilmesi yollarının aranmasına sebep olmaktadır. Özel ve kamu kesiminin iş birliği çerçevesinde proje geliştirmesi ve özel sektörün uygulama sürecinde tecrübesi temel fonksiyonlarıdır (34).

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN YAPISI

KÖO modelinin yapısı; proje kapsamının belirlenmesi, strateji oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, sözleşme yapılması ve hizmet sunumunun başlaması şeklinde altı aşamada incelenmektedir.

Proje Kapsamının Belirlenmesi

Projenin konusunu belirlemek için projenin gerektirdiği ihtiyaçların tespiti yapılır ve ortaya çıkan ihtiyaçların ne şekilde giderileceğine dair değerlendirme sürecine girilir. Projenin ne tür bir ihtiyacın sonucu olduğu ve projenin ortaya çıkması durumunda hangi yararların elde edileceğinin belirlenmesi süreci bu basamakta ortaya çıkar. Sonuç olarak modelin ilk basamağını oluşturan kapsam belirleme basamağı önem arz etmektedir (13).

Strateji Oluşturulması

Projenin içeriğinin belirlenmesinin ardından stratejinin meydana getirilmesi ikinci basamağı oluşturur. Bu basamakta ihalenin nasıl yapılacağı ile ilgili yol ve yöntem belirlenmeye çalışılır. Bunun için ihale grubu belirlenir. İhale grubu, şartnamenin meydana getirilmesi için çalışır. Bu basamakta risk tespiti de önem arz eder. Bu basamağın tamamlanmasının ardından sonraki basamaklarda burada oluşturulan stratejiye bağlı olarak hareket edilir. Ortaya koyulan stratejinin güçlü olması projedeki başarı oranını arttıracaktır (21).

Seçim Süreci

Seçim sürecinde projeyi gerçekleştirmek için istekli olan firmaların projeye ilişkin teklifleri değerlendirmeye alınır. Firmalar kendilerine uygun teklifleri ihale komisyonuna sunarlar. Burada önemli olan nokta teklif vermeye istekli olan kişi veya kurumların belirlenen ön koşulları sağlamalarıdır. Ön koşulları sağlayabilen kişi veya kurumlar belirlenir (13).

Müzakereler

Bu basamakta proje ile ilgili hizmete ilişkin ön koşulları sağlayan firmalarla görüşmeler gerçekleştirilir. Sözleşme koşullarına bağlı olarak yapılan görüşmeler ve firmalar değerlendirilir. İhaleyi almaya hak kazanan firmayla ortaklık anlaşması sağlanır (13).

Sözleşmenin Yapılması

Kamu kesimi ve özel sektör ihale aşamasına geçerler. İhale sürecinden sonraki aşamada sözleşmelerin hazırlanması ve her iki tarafın onayına sunulması gerekmektedir. Tarafların ortaya konulan bu sözleşme maddelerine bağlılıkları esastır. İhaleye hak kazanmış olan kişi veya kuruluş ile gerçekleştirilecek sözleşmede olası risklerin transferi ve paranın değerlendirilmesi gibi ölçütlere dikkat edilmesi gerekmektedir (21).

Hizmet Sunumunun Başlaması

Son aşamada; KÖO modeline konu olan hizmet ile ilgili gerekli sorumluluklar başlar. Dolayısıyla ihaleye konu olan hizmet artık kullanıma sunulmuştur (21).

Kamu Özel Ortaklığı yapısı kapsamında özel sektörün risk paylaşımı ile ilgili algısı ve risk kabullenme düzeyi farklılık göstermektedir. Bu yüzden özel sektöre devredilebilen ve devredilemeyen risk unsurlarından bahsedilebilir. KÖO modeli hususunda projelere ilişkin risk paylaşımı işlemlerinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir. KÖO modelinde, özel sektör ile kamunun risk paylaşım düzeyleri sektörler ve işletmeler arasında farklılık göstermektedir (36).

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI FİNANSMAN MODELLERİ

KÖO çerçevesinde kullanılan yöntemler aşağıdaki gibidir (37):

- Yap-İşlet (Yİ)
- Yap-İşlet-Devret (YİD)
- Yap-Sahiplen-İşlet-Devret (YSİD)
- Yap-Kirala-Devret (YKD)

- İşletme Hakkı Devri (İHD)
- Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet (TYFİ)
- Rehabilitate Et-İşlet-Devret (REİD)
- Yap-Sahiplen-İşlet (YSİ)
- Yap-Devret-İşlet (YDİ)
- Özel Sektörle Ortak Şirket Kurmak vb.

Yap-İşlet (Yİ)

Yİ modelinde yatırımı gerçekleştiren girişimci mülkiyet hakkına sahip olup girişimcinin tesisi belirlenen süre bitiminde kamuya devretme zorunluluğu bulunmamaktadır (38). Kurulan tesis özel şirkete ait olmakta ve kamu tarafından belirli bir süre işletme izni verilmektedir (39). Türkiye’de 4283 sayılı “Yap İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkındaki Kanun” ile termik santral kurulması, işletilmesi ve üretilen elektriğin satışı bu model kapsamında sağlanmaktadır (38).

Yap İşlet Devret (YİD)

Kamu tarafından verilmesi gereken bazı hizmetlerin ortaya çıkarılabilmesi için gereken mali kaynak bazı durumlarda kamu eliyle finanse edilemeyebilir. İleri teknoloji ve yüksek rakamlarda mali kaynağın gerekli olduğu yatırımlar için oluşturulan özel finansman şeklidir. Kar dâhil yatırım karşılığının özel sektöre, işletme süresince üretilen ürün ve hizmetlerin tesis yönetimi ya da hizmetten yararlanan kişilerce satın alınarak ödendiği modeldir (40). YİD modelinin bilinen uluslararası ilk örneği Süveyş Kanalı’dır (41). Türkiye’de bu model, 08.06.1994 tarih 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun kapsamında düzenlenmiştir (42).

Yap Sahiplen İşlet Devret (YSİD)

YSİD modelinde çok yüksek bütçeye sahip olan altyapı yatırımlarının yapılması hedeflenmektedir. Otoyol, köprü, baraj gibi altyapı yatırımları bu model ile yapılabilir. Modele göre özel şirketler tesisin bitirilebilmesi için gereken mali kaynakları temin ederler ve tesisi inşa ederler. Ardından önceden belirlenmiş bir süreliğine tesisin sahibi olan kişi veya kuruluşlar bu süre içinde işletme hakkını da elde ederler. Ağırlıklı olarak bu süre 15 ile 30 yıl arasındadır. Belirlenen sürenin sona ermesinin ardından özel kuruluş tesisi kamuya devreder. Model dünyanın önde gelen büyük kuruluşlarından Dünya Bankası, Asya ve Avrupa

Kalkınma Bankaları tarafından da desteklenmektedir. Bu model ile yapılan bazı büyük yapılar ise Avusturalya’da bulunan Sidney Limanı ile Melburn City Link projeleri, Yeni Zelanda’da bulunan Mangawhai Limanı atık su tesisi şeklinde sıralanabilir (36).

Yap Kirala Devret (YKD)

Bu modelde, özel sektör tarafından tesis ile ilgili projenin tasarlanması, finanse edilmesi, inşasının yapılması, sözleşmede belirtilen süre boyunca kamuya kiralanması ve sözleşme süresi bitiminde tesis mülkiyetinin kamu idaresine geçmesi söz konusudur (39). Kamu, tesisi kullanım ücreti olarak sözleşmede belirlenen vadelerle taksit ödemektedir. Bu model genellikle projelerin sahipliğinin özel sektöre ait olmasının tepki göreceği türdeki projelerde tercih edilmektedir. Örneğin ülke için stratejik öneme sahip olan bazı yatırımlar (yol, köprü, tünel gibi) bu model ile yapılabilmektedir. Çünkü bu tür yatırımların ülkenin geleceği ile ilgili stratejik önemi vardır ve bu tür stratejik öneme sahip yapılar kişi veya kuruluşlara ait olamaz (36).

Türkiye’de YKD modeline en iyi örnek şehir hastaneleridir. 6428 sayılı Kanun ile YKD modellenli sağlık tesisleri, 351 sayılı Kanun ve 652 sayılı KHK kapsamında YKD modellenli yurt ve eğitim kurumları yapılmıştır (42).

İşletme Hakkı Devri (İHD)

Model, mülkiyet hakkı kamuda saklı kalarak, var olan bir tesisin sözleşme kapsamında belirli bir süre ve bedel karşılığında özel kişilerce işletilmesidir. Kar ve zarar işletmeciye aittir ve belirlenen süre sonunda tesis çalışır şekilde kamuya devredilir. İHD modellenli projeler 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkındaki Kanun ve 5335 sayılı Kanun kapsamında gerçekleştirilmektedir (42).

Yap Sahiplen İşlet (YSİ)

YSİ modelinde özel kişi veya kuruluş kamunun işletmeye ve fiyatlamaya ilişkin getirdiği kurallara uymak mecburiyetidir ve kamu ile gerçekleştirdiği bir tür sözleşmeye dayalı işletme hakkına sahiptir. Bu hak belirsiz süreler ve belirli sınırlar içinde geçerlidir. Bu sözleşmeye bağlı olarak belirli bir ürün veya hizmetin ortaya çıkarılmasını sağlayan kişi veya kuruma şartlara bağlı bir işletme hakkı verilir. Bu modeldeki dayanak noktası devlet tarafından konulan kuralların kesin bağlayıcı olması ve iki taraf arasında yapılan sözleşmeye dayalı anlaşmanın süresiz olması sebebiyle de yatırımcının kamu tarafından getirilen şart ve kısıtlara karşı çıkmamasıdır. Hakların sınırsız süreli elde edilmesi yatırımcılar açısından çok

önemlidir. Bu modele ABD’de bulunan Virginia ve Kaliforniya eyaletindeki ücretli otoyollar örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca Çin’de de bazı ücretli yol projeleri bu model esasları çerçevesinde yürütülmektedir. Filipinler ve Endonezya’da bulunan çok sayıda enerji santrali ve Güneydoğu Asya’da faaliyete geçirilen çok sayıda özel liman da bu model esasları çerçevesinde inşa edilmişlerdir (43).

Yap Devret İşlet (YDİ)

Bu modele göre özel işletme sahibi kişi veya kuruluş sonradan işletebileceği ve gelir elde edebileceği projenin ortaya çıkarılması için gerekli çalışmaları ve yatırımı yapmakta, süreci tamamlamakta ve hizmetin sunumuna başlanmasının ardından kanuni olarak nihai sahibi olan devlete devrini gerçekleştirmektedir. Tesisi devralan devlet içindeki ilgili kurum bu yapıyı inşasını yapan kişi veya kuruluşa uzun süreli sözleşme yöntemi ile kiralamaktadır. Model kapsamında özel işletme sahibi kuruluş, bu kiralama sürecinde belirli bir kar elde etmekte ve aynı zamanda kira ödemektedir. Özel kişi veya kuruluş tarafından önce ortaya çıkarılan ve devlete devredilmesinin ardından yeniden kiralama yapılmasındaki temel amaç; devlet tarafından sunulması gereken hizmetlerin özel kişi veya kuruluşlarda bulunması sonucunda ortaya çıkması muhtemel kanuni sıkıntıları bertaraf edebilmektir. Bahsi geçen bu model ağırlıklı olarak Güneydoğu Asya ülkelerinde ve telekomünikasyon sektöründe uygulanmaktadır (43).

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Avantajları

Modelin uygulamalarında, özel sektörün finansman ile ilgili risklerin yönetiminde uzman olması, zaman takvimi planlama becerisinin olması, kamu sektörünün ise büyük ölçekli planlama yapabilmede uzman olması en büyük avantajdır. Modelin bu avantajlarla birlikte maliyetleri azaltacağı düşünülmektedir (44).

Bu model ile kamuya ait hizmet ve yükümlülüklerin hem daha az maliyetle hem de daha yüksek kalite ile yapılmasını amaçlanmaktadır. Bir başka deyişle bu model sayesinde kamuya ait hizmetlerin sunumunda en düşük maliyet ve en yüksek fayda sonucuna erişilmektedir. Böylelikle kamu hizmetlerin sunulmasında etkili ve verimli sonuçlar elde edilmektedir. Kamu kendisinden beklenen hizmetleri daha kısa sürede gerçekleştirmektedir. Model ile yüksek bütçeli yatırımların gerçekleştirilebilmesi ve mali sorunlarla yapımı

ertelenen altyapı hizmetleri ve tesislerin inşasının yapılmasını mümkün kılmaktadır. Bu model ile atıl durumdaki sermaye kullanılmış olacaktır. Kamusal hizmetlerin vatandaşlara sunulması için gereken mali kaynakların doğru şekilde yönetilememesi hizmet süreçlerinde aksamalara ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Özel sektör söz konusu hizmete ilişkin sahip olduğu deneyimleri kullanarak bu gibi sorunların önüne geçmektedir. Mali açıdan avantajlı sonuçlar elde edilir. Yüksek finansman kaynakları gerektiren projelerin hayata geçirilmesinde özel sektörün projeye dâhil edilmesi kamu üzerindeki mali yükü hafifletmektedir. Bu bağlamda devlet üzerinde önemli mali kaynak avantajının sağlanacağı söylenebilir (45).

Şehir hastanelerinin yeni olmasından dolayı fiziki görüntü açısından eski hastanelere oranla çok daha iyi durumda olması ve yeni binaların hijyen koşullarının iyi olması, hastanelerde kullanılan araç gereçlerin kaliteli ve teknolojik olması, hasta odalarının genellikle tek kişilik ve konforlu olması, özetle otelcilik hizmeti verilmesi modelin avantajları arasında sayılmaktadır (46).

Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Dezavantajları

Konu ile ilgili araştırma yapan uzmanlar KÖO modeli ile ilgili sözleşmelerin karmaşık olduğunu ileri sürmektedir. Bu bağlamda bu tür sözleşmelerin konusunda uzman kişilerce, her iki tarafın da kolaylıkla anlayabileceği kadar net sözleşmelerin hazırlanması ve onaylanması gerekmektedir (47). Sözleşme sürelerinin uzaması ve sözleşmelerdeki belirsizlikler devletin altından kalkamayacağı risklere maruz kalmasına sebep olabilir (48). Ayrıca sözleşme sürelerinin uzun olmasının piyasalarda rekabet kısıtı yaratacağı öngörülmektedir (49).

Önceden kamu tarafından sunulan hizmetlerin özel kişi ve kurumlara devredilmesi kamu bünyesinde bu hizmeti sunan kalifiye personelin de kaybolması ve kamunun bu alandaki yeteneğinin kaybı anlamına gelmektedir. Bu durum kamu otoritesine karşı bir güven kaybını da beraberinde getirebilmektedir (47).

Modeli esas alan uygulamalara yabancı sermayenin ilgi göstermesi hizmet kullanıcıları açısından yabancılaşıma ve yabancı imtiyazları gibi ifadeleri çağrıştırabileceği için bu model uygulamalarına tepki meydana gelebilir. Çünkü halk arasında KÖO modelinin özelleştirmenin yeni şekli olduğuna dair algı artmaktadır (47). Sağlık yöneticileri de özel sektörün şehir hastanelerindeki varlığının özelleştirmeyi getireceği kaygısını taşımaktadır (48).

Model özel sektörle risklerin paylaşılması ve kamu yatırım giderlerinin azalması sonucunda kamu bütçesinin üzerindeki baskıyı azaltır. Böylece daha kolay yönetilen kamu

bütçesi daha esnek bir hal alır. Fakat bu savunma sadece kısa dönem için geçerlidir (50). KÖO sözleşmeleri de genel olarak uzun vadeli sözleşmelerdir. Bu nedenle uzun süreli ödeme zorunluluklarına bağlı olarak bütçenin esnekliğinde sorunlar ortaya çıkabilmektedir (47).

Yüksek teknolojiye sahip şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinin bugün olduğundan daha kaliteli, daha konforlu sunulacağı, araştırma ve geliştirme çalışmalarının yapılacağı modern sağlık tesisleri olarak tanımlanmaktadır. Tüm bunlar yüksek maliyetli hizmetler olduğundan, halkın ihtiyaçlarına göre sağlık hizmeti sunumu yerine piyasa sinyallerine göre hizmet belirleme anlayışının hâkim olduğu eleştirileri getirilmektedir (51).

Literatürde yapılan çalışmalara göre, KÖO projelerinin başarı ile sonuçlanması için özenle hazırlanmış detaylı fizibilite çalışmalarının olması ve sözleşmelerde şeffaflığın sağlanması yönünde görüşler bulunmaktadır. Aksi halde projelerin büyük oranda başarısızlıkla sonuçlanacağı düşünülmektedir (52).

FARKLI ÜLKELERDEKİ KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMALARI

Uzun yıllardan beri özellikle İtalya, İngiltere, İspanya ve Fransa'da KÖO modeli uygulanmaktadır. Bu ülkelerde Türkçe tam karşılığı imtiyaz (kullanım hakkı) olan "concession" kelimesi KÖO modelini ifade etmektedir. Bu ülkelerde; ısıtma, soğutma, internet ve televizyon hizmetleri, su, kanalizasyon, katı atıkların toplanması ve belediye hizmetleri kültür ve spor tesisleri, spor salonları, tiyatrolar ve sinema salonlarının olduğu gösteri merkezleri, otoyol yapımı ve işletilmesi gibi hizmetler ile ilgili uzun vadeli anlaşmalara imza atılmaktadır (45). Dünya üzerindeki tüm devletler sağlık sektöründe de ciddi yatırımlar yapma zorunluluğu ile karşı karşıyadır. Halihazırda hizmet veren çok sayıda sağlık kuruluşu modern sağlık hizmeti vermek adına yenilenmeye ihtiyaç duymaktadır. Hükümetler artan finansal ihtiyaçlarla başa çıkmak için imtiyaz uygulamaları üzerinde durmak zorunda kalmışlardır (53).

İmtiyazlar İngiltere hükümet politikalarında, Ulusal Sağlık Hizmetleri sermaye programında en etkili finansman şekli konumuna gelmiştir (53). İngiltere de 90'lı yılların başlarında kamu alt yapı yatırımlarını hayata geçirmeye yönelik yeterli kaynakları bulamamaktaydı. Buna bağlı olarak özel sektörden sağlanacak kaynaklara ihtiyaç ortaya çıkmıştır. İhtiyaç duyulan mali kaynakların bulunması için geliştirilen PFI modeli, kamu kurumlarını tesislerin yetkilisi ve işletmecisi pozisyonundan, hizmetleri özel şirketlerden satın alan konuma geçirmiştir (24). Birleşik Krallık'ta 1993 yılından beri uygulanan KÖO yöntemi ile en çok yatırım yapılan sektör sağlık sektörü olmuştur (54).

KÖO modelinde özel işletmelerin kamu hastanelerinin inşasını gerçekleştirmesi ve bu hastanelere belirli bir süre sahip olması ve işletmesini gündeme getirebileceği gibi bir özel kesimin yeni kamu kurumu inşa etmesi ve devlete kira karşılığında vermesi şeklinde uygulamalar da gündeme gelebilmektedir. Avustralya’da özel işletmelerin işletme hakkını elinde bulundurduğu kamu hastanelerinde ortaya çıkan maliyetler ile kamu sektörü bünyesinde hizmet sunan sağlık kuruluşları maliyetleri karşılaştırıldığında ortalama yüzde 20 oranında düşüş gösterdiği görülmüştür ve kamu hastanelerine oranla hizmetleri daha ucuza sunabildikleri tespit edilmiştir (55). Avustralya, Yeni Zelanda ve ABD KÖO modelini daha çok hapishane, otoyol ve hastane binalarının inşa edilmesinde kullanmıştır (24).

Ekonomik gelişme ve büyüme içinde olan bütün hükümetler sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere tüm kamu hizmetlerinin altyapı projelerinin finanse edilmesi için çeşitli alternatif girişim arayışına girmişlerdir. Hindistan da, Thatcher ve Reagan hükümetlerinin İngiltere ve ABD’deki PFI ve PPP (Public Private Partnership) girişimlerini kabul etmiştir (56).

Brezilya’da hükümet tarafından kurulmuş olan ve hükümetin finansmanını yaptığı 12 yeni hastane yapılan sözleşmelerle özel işletmelere devredilmiştir. Gerçekleştirilen bu uygulama ile Brezilya Hükümeti sağlık alanındaki yükünü hafifletmeyi, hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesini ve verimliliğini yükseltmeyi hedeflemektedir. Avrupa’da ise KÖO modeli daha çok İsveç ve İngiltere’de kullanılmaktadır. İsveç’te hastane işletmesi ile ilgili profesyonel bir kuruluşa 240 yataklı bir kamu sağlık kuruluşu kiralanmış ve işletmede yüzde 30 oranında bir maliyet tasarrufu elde edilmiştir. İngiltere’de son 20 senede çok sayıda kamu sağlık kuruluşunun finansmanı, tesis yapımı ve yönetiminde KÖO modeli uygulanmıştır. FPI kapsamında temizlik, çamaşırhane, yemekhane, güvenlik, park hizmetleri gibi sağlık sektörü ile doğrudan ilgisi bulunmayan hizmetlerin sağlanması için özel şirketlerle anlaşmalar gerçekleştirilmektedir (57). Avrupa’ya genel anlamda bakıldığında en sık uygulanan modelin YİD olduğu görülebilir. Karma işletmeler yoğun olarak Fransa’da uygulama alanı bulmuştur (39).

Bu ortaklık modeli hastaların aldıkları hizmetin kalitesinde yükselme ve maliyetleri azaltılması noktasında güçlü bir araç konumunda bulunmasına karşılık yöneticilerin hizmetlere erişim, finans, kurumlar arası rekabet konusunda dikkatli olması gereklidir. KÖO, kamusal sağlık kuruluşlarının destek hizmetleri ve klinik olmayan hizmetlerini özel şirketlerden satın alması şeklinde yapılabilir. Bununla birlikte bu model yeni bir kamu hastanesinin özel işletme eliyle finanse edilmesi, inşaatının yapılması ve tekrar kamuya kiraya verilmesi; özel işletmelerin tesisi hastane amacı dışında işletemeyeceği şartı ile kamu sağlık

kuruluşunun özel işletmelere satılması biçiminde de uygulamalara yer verebilmektedir (53,55).

Avrupa Birliği de KÖO ile ilgili 2004 yılında Green Paper isimli bir kitap yayınlamıştır. Üye ülkelere yol gösterici nitelikte olan kitapta KÖO projeleri ile ilgili şu dört öge önemsenmektedir (39);

1. Kamu kesimi ile özel işletme arasında belirli düzeyde ortaklık yapılan projenin planlaması gereklidir.

2. Model kapsam olarak özel sektör tarafından finanse edilen bir tür yatırım modelidir. Fakat kimi durumlarda kamu sektörünün de finans ediciler arasında yer alması söz konusu olabilmektedir. Diğer bir deyişle özel sektör ve kamu sektörü arasında bir paylaşım vardır.

3. Özel şirketler kar elde etme amacı güderken kamu kesimi toplum yararını gözetir. Bu nedenle denetleme mekanizmaları kamu eliyle oluşturulmalı ve takip edilmelidir.

4. Genellikle Kamu sektörü kendi tarafından doğan riskleri devretmek istemektedir. Bu bağlamda risklerin dağılımı projeler arasında farklılıklar gösterebilir.

Kamu Özel Ortaklığı modeli ile gerçekleştirilmek istenen projelere karşı çoğu zaman kongrede sert muhalefetle karşılaşan Amerikan Hükümeti yürütülen projelerde elde edilen yararların öngörülenden fazla olmasına bağlı olarak yeni projeleri aynı modeli uygulayarak hayata geçirebilmiştir. 2007 senesinde Ulaşım ve Altyapı Komitesi Başkanı, tüm eyalet valilerine ulusal çıkarılara uymayan KÖO modeli kapsamında yürütülen tüm anlaşmaların iptal edileceğine dair birer yazı yollamıştır. Bu yazının sonrasında benzin fiyatlarında artışlar meydana gelmiş ve tüketim miktarları da azalmıştır. Tüketimde meydana gelen azalmaya bağlı olarak ülkede bulunan Otoyol Tröstü iflasını istemiştir. Mississippi Nehrinin üzerinde bulunan bir köprüünün göçmesi hükümete toplamda 1 trilyon doları bulan bir onarım maliyeti çıkarmıştır. Meydana gelen bu olayların sonucunda KÖO modeline bağlı projeler ve ilgili düzenlemeler önemli hale gelmiştir (45).

Fransa 2004 yılında kabul edilen 2004 - 559 numaralı Kanun Hükmünde Kararname ile “ Contrat de Partenariat ” (Ortaklık Anlaşması) modelini uygulamaya koymuştur (24).

İspanya’da KÖO için Alzira Hastanesi’nde geliştirilen uygulama, özel konsorsiyum tarafından yönetilen, sağlık hizmeti alan nüfus için kişi başı ödeme sorumluluğunun kabul edildiği benzersiz bir model olmuştur. 1999 yılında Valencia’da eski bir tesisin yerine hastane inşa etmesi ve işletmesi amacıyla sigorta şirketleri, bankalar ve inşaat şirketlerinden oluşan bir konsorsiyum ile hükümet arasında sözleşme imzalandı. Hastane standart performans ölçütlerinde yüksek seviyelere ulaşmayı başarsa da sözleşmenin finansal olarak sürdürülemez olduğu anlaşıldı ve 2018 yılında mevcut hükümet tarafından idari imtiyaz sona erdirildi (14).

Nisan 2018’de idari imtiyazın yenilenmesi beklenirken Valencia’nın Sağlık Kurumu otoriteleri imtiyazı sona erdirmeye ve kamu hükmüne doğrudan geri dönmeye karar verdi. Özellikle sol görüşlü bölgesel hükümeti gibi paydaş düşünceli olanlar kamu hükmüne geri dönmekten yanayken, Alzira modelinin savunucuları, verimlilik, kişi başına harcama ve kalite bakımından üstün olduğunu savundu. Alzira modelinin sona ermesi ile kamu hizmetlerinin tercih edilen hizmet sunum modeli olduğu için ve gelecekteki yürürlüğe girecek olan KÖO modelleri için kanunda daha fazla düzenleme ve değişikliğe gidildi (15).

İspanya’da genel anlamda KÖO modeline uygun yürütülen projeler ve çalışmalarda başarılı olmak için dört konu ele alınmaktadır (39):

1. Kuralları ve istekleri net bir siyasi karar bulunmalı,
2. Kendi içinde istikrarı olan ve modele uygun bir kanuni düzenleme yapılmalı,
3. Siyasi olarak belirli düzeyde bir istikrarın sağlanması gerekli,
4. Projeler kapsamında verilen taahhüt veya sözler hükümete ait değil devlete ait olmalı. Kararlar hükümetler üstü olmalı ve devleti bağlamalı.

İspanya bu dört maddelik ana kural çerçevesinde KÖO projeleri ile ilgili çalışmalara ağırlık vermiş ve modele uygun uygulamalar hayata geçirilmiştir. İspanya’da, KÖO modeline uygun projelerin uygulanması sosyal fayda sağlaması gözetilerek gerçekleştirilmektedir. Başkent Madrid’e yaklaşık 1,5 milyon dolar harcanarak 9 hastane yapılmıştır. Bu sağlık tesisleri mülkiyet olarak devlete aittir fakat uzun vadeli kira sözleşmeleri ile özel şirketlere anlaşmadaki bedeller ödenmekte ve denetleme kamu otoritesi tarafından sağlanmaktadır. Buradaki asıl amaç kamu yararının gözetilmesidir (39).

TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE HUKUKİ ÇERÇEVESİ

Türkiye’de KÖO modeli AB’den etkilenecek yaygınlık kazanmıştır. AB üyesi olan ülkelerdeki altyapı yatırımlarının bu model kullanılarak gerçekleştirilmiş olması, AB’nin model için ayırdığı fonlar ve özel şirketlerin ortaklık için artan girişimleri devletin de adım atmasını sağlamıştır. Ülkemizde konuya ilişkin atılması gereken ilk adım kuşkusuz öncelikle İngiltere ve AB düzenlemeleri olmak üzere, diğer ülkelerde elde edilen tecrübeler ve birikimler dikkate alınarak kanuni çerçevenin meydana getirilmesi olmuştur (58). Modele ilişkin şöyle bir tanımlama yapılmıştır; belirli bir sözleşmeye dayalı, hizmet ve yatırımların, projeden doğacak risklerin ve maliyetlerin, elde edilecek gelirlerin devlet ve özel kuruluşlar arasında paylaşılması ile gerçekleştirilen bir modeldir. Diğer bir deyişle KÖO modeli kamusal hizmet sunumunda devleti ve özel sektörü birleştiren; eşitlik ile birlikte yönetme ilkelerini esas alan, malların ve hizmetlerin üretilmesi sırasında ortaya çıkan maliyetlerin, risklerin ve

yararların ortaklaşa paylaşıldığı bir yöntemdir (29). Türkiye’de Kalkınma Bakanlığı tarafından hazırlanan orta vadeli planlarda son yıllarda bu modelin tüm kamu hizmetleri için yaygın hale getirilmesi amaçlanmış ve bu nedenle Kalkınma Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı oluşturulmuştur (59).

İlk kez İngiltere’de uygulamaya konulan KÖO modelinin, Türkiye’de Entegre Sağlık Kampüsleri ya da diğer adıyla Şehir Hastaneleri projelerinin hayata geçirilmesi ile uygulandığı görülmektedir. Kaynaklardan elde edilen verilere göre özellikle İngiltere’de yüzde 30 civarında mali avantaj sağlaması bu modelin uygulanabilirliğini ortaya koymaktadır (47).

Türkiye’deki uygulamalar incelendiğinde ağırlıklı olarak YİD, Yİ ve İşletme Hakkı Devri modellerinde örnekler görülmektedir (60). Bunun haricinde kimi KÖO modeli örneklerinin, 1994 senesinde yürürlüğe alınan Özelleştirme Uygulamaları Kanunu ile yapıldığı görülmektedir. Özelleştirme İdaresi Başkanlığı tarafından hayata geçirilen KÖO modeli uygulamaları da; Ankara Doğal Elektrik Üretim, Atik Ali Paşa Yalısı, İzmir Toptan Balık Hali, Maden Ruhsatları, Araç Muayene İstasyonları, Marinalar ve Tuzlalar olarak sıralanabilir. Aynı kuruluş tarafından özelleştirilme işlemleri sonuçlanan KÖO modeli uygulamalarına dâhil edilebilecek limanlar da bulunmaktadır. Fakat limanlar söz konusu olduğunda konuya iki açıdan bakmakta fayda vardır. Limanlar gelir paylaşım ve gelir paylaşısız olmak üzere iki şekilde KÖO modellerine konu olmaktadır. Tekirdağ, Giresun, Rize, Ordu ve Hopa limanları gelir paylaşım; Antalya, Alanya, Kuşadası, Çeşme, Dikili, Trabzon, Mersin limanlarıysa gelir paylaşısız limanlardır. Bu limanların haricinde İzmir ve Derince’deki KÖO modeli kapsamında özelleştirmesi yapılan limanlarla ilgili net bilgiler elde edilememiştir (61).

Dokuzuncu Kalkınma Planı’nda (2007-2013), büyük ulaştırma projelerinin yapım ve işletilmesinde KÖO modelinden yararlanılacağı kararı alınmıştır. Bu karara bağlı olarak demiryolu ulaşımında İstanbul-Ankara-Sivas, Ankara-Konya, Ankara-Afyonkarahisar-İzmir güzergâhlarından oluşan hızlı trenle yolcu taşımacılığı planlanmıştır. Bu güzergahlar üzerinde yapılacak hatların yapım ve işletiminde KÖO modellerinden yararlanılacaktır (62).

Ulaşım sektörü ile ilgili bir örnek vermek gerekirse bu örnek kuşkusuz Atatürk Havalimanı olacaktır. Atatürk Havalimanı’nın işletme hakları 2005 senesinde gerçekleştirilen ihale ile 15.5sene için ve toplamda 3 milyar Amerikan doları kira karşılığında TAV grubuna devredilmiştir. Bu rakamın ödenebilmesi için grup Garanti Bankası’ndan 12 yıl vadesi olan bir kredi kullanmıştır. Bankanın kredi karşılığında anlaşmaya vardığı faiz rakamı ise libor yüzde 2.5 düzeyindedir (63).

KÖO ile uygulamaya alınan bir diğer proje de İzmit Şehri Kentsel ve Endüstriyel Su Temini projesidir. İzmit ve İstanbul'un ihtiyaç duyduğu temiz suyun temin edilebilmesi için bir İngiliz şirketi liderliğinde Gama ve Guriş firmaları ortaklığındaki konsorsiyum projeye ait hisselerin yüzde 70'ini, İzmit Belediyesi yüzde 15'ini ve iki Japon firması geri kalan yüzde 15'lik hisseyi alarak 15 yıl sürecek olan projeyi başlatmışlardır (63). YİD modeli ile yapılan ilk iş olan İzmit Su Temini Projesi tasarlanması, yürütülmesi ve işletilmesinde olumsuzluklarla karşılaşmış, sözleşmede belirtilen hazinenin satın almaya garanti vermesi nedeniyle 2 sene içinde (1999-2000) 387 milyon ABD doları su faturası ödenmesi durumunda kalınmıştır. Sayıştay'ın hazırladığı raporda bedeli ödenen suyun kullanılmadığı ve geri kalan 13 yıl da ödeneceği ifade edilmiştir (64).

Türkiye'de 1986 yılından beri 191 tanesi işletmede, 34 tanesi yapım aşamasında olan toplam yatırım tutarı 2018 yılı fiyatlarıyla yaklaşık 61,7 milyar ABD doları olan 225 KÖO projesi uygulamaya konmuştur (54).

Tablo 1. KÖO modeline ilişkin mevzuat (42)

KÖO Modeli	Mevzuat
YİD	<ul style="list-style-type: none"> • 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun • 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Karar • 3096 Sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtım ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun • 3564 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun) • Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği

Tablo 1 (devamı). KÖO modeline ilişkin mevzuat (42)

KÖO Modeli	Mevzuat
YKD	<ul style="list-style-type: none">• 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun• Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği• 652 Sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 23. Maddesi• Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik• 351 Sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanununun 20. Maddesi
Yİ	<ul style="list-style-type: none">• 4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun• Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ile İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik
Özelleştirme ve İHD	<ul style="list-style-type: none">• 4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun• 5335 Sayılı Kanunun 33. Maddesi (Havaalanı İşletme Hakkının Devri)• 4458 Sayılı Gümrük Kanununun 218/A Maddesi (Gümrük Kapılarının İşletme Hakkının Devri)
İmtiyaz	<ul style="list-style-type: none">• Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun• Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki 10 Haziran 1910 Tarihli Kanuna Bazı Maddeler Tezyiline ve Bu Kanunun Bazı Maddelerinin İlgasına Dair Kanun• 4483 Sayılı İzmir Tramvay ve Elektrik Türk Anonim Şirketi İmtiyaziyle Tesisatının Satın Alınmasına Dair Mukavelenin Tasdiki ve Bu Müessesenin İşletilmesi Hakkında Kanun• 4501 Sayılı Kamu Hizmetleri ile İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkelere Dair Kanun 406 Sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu

Ülkemizde KÖO modeline ilişkin ilk yasal düzenleme 1982 Anayasası'nda 47. madde üzerinde yapılan değişiklikler ile olmuştur. 1999 yılı 4446 sayılı kanun model ile ilgili düzenlemeler getirmiştir. Anayasa'nın 47. maddesine eklenen iki fıkra ile kamu sektörünün bünyesindeki varlıkların, işletmelerin özelleştirilmesi ile ilgili usul ve esasların kanunda gösterilmesi ve devlet eliyle sürdürülen hizmet ve yatırımlardan nelerin özel sektöre

yaptırılabilceđi, devredilebileceđi kanunlařmıřtır. Anayasada yer alan 125. maddedeki 1. fıkraya eklenen hűkűm ile kamu hizmeti imtiyazı kořullarına ve sűzleřmelerden kaynaklanan anlaşmazlıkların ulusal ve uluslararası tahkim yoluyla çűzűlebileceđi űngűrűlműř, bu hűkűm ile kamu hizmetlerinin űrgűtlenme ve finansman konularında esneklikler sađlanmaya çalıřılmıřtır. Bu durum kamu hizmetlerinin sunumunda yeni bazı modellerin kullanılmaya bařlanmasına zemin hazırlamıřtır (14).

TŲRKİYE'DE SAĐLIK HİZMETLERİ SUNUMU

TŲrkiye Bűyűk Millet Meclisi tarafından 2 Mayıs 1920'de onaylanan 3 Sayılı Kanun, sađlık hizmetlerini SB tarafından yűrűtűlen asli devlet gűrevlerinden birisi haline getirmiřtir. Dr. Refik Saydam dűneminde illerde valiye bađlı Sađlık Műdűrlűkleri ve ilçelerde kaymakama bađlı Hűkűmet Tabiplikleri kurulmuřtur. Bu dűnemde hastanelerin yerel yűnetimlere bırakılması dűřűnűlműřtűr. Ankara, İstanbul, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta bakanlıđa bađlı Numune Hastaneleri açılmıřtır. Refik Saydam dűnemin de sađlık hizmetleri asli bir devlet gűrevi ve sorumluluđu olarak algılanmıř ve ele alınmıřtır. Cumhuriyet'in bařından beri hâkim gűrűř sađlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluđu ve gűrevi olma yűnűnde olmuř ise de, sađlık sektűrűnde űzel kesimin hizmet sunması fikri geçmiřten beri varlıđını korumuřtur. Bu durumda hem kamu hizmetleri olabildiđince gűçlendirilmek ve yaygınlařtırılmak istenmiř hem de űzel sektűrűn hizmet sunumu için çaba gűsterilmiřtir. űzel sektűrűn sađlık hizmeti sunumuna katılması dűřűncesi yıllar geçtikçe hűkűmetlerin savunduđu politika halini almıřtır (65).

Dűnyada neoliberal politikaların yűkseliře geçtiđi 1970'li yıllarda sosyal devlet anlayıřından uzaklařılarak sađlık hizmet sunumuna yenilikler getirilmiřtir. Bu geliřmelerin TŲrkiye'ye yansımalarıyla 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı bir hal almıřtır. Bűylece, sađlık hizmetleri sunumunda űzelleřtirme dűnemine gelinmiř ve Anayasa bu yűnde deđiřikliđe uđramıřtır (65).

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan 15.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu sağlık hizmetlerinin temel esaslarının belirlendiği kanundur. Bu kanun uyarınca sağlık hizmetleri ile ilgili temel esaslar řűyle sıralanabilir:

- Sađlık ile ilgili hizmet sunumu yapacak olan kurum ve kuruluřlar tűm hizmet talep edenlere karřı eřit olmalı, hizmet sunumlarında kaliteyi gűzetmeli ve kurum içi iřleyiřte verimli uygulamaları hayata geçirecek řekilde SB tarafından ilgili bařka bakanlıklardan da gűrűř alınarak planlaması yapılır ve mali desteklerle uygulamaların sűrdűrűlebilirliđi sađlanır.

- Koruyucu sağlık hizmetlerini öncelikli hale getirmek tüm kurum ve kuruluşlar için esastır. Bu kurum ve kuruluşların inşa edilmesi ve işletilmesi aşamasında kaynakların israf edilmemesi ve kapasitenin en verimli şekilde kullanılması gerekmektedir. Kurum veya kuruluşların hizmet sunumu sırasında yetersiz kalmaları durumunda dışarıdan hizmet alımı ile hizmetlerin kalitesi ve sürdürülebilirliği sağlanmalıdır. SB ilgili bakanlıkların oluru ve onayı ile tüm kamu kurum ve kuruluşlarında koruyucu sağlık hizmeti sunabilme yetkisine sahiptir. Ayrıca tüm sağlık kurumları ve kuruluşlarında yürütölen sağlık uygulamalarını denetleme hakkına da sahiptir.

- Sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında istihdam edilecek olan personelin ölkede içerisinde dengeli bir şekilde dağıtılması ve bu dağılımda eksikliklerin yaşanmaması önemsenir. Sağlık tesislerinin inşası, işletilmesi SB tarafından organize edilir. Bu düzenleme ilgili bakanlıkların görüş ve olurları alınarak gerçekleştirilir. Gerekli olması durumunda ölkede faaliyette gösteren özel sağlık tesislerinin belirlediği hizmet ücretlendirmeleri SB onay ve denetimindedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında bulunan her türlü sağlık biriminde ve tüm sağlık kuruluşlarında sunulan tüm hizmetlerin fiyatı ve sunum şekli SB tarafından belirlenir ve ilan edilir. Böyle bir standart uygulamanın yapılmaması durumunda sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunların meydana geleceği ön görölmektedir. Bu da doğrudan sunulan hizmetin kalitesini düşürecektir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında görev yapacak olan personelin dengeli şekilde dağılımlarının sağlanması ve ücret tarifelerinin tek elden yönetilmesi sağlık sektörü için önemli konudur.

- Sağlık tesislerinde, bireylerin doktor ve sağlık kurumunu tercih etme hakları engellenmeden bir zincir halinde meydana getirilmelidir. Acil durumlar haricindeki vakalarda sevk sistemi içinde hizmet almak istemeyen kişilerin ek ücret ödemeleri mümkündür. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerin bu farkı kendilerinin ödemesi gerekmektedir. Bu noktada sosyal güvenlik sisteminin ne derece önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Kişilerin sosyal güvenlik kurumunu seçmeleri bireysel haklarındandır. Son dönemlerde ortaya konulan uygulamalar tüm sosyal güvenlik mekanizmalarını bir araya getirerek hepsini tek çatı altında birleştirmiş ve bu şekilde kişilerin farklı hastanelerde farklı hizmet almalarının önüne geçilmiştir. Yeni sistemde hastanelerin sosyal güvenlik kurumuna özel ayrımları olmadan her hastanın her hastanede hizmet alabilmesinin önü açılmıştır.

- Ortaya çıkarılacak olan eğitim, denetleme, değerlendirme ve kontrol sistemleri aracılığı ile sağlık kuruluşlarında önceden belirlenen kurallara uyulup uyulmadığı tespit edilebilir ve hizmetlerde belirli bir standart yakalanabilir. Böylelikle olası hataların önüne geçilebilir.

- Ülkede sağlık hizmeti hakkına sahip olan tüm bireylerin bireysel sağlık durumları ile ilgili takip sistemi kurulur. Bu sistem aracılığı ile hastalar kendileri ile ilgili bilgilere erişebilirken sistem altyapısı olarak tüm ülkedeki sağlık kurum ve kuruluşları da hasta ile ilgili bilgilere erişebilecektir. Böylelikle meydana getirilen hasta veri tabanı hem hizmetin kalitesini yükseltecek hem de olası risklere karşı bireyleri uyarabilecektir.

- Sağlık Bakanlığı; sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapacak olan personelin ve yardımcı sağlık personellerinin yurt içindeki dağılımlarının dengeli olması için işgücü planlaması yapmalıdır. Ülkenin gereksinimlerine göre uygun niteliğe sahip sağlık personellerinin yetiştirilmesi amacıyla eğitim programları düzenlenebilir veya bu yönde okul çalışmaları için tavsiyelerde bulunur. Ayrıca sağlık kurum ve kuruluşları içinde personel için hizmet içi eğitim programları da düzenlenir. Bu programların organize edilmesi ve sunulması için üniversitelerdeki akademisyenlerden, konu ile ilgili meslek örgütlerinden faydalanılır. Hizmet içi eğitim programları ile ilgili her ayrıntısı SB tarafından yönetmeliklerle belirlenen bir konudur.

- Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin ülke genelinde istenen seviyeye ulaşması amacıyla bakanlık düzeyinden ücra noktalardaki tesislere kadar tüm kurum ve kuruluşlar arasında eşgüdüm oluşturulmalı ve hem kamu hem de özel sektörün birlikte çözümler üretmesi gerekmektedir.

- Toplumun beslenme, hastalık etkenlerinden kendini koruma, sağlıklı yaşama alanları, aile planlaması anne çocuk sağlığı, konularında eğitilmesi ve bu eğitimlere bağlı olarak takiplerinin sağlanması tüm kamusal kurum ve kuruluşların sorumluluğunda ve meslek örgütleri, sivil toplum örgütleri gibi yapılarla eşgüdüm içinde yürütülür.

- Koruyucu hekimlik, hastalıkların teşhisi ve tedavisi, hastalık sonrası rehabilitasyon amaçlı hizmet sunumlarında uygulanan aşı gibi biyolojik madde imalatının yapılması ve üretimin denetlenmesi önemlidir. Bu konuda her çeşit hazır ilaç, karışım, malzeme, bilgi içerikli materyaller, kozmetik ürünleri ve bunları imal etmede kullanılan hammadde ve yan maddelerin ithal edilmesi, ihracatının yapılması, üretilmesi, dağıtılması ve tüketilmesinin amaçları dışında kullanılmak şeklinde fiziki ya da psikolojik bağımlılığa neden olan veya olma ihtimali olan maddeler, ilaçlar, serumlar ve bunlara benzeyen biyolojik maddeler ile diğer karışımların kontrolü, gözetimi, ülke içinde ve ülke dışında ücret karşılığında kalitesinin kontrolünün yaptırılmasına, özel mevzuat uyarınca ruhsatlandırma Sağlık Bakanlığı yetkisindedir. Mevzuat uyarınca izinleri ya da ruhsatları sağlanmamış ilaçların veya karışımların üretilmesi, ithal edilmesi, satılması ve ruhsat ya da izni alınsa bile o biyolojik

maddelerin bilimsel çalışmalarda SB ve uygulanacak bireylerin izni dışında denenmesi yasadışıdır.

Türkiye özellikle AB'ye dâhil olabilmek için gerçekleştirdiği çalışmalarda çok sayıda farklı sektörde büyük yatırımlara girişmektedir. Bunların en başında da kuşkusuz sağlık sektörünün geldiği bilinen bir gerçektir. Özellikle son dönemde sağlık alanında özel işletmelerin devlet yardımı veya ortaklığı olmadan büyük yatırımlar yapmaları kamu kurumlarında da yapısal değişikliklere neden olmuş ve özel yatırımlara paralel olarak kamu kurumlarındaki kalite de önemli ölçüde yükselmiştir. AB kriterlerine uygun hastaneler açılması ile müşteri odaklı hizmet verilmesi gibi yenilikler görülmektedir (66). Yarı kamusal hizmet özelliğinde olan sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde üretilmesi ve sunulması için bazı kurumsal düzenlemelerde değişikliğe gereksinim vardır. Bu noktada farklı finansman arayışlarının geliştirilmesi önemlidir (67).

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI: ŞEHİR HASTANELERİ

Sağlık sektöründe 1987 senesinde çıkan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu KÖO modeline ilişkin resmi gelişme olarak görülmektedir. Sonraki sene Numune Hastanesi fikrinin hayata geçirilmesiyle ülke dışından finansal kaynak temini başlamış, 1999 senesindeki Anayasa değişikliğine bağlı olarak yaygın hale gelmiştir (68). 2003 senesi itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında geliştirilen yenilikler ve düzenlemelere bağlı olarak temizlik, yemek gibi hizmetlerde de dış kaynak alımı yoluyla özel sektörden destek almaya başlanmıştır (69). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında 2005 senesinde KÖO modeli yöntemlerinden olan YİD modeli sağlık sistemi içerisine dâhil olmuş ve uygulamaya konmuştur. Bu dönemde özellikle sağlık sektöründe örneklendirilmeye çalışılan KÖO modeliyle kira bedelleri karşılığında sağlık tesislerinin yapımına başlanması, sağlık tesisi ve ek binaların bakım, onarım ve tamirinin gerçekleştirilmesi, tıbbi destek hizmet sunumlarının yapılması, tıbbi hizmetler haricinde kalan temizlik, güvenlik, yemekhane gibi hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi, sağlık tesislerinde bulunan tıbbi alet ve ekipmanlarının hazır konuma getirilmesi planlanmıştır (13). 2007 senesinde bakanlığa bağlı KÖO Daire Başkanlığı biriminin açılması modele ilişkin ilgili birimlerin oluşturulmasına öncülük etmiştir (29). Türkiye'de bu modele ilişkin en önemli resmi adım 2013 senesinde 6428 sayılı SB tarafından Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile ortaya konulmuştur. Kanun kapsamında model ile hizmete açılacak

sağlık kurumları, SB tarafından belirlenen standartlara bağlı ihale yoluyla gerçek kişiler ya da özel hukuka tabi tüzel kişilere önceden belirlenmiş süreler ve bedeller üstünden kiralama karşılığında yaptırılacaktır. Projenin yürütülmesi ile ilgili görev alan özel sektör kuruluşları önceden belirlenmiş dönemlerde yapım ve işletme sorumluluklarını yerine getirirler. Devlet ise bu sözleşme karşılığında şirkete uzun vadeli bir ödeme planıyla kira öder (70). Şehir hastanelerinin kirası ve hastanede çalışanların maaşları SB tarafından ve sağlık kurumunun döner sermaye gelirinden ödenmektedir. Böylece hazineye yük olmayacağı düşünülmektedir (71). Türkiye’de son yıllarda gerçekleştirilen büyük çaplı projeler bu model temel alınarak sürdürülmektedir (21).

KÖO modeline göre aşağıdaki koşullar esas alınarak projeler yürütülmektedir (35):

1. Yapılacak olan sözleşmelerin süresi en fazla 49 yıldır. Fakat bu süre genelde 30 sene olarak hayata geçmektedir.
2. SB tarafından ön proje ve temel şartnameye ilişkin ekler verilecektir.
3. Projenin yapılacağı arazi bedelsiz olarak devlet tarafından temin edilecektir.
4. Projenin detaylandırılması ve diğer tüm ayrıntılar özel sektör tarafından hazırlanacaktır.
5. İhaleye teklif verenler arasından kazanan özel kuruluş sağlık tesisinin yapım işine başlayacaktır.

Şehir hastanelerinde; dal hastaneler entegre sağlık kampüslerinde toplanacak ve alanında uzman doktorlar şehir hastanesindeki tüm hastanelerde görevli olacaklarından ülkedeki doktor azlığı ile ilgili sıkıntı çözülmüş olacaktır. Benzer şekilde laboratuvar ve röntgen gibi görüntüleme cihazlarının bir merkezde toplanması farklı hastanelere cihaz temini ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır (28).

Merkezi acil servis, yoğun bakım servisleri, eczaneler, ilaç depoları, geri dönüşüm ve atık yönetim merkezleri, otoparklar, çocuk oyun alanları gibi bölümler de bu yapıların içinde bulunacak ve bu bölümlerin de katkısı ile sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyeti üst seviyeye taşınabilecektir. Özel sektör şehir hastanelerinde sağlık hizmetini sunan taraf değildir. Finansman, tesis tasarımı ve inşa edilmesi konularında var iken, kamu tıbbi hizmetleri sunan taraf olmaktadır. Diğer bir deyişle kamu özel sektör ile birlikte yürüttüğü proje kapsamında yalnızca hekimlik ve hasta bakımı ile ilgili sağlık temelli hizmetlerin sunumunu yapacak bunun yanındaki diğer tüm yan hizmet sunumları özel sektör tarafından gerçekleştirilecektir (28). Türkiye’de kanunlara göre tıbbi hizmet uygulamaları doğrudan devlet tarafından sunulan hizmetler oldukları için KÖO projeleri kapsamında ele alınmamaktadır. SB tarafından 2010 senesinde yayınlanan araştırma raporunda yer alan

sonuçlara göre, Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinin yüzde 5’inde hizmet satın alınması yöntemi ile özel sektörden yararlanıldığı bilgisine yer verilmiştir (69). Çekirdek tıbbi hizmetler kamu tarafından görülecekken, tıbbi hizmetlere yardımcı nitelikte olan sterilizasyon, laboratuvar işlemleri, temizlik hizmetleri, tıbbi görüntüleme, bilgi ve veri işleme, personel ve sekreterlik hizmetleri, teknik destek hizmetleri ve otelcilik hizmetleri, otopark ve kafeterya işletimi yüklenici firma tarafından gerçekleştirilecektir. Bunlar haricindeki hizmetler başhekimlik tarafından yürütmekte ve her iki taraf da hizmetleri kendi personeli ile vermektedir. Bu kapsamda yüklenici firmanın yürüteceği işler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (46);

Tablo 2. KÖO kapsamında yüklenici firma tarafından sunulacak hizmetler

P1 HİZMETLERİ	P2 HİZMETLERİ
Bina ve Arazi Hizmetleri	Temizlik Hizmetleri, Güvenlik Hizmeti, Otopark Hizmetler
Olağanüstü Bakım ve Onarım	Yemek ve Çamaşırhane Hizmetleri
Yer ve Bahçe Bakımı	Atık Yönetim Hizmetleri, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
Ortak Hizmetler Yönetimi	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmeti
Mefruşat Hizmeti	Refakat ve Hasta Yönlendirme / Resepsiyon
Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmeti	İlaçlama Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri

P1 hizmetleri karşılığında ödenecek kullanım bedeli SB bütçesinden karşılanmaktadır. Kullanım bedeli ihale sürecinde belirlenmektedir. P2 hizmetleri için ödenen hizmet bedeli hastanenin döner sermayesinden finanse edilmektedir. Bu hizmetlerin bedeli beş yılda bir piyasa testiyle değişmektedir. Böylece P2 hizmetlerinin fiyat riskini döner sermaye işletmeleri üstlenmektedir (72).

Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanlığı’nın ilk KÖO projesi olan Kayseri Şehir Hastanesi ihalesi ön yeterlilik ilanında yer verilen sözleşme konusu işler şu şekildedir (73);

- Finansman,
- Tesis tasarımı ve inşaat,
- Medikal cihazların tedariki,
- Mefruşat tedariki,
- Tesislerin bakım ve onarımı,
- Görüntüleme, laboratuvar ve tıbbi destek hizmetleri,

•Çamaşır, temizlik, bilgi işlem, güvenlik, sterilizasyon, yemek vb. destek hizmetlerin sunumu,

- Tesisteki ticari alanların inşası ve işletilmesi

21.02.2013 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 6428 sayılı Kanun ile yasal zemini ortaya çıkan ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü KÖO Daire Başkanlığı sorumluluğunda olan şehir hastaneleri projeleri şöyle sıralanabilir (74):

Yapımı Tamamlanan ve Hizmete Açılan Şehir Hastaneleri

- Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 1294 yatak kapasiteli hastane 2017 yılında Türkiye'nin ilk şehir hastanesi olarak açılmıştır. Şehir hastanesinin sağlık turizmüne büyük katkı sağlaması hedeflenmektedir.
- Adana Şehir Hastanesi: 1550 yatak kapasiteli hastane 2017 yılında açılmıştır.1512 adet izolatörle dünyadaki en büyük sismik izolatörlü hastane olduğu bilinmektedir. Hastane modern teknoloji ve izolatörlerle muhtemel en yıkıcı deprem esnasında bile tüm çalışmalarını aksaklık yaşamadan devam ettirebilecektir.
- Isparta Şehir Hastanesi: 2017 yılında açılan Türkiye'nin 3. Şehir hastanesi 755 yatak kapasitesine sahiptir. Hastane güneş panelleri ile kullanacağı elektriğin %35'ini kendi üretmektedir. Yoğun bakımda bebekleri olan annelerin konaklaması için anne oteli uygulaması hayata geçirilmiştir.
- Yozgat Şehir Hastanesi: 475 yatak kapasiteli hastane 2017 yılında açılmıştır.
- Kayseri Şehir Hastanesi: 2018 yılında açılan hastane 1607 yatak kapasitesine sahiptir.
- Elazığ Şehir Hastanesi: 1038 yatak kapasitesine sahip hastane 2018'de açılmıştır. Teknik özellikleriyle yüksek standartlara sahip bina depreme dayanıklı tasarlanmıştır.
- Manisa Şehir Hastanesi: 2018 yılında açılan hastane 558 yatak kapasitelidir.
- Eskişehir Şehir Hastanesi: 1081 yatak kapasiteli hastane 2018 yılı sonunda açılmıştır.
- Ankara Bilkent Şehir Hastanesi: 3704 yatak kapasitelidir. Proje 2019 yılında hizmete açılmıştır.

Yapımı Devam Eden Projeler

- Kocaeli Şehir Hastanesi (1180 Yatak): Projenin 2020 yılında açılması planlanmaktadır. Projenin yapım süresi 3 yıl, işletme süresi de 25 yıl olarak belirlenmiştir.

- Bursa Şehir Hastanesi (1355 Yatak): Projenin 2019'da bitmesi planlanmaktadır. Sözleşmede projenin yapım süresi 3 sene, işletme süresi de 25 senedir.
- Gaziantep Şehir Hastanesi (1875 Yatak): Projenin 2020 yılında hizmete açılması planlanmaktadır. Projenin işletme süresi 25 sene, yapım süresi 3 sene olarak belirlenmiştir.
- Ankara Etlik Şehir Hastanesi (3577 Yatak): 2019 yılında hizmete açılması planlanmaktadır.
- İkitelli Şehir Hastanesi (2682 Yatak): Projenin 2020 yılında hizmete açılması planlanmaktadır.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu: 2019 yılında hizmete açılması planlanmaktadır.
- İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 Yatak): Projenin 2020 yılında hizmete açılması planlanmaktadır. Projenin yapım süresi 3 sene, işletme süresi de 25 sene şeklinde belirlenmiştir.
- Konya Karatay Şehir Hastanesi (838 Yatak): 2019 yılında projenin hizmete açılması planlanmaktadır.
- Tekirdağ Şehir Hastanesi (480 Yatak): Projenin 2019 yılında açılması planlanmıştır.
- Şanlıurfa Şehir Hastanesi (1700 Yatak): 2020 yılında hizmete açılması planlanmaktadır.
- FTR, Psikiyatri ve YGAP (Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri) Hastaneleri (2400 Yatak): Hastanelerin yapım süresi 2 yıl, işletme süresi 25 yıl olarak belirlenmiştir. 2019 yılında tamamlanmaları planlanmaktadır (54).

İhalesi Devam Eden Projeler (75)

- Denizli Şehir Hastanesi
- Ordu Şehir Hastanesi
- Antalya Şehir Hastanesi
- Aydın Şehir Hastanesi
- Diyarbakır Şehir Hastanesi
- Trabzon Şehir Hastanesi
- Sancaktepe Şehir Hastanesi

Şehir hastaneleri ile ilgili en çok tartışılan konu finans konusudur. Bunun en önemli nedeni hastanelerin yapım maliyetlerinin ve kira bedellerinin açıklanmamasıdır. SB ve yüklenici şirketler arasında kurulan anlaşmaların detaylarına üçüncü kişilerin ulaşması mümkün olmamaktadır. Bu durum konu ile ilgili bilgi edinmek isteyen kişi veya kurumların aklına farklı soru işaretlerinin gelmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte bu sürecin şeffaf şekilde yönetilmediği eleştirileri de getirilmektedir. Farklı şehirlerde yapımı bitmiş ve birçok şehirde de yapımı süren şehir hastanelerinin uzun dönemli olarak kiralanması söz konusu olduğundan gelir ve gider hesabının ne şekilde yapıldığı büyük önem taşımaktadır. Çünkü bu hastaneler çok büyük finansman kaynakları ile kurulmakta ve buna karşılık işletmeler varoluşları gereği kar elde etmek istemektedirler. Bu bağlamda hem özel işletmelerin hem de devletin kar ve zarar dengesini sağlıklı bir şekilde ayarlaması gerekmektedir. Aksi durumda bu hastaneler Türkiye bütçesi üzerinde yük durumuna gelme ihtimali olan yatırımlar olacaktır (46).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, Türkiye’de sağlık sektöründe son yıllarda uygulanmaya başlanmış yeni bir finansman yöntemi olan KÖO modeline ilişkin şehir hastanelerindeki sağlık çalışanlarının bilgi ve algılarını incelemektir. Bu bağlamda araştırmada elde edilecek analiz sonuçlarına göre modelin sağlık sistemine katkıları, eleştirel yönleri ile ilgili mevcut durum analizi ortaya konup sağlık çalışanlarının görüşleri üzerinden öneriler sunmak ulaşılmaya hedeflenen hususlar arasındadır.

Bu doğrultuda, çalışmanın hipotezleri aşağıda yer aldığı gibi oluşturulmuştur:

H₁: KÖO ölçeğine verilen cevaplar yaş etkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₂: KÖO ölçeğine verilen cevaplar cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₃: KÖO ölçeğine verilen cevaplar eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₄: KÖO ölçeğine verilen cevaplar görev/unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₅: KÖO ölçeğine verilen cevaplar mesleki çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini KÖO projeleriyle yapılan hastanelerden Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi oluşturmaktadır. Söz konusu hastanelerdeki yöneticilerle telefonla görüşülerek edinilen bilgilere göre, Adana Şehir

Hastanesi'nde çalışan sağlık personeli sayısı; 5297 ve Mersin Şehir Hastanesi'nde çalışan sağlık personeli sayısı; 2747 olarak belirlenmiştir. Bu iki şehir hastanesinde çalışan sağlık personellerinin, KÖO ile yapılan ve hizmete açılan diğer hastanelerdeki sağlık çalışanlarından sayıca fazla olması ve bu iki hastanenin coğrafi olarak birbirine yakın olmasından dolayı çalışma kapsamına dâhil edilmişlerdir.

Araştırmanın örneklemini Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Evreni oluşturan 8.044 kişiden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile gönüllü 367 kişiye anket uygulanması planlanmıştır. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 5.297 sağlık çalışanı görev yapmakta olup, ana kütlenin %65,85'ine karşılık gelmektedir. Toplamda yapılacak olan anket sayısı 367 kişi olarak hesaplandığından, Adana Şehir Hastanesi için 242 kişi ile anket çalışmasının gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2.747 sağlık çalışanı görev yapmakta olup, ana kütlenin %34,15'ine karşılık gelmektedir. Toplamda yapılacak olan anket sayısı 367 kişi olarak hesaplandığından, Mersin Şehir Hastanesi için 125 kişi ile anket çalışmasının gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Ancak yapılan yazışmalar ve görüşmeler sonucunda Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışma yapılabilmesi için gerekli izinler alınamamıştır (Ek 2). Bu nedenle Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışma kapsamından çıkarılmış ve çalışmanın evreni Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapsamına daralmıştır.

Örneklem hacminin hesaplanmasında %95 güven düzeyinde 367 sağlık çalışanına ulaşılması planlandı. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çalışma kapsamından çıkarılması sonucunda Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 364 katılımcıya ulaşılarak saha çalışması tamamlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın sınırlılıklarının başında maliyet ve zaman kısıtları gelmektedir. Araştırmada coğrafi sınırlılıklar da mevcuttur. Araştırmacının ikamet ettiği Kırklareli ilinin Adana iline oldukça uzak olması araştırmanın kısıtlarından biridir. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin anket çalışması izin isteğine olumsuz yanıt vermesi de yeni bir sınırlılık olarak kendini göstermiştir. Bu bağlamda analiz sonuçları ve yorumlarının tüm şehir hastanelerine genellemesi konusunda sınırlılıklar doğmuştur.

ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu 25.03.2019 tarih ve 06/27 sayılı kararı ile çalışma için gerekli izin alınmıştır (Ek 3). Çalışmaya başlamadan önce anket uygulaması yapılacak olan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı olarak gerekli izinler alınmıştır (Ek 4).

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Kullanılan anket Keskin (45) tarafından yapılan çalışmadan alınmıştır. Ankette sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleriyle ilgili 5 soru, KÖO ile ilgili 54 soru bulunmaktadır. KÖO soruları 5'li Likert formundadır.

Araştırmada oluşturulan hipotezler nonparametrik bir test olan Kruskal Wallis H testi ile test edilmiştir. Kruskal Wallis H testi veri sayısının az olması ya da verilerin dağılımında anormallik olması halinde, parametrik test analizi koşullarının sağlanmadığı durumlarda kullanılan bir testtir (76). Nonparametrik testlerle normal dağılım göstermeyen (mod, medyan ve ortalaması birbirine eşit olmayan) kategorik (nominal, ordinal) sayısal veriler analiz edilmektedir(77). Kruskal Wallis H testinde anlamlı sonuç bulunduktan sonra farklı olan grubun ne olduğunun bilinmesi için Posthoc testi de yapılmıştır. SPSS 23.0 programındaki Pairwise Comparison seçeneği ile bu farkın yönü gösterilmiştir. Mann-Whitney U testi ile de aralarında farklılık olan grupların sıra ortalamalarına bakılarak farklılığın yönü belirlenmiştir.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ise Stata 14 programı yardımıyla yapılmıştır. Keskin (45) kullandığı ankete önce Stata 14.1 programıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi uygulanmış; ancak anket çalışmasına verilen yanıtlar ile önerilen modele uyum sağlanamamıştır. Bu nedenle AFA uygulanarak yeni faktörler oluşturulmuştur.

BULGULAR

KÖO MODELİ ALAN ARAŞTIRMASI BULGULARI

Bu bölümde, öncelikle katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilecektir. Bunlar içerisinde yaş değişkeni için tam veriler elde edilmiş olmasına rağmen, yapılacak olan analizlerde kolaylık sağlanması açısından bu değişkenin yeniden gruplandırılması da gerçekleştirilecektir. Ardından, bu tez çalışmasında kullanılmış ve Keskin (45) tarafından geliştirilmiş olan ölçek için açıklayıcı faktör analizi de uygulanacaktır. Ölçek kapsamında oluşturulacak olan faktörler, demografik değişkenlerle karşılaştırılarak tez çalışmasındaki hipotezler test edilecektir. İstatiksel analizler için SPSS 23.0 programı kullanılmıştır.

Demografik Değişken Betimleyici İstatistikleri

Anket çalışmasında elde edilen yaş değişkenine ilişkin istatistikler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 3. Yaş değişkeni istatistikleri

Betimleyici İstatistik					
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yaşınız?	364	18	59	32,99	7,412
Geçerli değer N (listwise)	364				

Tablo 4. Katılımcıların yaş dağılımı

N	Geçerli değer	364
	Kayıp	0
Ortalama		32,99
Orta		31,00
Mod		26
Std. Sapma		7,412
Sıra		41
Minimum		18
Maximum		59
Toplam		12007

Yaşları 18 ile 59 arasında değişen katılımcıların yaşa göre dağılımları çok farklılık göstermektedir. Tablo 6'dan anlaşılacağı üzere ortalaması 33 ve standart sapması 7 olan yaş değişkeninin modu da 26 olup, sağa çarpık bir görünüm arz etmektedir.

Yaş değişkeninde katılımcılara herhangi bir gruptandırma yapılmadan doğrudan veri elde edilmiştir. Ancak, bu çalışma kapsamında yapılacak olan analizlerde yardımcı olması adına, yaş bağımsız değişkeninin yeniden düzenlenerek gruptandırılması gerekmiştir. Doğrudan elde edilen yaş değişkenleri için, bu kapsamda, SPSS Visual Binning menüsü aracılığıyla veri gruptandırılmasına gidilmiştir. Bu doğrultuda elde edilen yeni yaş grubu dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 5. Gruptandırılmış yaş değişkeni

Yaş aralığı	Frekans	Yüzde
<= 26	72	19,8
27 – 29	75	20,6
30 – 34	81	22,3
35 – 40	75	20,6
41 +	61	16,8
Toplam	364	100,0

Gruptandırma yapılırken, her ne kadar yaş grupları eşit aralıklı belirlenememiş olsa da grupların birbirine yaklaşık bir geçerli dağılım yüzdesi göstermesine dikkat edilmiştir.

Gruplandırılmış yaş değişkenine göre 26 yaş altındaki katılımcılar toplamın yaklaşık %20'sine tekabül ederken, değişkenin modu %22,3 oranında pay ile 30-34 yaş aralığıdır. 41 yaş ve üzerindeki katılımcılar ise toplamın yaklaşık %17'sine karşılık gelmektedir.

Tablo 6. Mesleki deneyim istatistiği

Yıl	Frekans	Yüzde Frekans (%)
0-5	100	27,5
6-10	124	34,1
11-15	58	15,9
16-20	42	11,5
20 yıl ve üzeri	40	11,0
Toplam	364	100,0

Ankete katılanların kaç yıldır sağlık sektöründe çalıştıklarına ilişkin dağılım yukarıdaki tabloda yer almaktadır. Tablo 8'e göre katılımcıların %61,5'inin 10 yıla kadar bir sektör deneyimi bulunmaktadır. 20 yıldan fazla bir süredir sağlık sektöründe yer alan, diğer bir ifadeyle katılımcıların içerisindeki en deneyimli kesimin oranı %11'dir.

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde Frekans (%)
Erkek	138	37,9
Kadın	226	62,1
Toplam	364	100,0

Araştırmaya 138 erkek, 226 kadın sağlık çalışanı katılmıştır. Anket çalışmasına katılan sağlık çalışanlarının %37,9'u erkek, %62,1'i kadındır.

Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde Frekans (%)
Lise	21	5,8
Üniversite	283	77,7
Yüksek lisans	60	16,5
Toplam	364	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumu incelendiğinde %5,8'inin lise, %77,7'sinin üniversite, %16,5'inin yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların sağlık kurumundaki görev dağılımı

Meslek	Frekans	Yüzde Frekans (%)
Doktor	23	6,3
Hemşire	220	60,4
Sağlık personeli	117	32,1
Yönetici	4	1,1
Toplam	364	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından %60,4'ü hemşire, %32,1'i sağlık personeli (diyetisyen, eczacı, acil tıp teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, anestezi teknisyeni), %6,3'ü doktor ve %1,1'i yöneticidir.

Açıklayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi, birbirine benzer ya da ilişkili x tane faktörü (değişken, boyut) birleştirerek daha az sayıda temel boyuta indiren ve kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler bulmayı hedefleyen istatistik tekniğidir. Benzer değişkenleri bir araya getirerek az sayıda boyut ile analiz yapan çok değişkenli istatistiktir (77). Faktör analizinin amacı, değişken sayısını azaltmak ve değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerinden yararlanarak yeni faktörler ortaya çıkarmaktır (78).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve açıklayıcı (keşfedici) faktör analizi (AFA) olmak üzere iki tür faktör analizi yaklaşımı bulunmaktadır (77). Araştırmalar için ölçek geliştirmek isteniyorsa, öncelikli yapılacak olan açıklayıcı (keşfedici) faktör analizi uygulamak ve sonrasında keşfedilen yeni faktörlerin doğrulanmasını amaçlayan DFA yapılmaktadır. AFA ve DFA'nın aynı örneklem ile yapılmaması dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır (79). AFA, verilerin Korelasyon ya da Kovaryans matrisinden yararlanarak çok sayıda ilişkili değişkenden daha az sayıda bağımsız değişkenler türeten bir tekniktir (78).

Açıklayıcı faktör analizine göre, değişkenlerin birbirleri ile çok yüksek ya da çok düşük ilişkili olmaması gerekir. Faktörlerin belirli düzeyde (0,25-0,90) ilişkili olması beklenir (78).

Eldeki verilerin faktör analizine uygunluğu belirli ölçütler ile saptanır. Uygunluk şartı için ön koşul, örneklem sayısının değişken sayısından büyük olması ve örneklem sayısının en az 50 olması gerekliliğidir (79). Faktör analizine uygunluk testleri Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Sphericity testleridir (80). KMO testine ilişkin değer ve yorumları aşağıdaki gibidir (81):

Tablo 10. KMO örneklem yeterliliği ölçütü değerleri

KMO Değeri	Yorum
0,90	Mükemmel
0,80	Çok iyi
0,70	İyi
0,60	Orta
0,50	Zayıf
0,50'nin altı	Kabul edilemez

KMO testi için değer 0 ve 1 aralığında olmalıdır. 0,8 üzerindeki değerler mükemmel kabul edilir. Değişkenlerin tek tek uygunluğuna bakıldığında 0,5'in altında KMO değeri çıkan faktörler araştırmadan çıkarılmalıdır (79).

Tablo 11. Ölçek güvenilirlik analizi

Cronbach's Alpha	Standartlaştırılmış faktörlere bağlı Cronbach's Alpha	N
,768	,775	54

Alfa katsayısı, cevaplar 1 ile 3, 1 ile 4, 1 ile 5 aralığında puanlandığında kullanımı uygun olan güvenilirlik ölçme şeklidir (82). Bu yöntem cevapların tutarlı olup olmadığının bir göstergesidir. Cronbach's Alpha'nın yüksek çıkması iç tutarlılığın yüksek olduğunu ifade etmektedir (83). Tablo 11'e göre Cronbach's Alpha katsayısı 0,768 olarak hesaplanmış ve ölçek güvenilir bulunmuştur.

KÖO Algı Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Çalışmada örneklemin yeterliliğinin değerlendirilmesi için KMO ve Bartlett's testi uygulanmıştır.

Tablo 12. KMO ve Bartlett's Testi

KMO and Bartlett's Testi			
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçüm Testi			,848
Bartlett's Testi	Yaklaşık Ki-Kare Serbestlik Derecesi (df)		6501,955 435 ,000
	Anlamlılık (Sig.)		

Örneklem sayısının yeterliliğinin tespitinde KMO değerinin minimum 0,50 olması 0,50'nin altında çıkan değerlerin faktör analizinin yapılamayacağını ifade etmektedir. KÖO algı ölçeği için KMO ve Bartlett's test sonuçlarının yer aldığı tablo incelendiğinde KMO değerinin 0,848 olduğu görülmektedir. Bu değer örneklem büyüklüğün çok iyi olduğunu göstermektedir. Bartlett's testi sonuçları incelendiğinde ise, $\chi^2=6501,955$, $df=435$, $p=0,000$, $p<0,005$ bulguları elde edilmiş ve bu bulgular değişkenler arasında korelasyon olduğu bilgisini vermektedir. Bu bağlamda verilerin faktör analizine uygunluğu doğrulanmıştır.

Tablo 13. KÖO algı ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi

İfadeler	Faktör Yük Değerleri						Özdeğer	Varyans açıklama oranı (%)
	KÖO fayda ve verimliliği	KÖO eleştirileri	Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu	KÖO'nun istihdama etkisi	Sağlık hizmetleri finansman sorunları	Sağlık hizmetlerinin verimliliği		
K33	,821						9,082	30,272
K32	,787							
K34	,770							
K26	,742							
K30	,740							
K29	,708							
K25	,706							
K36	,484							
K46		,756					3,280	10,934
K44		,750						
K50		,743						
K47		,737						
K28		,696						
K51		,688						
K42		,677						

Tablo 13(devamı). KÖO algı ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi

İfadeler	Faktör Yük Değerleri						Özdeğer	Varyans açıklama oranı (%)
	KÖO fayda ve verimliliği	KÖO eleştirileri	Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu	KÖO’nun istihdama etkisi	Sağlık hizmetleri finansman sorunları	Sağlık hizmetlerinin verimliliği		
K40		,545					3,280	10,934
K23		,435						
K12			,757				2,588	8,625
K6			,718					
K7			,717					
K2			,606					
K3			,516					
K19				,814			1,874	6,247
K21				,745				
K27				-,604				
K13					,814		1,563	5,209
K14					,703			
K5					,651			
K1						,817	1,306	4,353
K4						,646		
Toplam								65,640

Bu AFA sonuçlarına göre toplamda altı adet faktör oluşturulmuş olup, Ek 5’te faktörlere göre dönüştürülmüş bileşen matrisine yer verilmiştir. Belirlenen faktörlerden ilki KÖO fayda ve verimliliği toplam varyansın %30,272’sini, ikinci faktör olan KÖO eleştirileri 10,934’ünü, üçüncü faktör, Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu 8,625’ini, dördüncü faktör olan KÖO’nun istihdama etkisi 6,247’sini, beşinci faktör, sağlık hizmetleri finansman sorunları 5,209’unu, altıncı faktör olan sağlık hizmetlerinin verimliliği ise 4,353’ünü oluşturmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre, KÖO fayda ve verimliliği faktörüne ait faktör yükleri 0,484 ile 0,821 değerleri arasında, KÖO eleştirilerine ait faktör yükleri 0,435 ile 0,756 aralığında, Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumuna ait faktör yükleri 0,516 ile 0,757 değerleri arasında, KÖO’nun istihdama etkisinin faktör yükleri 0,604 ile 0,814 aralığında ve sağlık hizmetleri finansman sorunlarına ait faktör yükleri 0,651 ile 0,814 arasında olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin verimliliği faktör yükleri de 0,646 ve 0,817 olarak bulunmuştur. Sonuçlara göre faktör yükleri için iyi düzeyde olduğu yorumu yapılabilir.

- KÖO fayda ve verimliliği faktörüne ait sorular; 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34, 36
- KÖO eleştirileri faktörüne ait sorular; 23, 28, 40, 42, 44, 46, 47, 50, 51
- Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktörüne ait sorular; 2, 3, 6, 7, 12
- KÖO’nun istihdama etkisi faktörüne ait sorular; 19, 21, 27
- Sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörüne ait sorular; 5, 13, 14
- Sağlık hizmetlerinin verimliliği faktörüne ait sorular; 1, 4 olarak belirlenmiştir.

Değişkenlerin tek tek uygunluğuna bakıldığında KMO değeri 0,05’in altında çıkan faktörler araştırmadan çıkarılmıştır. Böylece 24 soru faktörlere dâhil edilmeyip analiz dışında tutulmuştur.

Hipotez Testleri

Daha önce de belirtildiği üzere, tez çalışmasında aşağıda yer alan hipotezler test edilecektir:

H₁: KÖO ölçeğine verilen cevaplar yaş etkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₂: KÖO ölçeğine verilen cevaplar cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₃: KÖO ölçeğine verilen cevaplar eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₄: KÖO ölçeğine verilen cevaplar görev/unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H₅: KÖO ölçeğine verilen cevaplar mesleki çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Bu hipotezlerin farksızlık hipotezleri ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığına yöneliktir.

Tablo 14. Yaş – KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti

	Sıfır Hipotezleri	Test	Anlamlılık (p)	Karar
1	KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Yaş (Gruplandırılmış) kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklemeler Kruskal-Wallis Testi	,209	H_0 kabul edildi.
2	KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Yaş (Gruplandırılmış) kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklemeler Kruskal-Wallis Testi	,011	H_0 reddedildi.
3	Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Yaş (Gruplandırılmış) kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklemeler Kruskal-Wallis Testi	,052	H_0 kabul edildi.
4	KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Yaş (Gruplandırılmış) kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklemeler Kruskal-Wallis Testi	,261	H_0 kabul edildi.
5	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Yaş (Gruplandırılmış) kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklemeler Kruskal-Wallis Testi	,000	H_0 reddedildi.
6	Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Yaş (Gruplandırılmış) kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklemeler Kruskal-Wallis Testi	,120	H_0 kabul edildi.

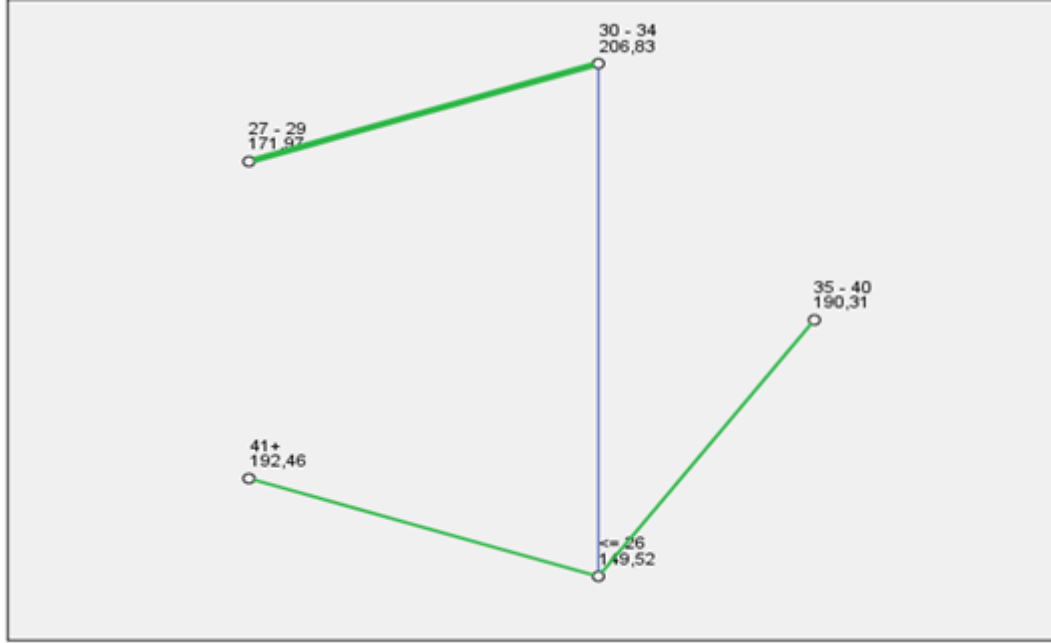
Kruskal Wallis H testine göre, gruplandırılmış yaş değişkeni temelinde oluşturulan altı adet hipotezden dört tanesinin sıfır (farksızlık) hipotezi kabul edilirken, iki tanesinin farksızlık hipotezi reddedilmiştir. Gruplandırılmış yaş değişkeni ile yalnızca “KÖO Eleştirileri” ve “Sağlık hizmetleri finansman sorunları” faktörleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. İki hipotezin 0,05 anlam düzeyinde olasılık (p) değerleri 0,05’in altındadır. Katılımcıların hem yaşları ile KÖO eleştirileri algıları arasında hem de yaşları ile sağlık hizmetleri finansman sorunları algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı bulunmaktadır. Bununla birlikte; katılımcıların yaşları ile KÖO fayda ve verimliliği, KÖO’nun istihdama etkisi, Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetlerinin verimliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı bulunmamaktadır.

Farksızlık hipotezleri reddedilen iki hipotezin ikili karşılaştırma (pairwise comparisons) tabloları aşağıda yer almaktadır. Tablo 15’te katılımcıların yaşları ile KÖO eleştirileri arasındaki algı farklılıkları gösterilmektedir.

Tablo 15. Yaş ile KÖO eleştirileri faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup1-Grup 2	Test istatistiği	Std. hata	Std. test istatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
“<= 26” - “27 – 29”	-22,453	17,360	-1,293	,196	1,000
“<= 26” - “35 – 40”	-40,793	17,360	-2,350	,019	,188
“<= 26” - “41+”	-42,938	18,309	-2,345	,019	,190
“<= 26” - “30 – 34”	-57,306	17,042	-3,363	,001	,008
“27 – 29” - “35 – 40”	-18,340	17,182	-1,067	,286	1,000
“27 – 29” - “41+”	-20,486	18,141	-1,129	,259	1,000
“27 – 29” - “30 – 34”	-34,854	16,860	-2,067	,039	,387
“35 – 40” - “41+”	-2,146	18,141	-,118	,906	1,000
“35 – 40” - “30 – 34”	16,514	16,860	,979	,327	1,000
“41+” - “30 – 34”	14,368	17,837	,806	,421	1,000

Bu tabloya göre, 0,05 anlamlılık düzeyinde 26’dan az yaş grubu ile 35-40 yaş grubu, 26’dan az yaş grubu ile 41’den çok yaş grubu, 26’dan az yaş grubu ile 30-34 yaş grubu ve 27-29 yaş grubu ile 30-34 yaş grubu arasında farklılık bulunmaktadır. Geri kalan yaş grupları arasında ise KÖO eleştirileri bakımından algı farklılığı bulunmamaktadır. Örneğin, 35-40 yaş grubu ile 41’den büyük yaş grubunun KÖO eleştirileri algıları aynıdır. Başka bir ifadeyle, her iki grup da KÖO eleştirileri konusunda aynı yönde düşünmektedirler. Tabloda koyu renkle gösterilen grupların farklılıklarının boyutları ise Şekil 1’de daha açık bir biçimde görülmektedir.



Şekil 1. Yaş ile KÖO eleştirileri faktörü arasındaki algı farklılığı

İkili karşılaştırma şekline göre KÖO eleştirileri en çok 26'dan az yaş grubu ile 30-34 yaş grubu arasında algı farklılığı göstermektedir. Aralarında algı farklılığının boyutunun en düşük olduğu gruplar ise 27-29 yaş grubu ile 30-34 yaş grubudur. Toplamda 4 yaş grubu için geçerli olan KÖO Eleştirileri algı farklılığının yönü içinse Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bu testlere ilişkin toplu tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 16. KÖO Eleştirileri Faktörü ve Yaş Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“≤ 26” - “35 – 40”	2132,000	66,11 – 81,57	0,028
“≤ 26” - “41+”	1730,000	60,53 – 74,64	0,035
“≤ 26” - “30 – 34”	1947,500	63,55 – 88,96	0,000
“27 – 29” - “30 -34”	2448,000	70,64 – 85,78	0,036

Tablo 16'ya göre; 26 yaş ve daha küçük olan çalışanların sıra ortalaması, istatistiki olarak anlamlılık arz eden yaş gruplarından daha küçüktür. Bu açıdan, 26 yaş ve daha küçük gruptaki çalışanların KÖO'yu 30-34, 35-40 ve 41'den büyük yaş grubundaki çalışanlardan daha az eleştirdikleri söylenebilir. Yaşı 26 ve daha küçük olan sağlık çalışanlarının modelin

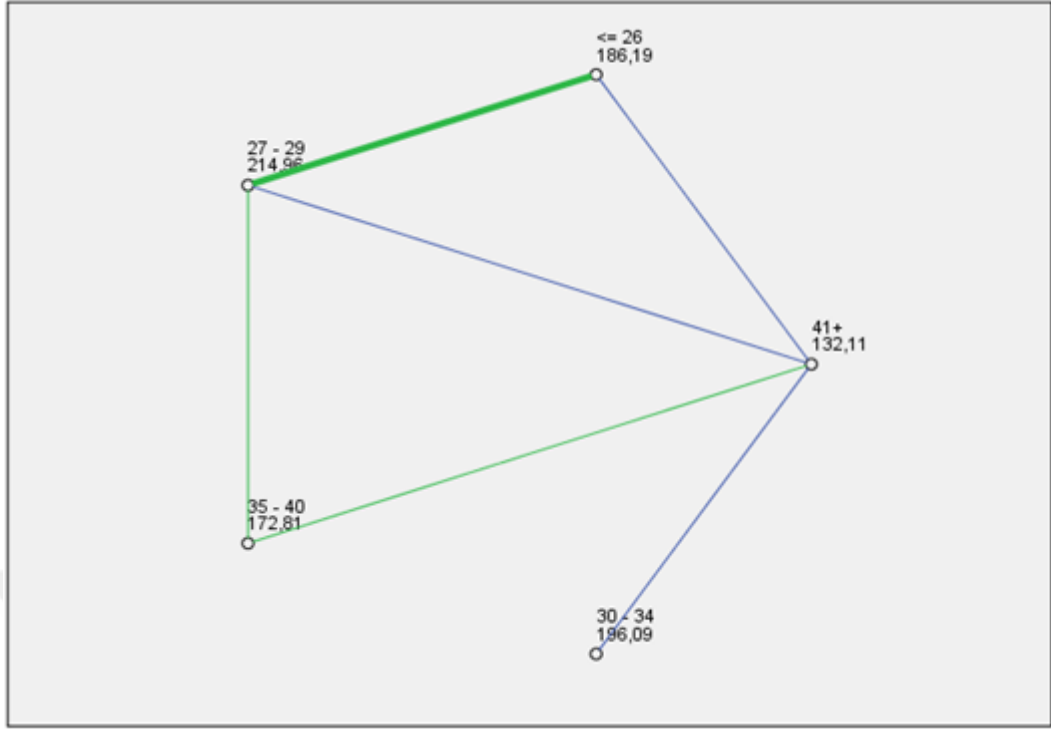
sağlık hizmetleri sunumunda gereksiz bir uygulama olmadığını, özelleştirmeden farklı olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Tablo 17’de ise katılımcıların yaşları ile sağlık hizmetleri finansman sorunları arasındaki algı farklılıkları gösterilmektedir.

Tablo 17. Yaş ve sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup1-Grup2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
“41+” - “35 – 40”	40,692	18,141	2,243	,025	,249
“41+” - “<= 26”	54,073	18,309	2,953	,003	,031
“41+” - “30 – 34”	63,972	17,837	3,587	,000	,003
“41+” - “27 – 29”	82,845	18,141	4,567	,000	,000
“35 – 40” - “<= 26”	13,381	17,360	,771	,441	1,000
“35 – 40” - “30 -34”	23,280	16,860	1,381	,167	1,000
“35 -40” - “27-29”	42,153	17,182	2,453	,014	,142
“<= 26” - “30 – 34”	-9,899	17,042	-,581	,561	1,000
“<= 26” - “27 – 29”	-28,773	17,360	-1,657	,097	,974
“30 – 34”- 27” -29”	18,874	16,860	1,119	,263	1,000

Yukarıdaki tabloda, koyu renkle gösterilen satırlardaki yaş grupları arasında sağlık hizmetlerinin finansman sorunu bakımından algı farklılığı olduğu görülmektedir. 35-40 ile 26’dan küçük, 35-40 ile 30-34, 26’dan küçük ile 30-34, 26’dan küçük ile 27-29 ve 30-34 ile 27-29 yaş grupları arasında ise sağlık hizmetlerinin finansman sorunu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı bulunmamaktadır. Şekil 2’de farklılık bulunan gruplar daha açık bir biçimde görülmektedir.



Şekil 2. Yaş ile sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı

Şekle göre sağlık hizmetlerinin finansman sorunu bakımından en büyük algı farklılığı 41’den büyük yaş grubu ile 27-29 yaş grubu arasındadır. Bu soruna her iki grubun yaklaşımı birbirinden oldukça farklıdır. Farklılığın en küçük olduğu yaş grupları ise 41’den büyük ile 35-40 yaş gruplarıdır. Genel anlamda ise 41’den büyük yaş grubundakiler bu sorunu diğer tüm yaş gruplarına göre farklı algılamaktadır.

Yapılan Kruskal Wallis testine göre toplamda 5 yaş grubu için Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları algısı bakımından farklılık tespit edilmiş olup, bu farklılığın yönü Mann-Whitney U testleri ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 18 bu testlerin toplu sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 18. Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları Faktörü ve Yaş Sıra Ortalaması

Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“41+” - “35 – 40”	1832,000	61,03 – 74,57	0,046
“41+” - “<= 26”	1544,000	56,31 – 76,06	0,003

Tablo 18 (devamı). Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları Faktörü ve Yaş Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“41+” - “30 – 34”	1530,000	56,08 – 83,11	0,000
“41+” - “27 – 29”	1262,000	51,69 – 82,17	0,000
“35 – 40” - “27 – 29”	2222,000	67,63 – 83,37	0,026

Tablo 18’e göre; 41 ve daha büyük yaşta olan çalışanların sıra ortalamaları daha düşük bulunmuştur. 41 ve üzeri yaşta olan çalışanlar, sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu, diğer yaş gruplarına göre daha az kabul etmektedirler. 41 ve üzeri yaşa sahip olan çalışanların, Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkanlarını yeterli bulduğu söylenebilir. 27 – 29 yaş grubundaki çalışanların ise 35 – 40 yaş grubundaki çalışanlara göre sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda daha fazla sorun olduğuna kanaat getirdikleri ileri sürülebilir.

Cinsiyet – KÖO Algıları

Tez çalışmasının iki sayılı hipotezi doğrultusunda KÖO ölçeğine katılımcıların verdikleri yanıtlar ile cinsiyetleri arasından anlamlı bir algı farklılığı bulunup bulunmadığına ilişkin test sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 19. Cinsiyet ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özet

	KÖO FAYDA VE VERİMLİLİĞİ	KÖO ELEŞTİRİLERİ	TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU	KÖO’NUN İSTİHDAMA ETKİSİ	SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN SORUNLARI	SAĞLIK HİZMETLERİ NİN VERİMLİLİĞİ
Mann-Whitney U	13910,000	11698,000	15502,000	15579,000	15465,000	14831,000
Wilcoxon W	23501,000	37349,000	25093,000	41230,000	41116,000	24422,000
Z	-1,729	-4,000	-,094	-,015	-,132	-,783
Asymp. Sig. (2-tailed)	,084	,000	,925	,988	,895	,433

Tabloya göre yalnızca KÖO Eleştirileri algısı ile kişilerin cinsiyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılığın yönü ise Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. KÖO Eleştirileri Farkındalığının Cinsiyete Göre Farklılığını Gösteren Ortalama Tablosu

Sıralamalar				
	Cinsiyetiniz?	N	Sıra Ortalama	Sıra Ortalamaların Toplamı
KÖO ELEŞTİRİLERİ	Erkek	138	210,73	29081,00
	Kadın	226	165,26	37349,00
	Total	364		

Tablo 20'ye göre, erkeklerin KÖO Eleştirileri algısına ilişkin ortalaması kadınlara göre daha yüksektir. Bu nedenle, erkeklerin kadınlara göre KÖO'yu daha çok eleştirmekte oldukları söylenebilir.

KÖO Fayda ve Verimliliği, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu, KÖO'nun İstihdama Etkisi, Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları ile Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği farkındalıkları katılımcıların kadın veya erkek olmaları açısından farklılık arz etmemektedir. Diğer bir ifadeyle, bu farkındalıklar açısından kadınlar ve erkekler benzer düşüncelere sahiptir.

Eğitim Durumu – KÖO Algıları

Üç sayılı hipotez bağlamında, katılımcıların KÖO algılarının, eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Oluşturulan alt hipotezlere ilişkin sonuçlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 21. Eğitim durumu ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti

	Sıfır Hipotezleri	Test	Anlamlılık (p)	Karar
1	KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,722	H_0 kabul edildi.
2	KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,699	H_0 kabul edildi.
3	Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,047	H_0 red edildi.

Tablo 21(devamı). Eğitim durumu ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti

	Sıfır Hipotezleri	Test	Anlamlılık (p)	Karar
4	KÖO'nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,001	H_0 red edildi.
5	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,001	H_0 red edildi.
6	Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,032	H_0 red edildi.

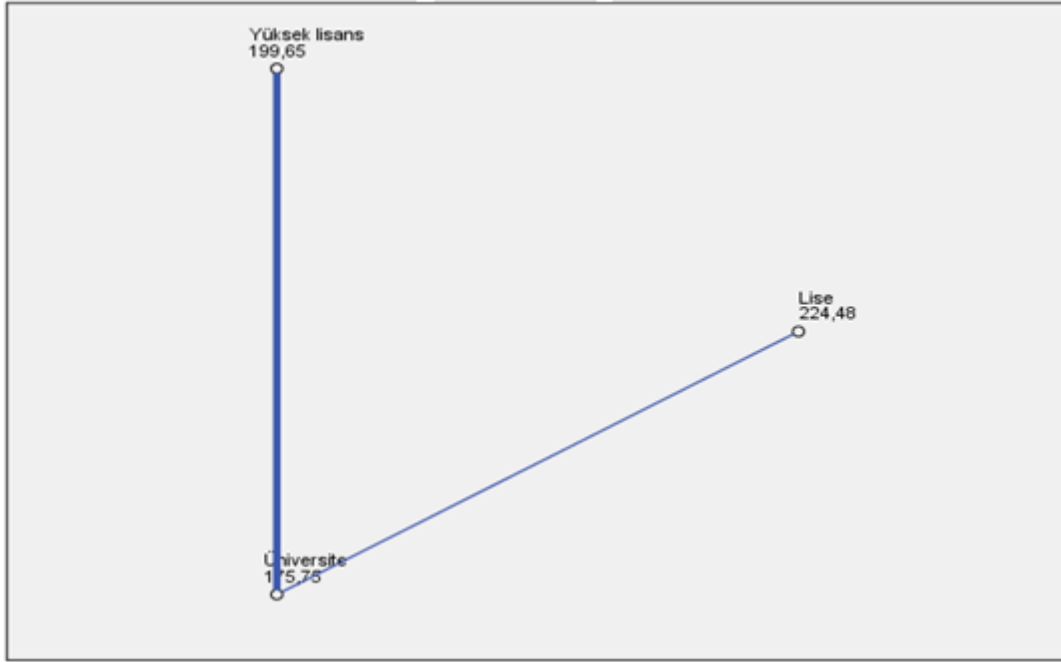
Tablo 21'ye göre altı faktör için oluşturulan alt hipotezlerden KÖO fayda ve verimliliğinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği hipotezi ile KÖO eleştirilerinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği hipotezleri reddedilememiştir. Diğer dört alt hipotezin sıfır hipotezleri ise reddedilmiş olup, bu faktörler ile katılımcıların eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Farksızlık hipotezleri reddedilen dört hipotezin ikili karşılaştırma tabloları aşağıda ayrı ayrı yer almaktadır. Tablo 22'de katılımcıların eğitim durumları ile Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu arasındaki algı farklılıkları gösterilmektedir.

Tablo 22. Eğitim durumu ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
Üniversite-Yüksek lisans	-23,901	14,954	-1,598	,110	,330
Üniversite-Lise	48,727	23,796	2,048	,041	,122
Yüksek lisans-Lise	24,826	26,677	,931	,352	1,000

Yukarıdaki tabloya göre; üniversite mezunları ile lise mezunları arasında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü açısından algı farklılığı bulunmaktayken, üniversite ve yüksek lisans ile yüksek lisans ve lise mezunları arasında aynı konuda bir algı farklılığı bulunmamaktadır. Farkın boyutu aşağıdaki şekilde de gösterilmiştir.



Şekil 4. Eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü arasındaki algı farklılığı

Bu şekle göre lise mezunlarının Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sunumu algı düzeyi, üniversite mezunlarının algı düzeyinden daha yüksektir. Şekilde yüksek lisans ile üniversite mezunları arasında bir algı farklılığı görülmekle birlikte, Tablo 22’de yer alan anlamlılık değerinin 0,05’in üzerinde olması nedeniyle bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı söylenebilir.

Sadece üniversite mezunları ile lise mezunları arasında Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü açısından bulunan algı farklılığının yönü için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu teste ilişkin tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 23. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Lise – Üniversite	2166,000	190,86 – 149,65	0,038

Tabloya göre üniversite mezunlarının sıra ortalaması lise mezunlarının sıra ortalamasından daha küçüktür. Buna göre üniversite mezunu çalışanların Türkiye’de sağlık

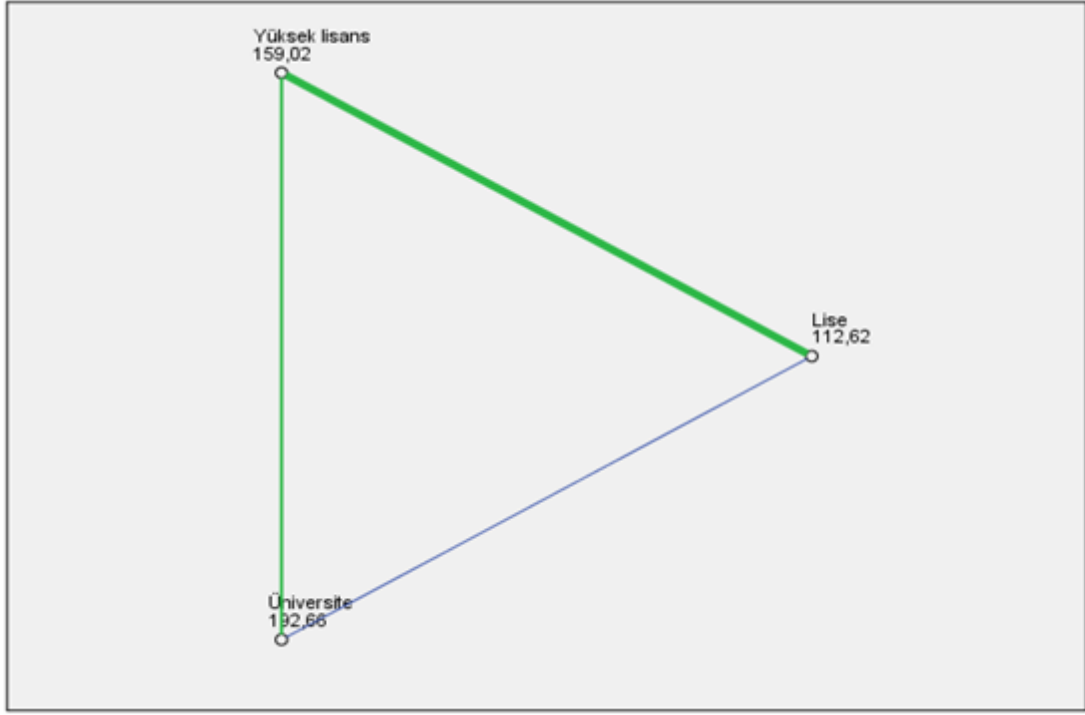
hizmetleri sunumunu lise mezunları çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu söylenebilir. Üniversite mezunlarının Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığı ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğu görüşüne daha az katıldıkları söylenebilir.

Tablo 24’de katılımcıların eğitim durumları ile KÖO’nun istihdama etkisi arasındaki algı farklılıklarına ilişkin ikili karşılaştırma tablosuna yer verilmiştir.

Tablo 24. Eğitim durumu ile KÖO’nun istihdama etkisi faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık.
Lise-Yüksek lisans	-46,398	26,677	-1,739	,082	,246
Lise-Üniversite	-80,045	23,796	-3,364	,001	,002
Yüksek lisans-Üniversite	33,648	14,954	2,250	,024	,073

Tabloya göre, KÖO’nun istihdama etkisi bağlamında, lise ile üniversite mezunları ve yüksek lisans ile üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı varken, lise ile yüksek lisans mezuniyetleri açısından bir algı farklılığı bulunmamaktadır. Farklılık bulunan gruplar koyu harflerle belirtilmiştir. Aşağıdaki ikili karşılaştırma şeklinde ise bu farklılık şematize edilmiştir.



Şekil 5. Eğitim durumu ile KÖO'nun istihdama etkisi faktörü arasındaki algı farklılığı

Her ne kadar lise ile yüksek lisans mezunları arasında bir farklılık olduğu gösterilmişse de bu 0,05 düzeyinde olmadığı için iki öğrenim grubu arasında istihdama etki bakımından arada bir algı farklılığı olmadığı kabul edilecektir. Üniversite ile lise mezunları arasındaki algı farklılığı ise üniversite ile yüksek lisans mezunları arasındaki farktan daha büyüktür.

KÖO'nun istihdama etkisi bağlamında, lise ile üniversite mezunları ve yüksek lisans ile üniversite mezunları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan algı farklılığının yönü Mann-Whitney U testleri ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 25 bu testlerin sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 25. KÖO'nun İstihdama Etkisi Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Lise – Üniversite	1648,000	89,48 – 157,18	0,001
Yüksek lisans-Üniversite	6937,000	146,12 – 177,49	0,026

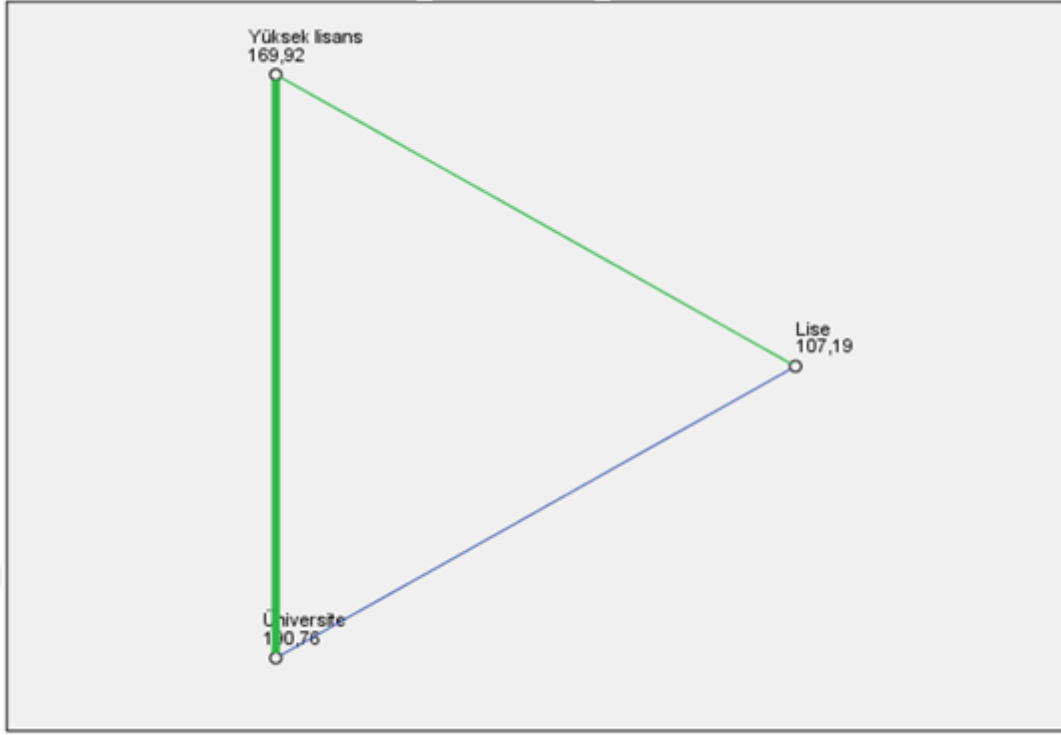
Tabloya göre lise mezunlarının sıra ortalaması daha düşük bulunmuştur. Lise mezunu çalışanlar KÖO'nun istihdama etkisinin olduğunu diğer çalışanlara göre daha az kabul etmektedir. Üniversite mezunu çalışanların ise diğer çalışanlara göre KÖO'nun istihdam üzerinde daha etkili olacağını düşündükleri söylenebilir. Üniversite mezunu sağlık çalışanlarının KÖO modelinin daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlayarak istihdamı arttıracaklarını düşündükleri söylenebilir.

Tablo 26 katılımcıların eğitim durumları ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları arasındaki algı farklılıkları hakkındaki ikili karşılaştırma tablosudur.

Tablo 26. Eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
Lise-Yüksek lisans	-62,726	26,677	-2,351	,019	,056
Lise-Üniversite	-83,566	23,796	-3,512	,000	,001
Yüksek lisans- Üniversite	20,840	14,954	1,394	,163	,490

Tabloya göre, katılımcıların sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair algısı, koyu harflerle de belirtildiği üzere, lise ile yüksek lisans ve lise ile üniversite mezunları arasında algı farklılığı bulunmaktayken, yüksek lisans ile üniversite mezunları arasında bir algı farklılığı bulunmamaktadır. İkili karşılaştırma şeklinde bu algı farklılığı daha net bir biçimde görülebilir.



Şekil 6. Eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı

Şekle göre her ne kadar üniversite mezunları ile yüksek lisans mezunları arasında bir algı farklılığı varmış gibi görülse de bu farklılık 0,05 anlam düzeyinde bir farklılık değildir. Üniversite mezunları ile lise mezunları arasındaki algı farklılığı ise yüksek lisans mezunları ile lise mezunları arasındaki farktan daha büyüktür.

Katılımcıların sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair algı farklılığı lise ile yüksek lisans ve lise ile üniversite mezunları arasında bulunmuştur. Algı farklılığının yönü Mann-Whitney U testleri ile belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 27. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Lise – Yüksek lisans	440,000	31,95 – 44,17	0,040
Lise - Üniversite	1580,000	86,24 – 157,42	0,000

Tabloya göre lise mezunu çalışanların sıra ortalaması daha düşük bulunmuştur. Lise mezunu çalışanlar sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu, diğer çalışanlara göre

daha az kabul etmektedirler. Lise mezunu çalışanların Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunu yeterli bularak sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkanlarını yeterli buldukları söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin verimliliği ile katılımcıların eğitim durumları arasındaki algı farklılığı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 28. Sağlık hizmetlerinin verimliliği ile eğitim durumu faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
Yüksek lisans-Üniversite	37,686	14,954	2,520	,012	,035
Yüksek lisans-Lise	48,250	26,677	1,809	,071	,212
Üniversite-Lise	10,564	23,796	,444	,657	1,000

Tablodan da anlaşılacağı gibi, yalnızca yüksek lisans ile üniversite mezunları arasında sağlık hizmetlerinin verimliliği arasında bir algı farklılığı bulunmaktadır. Tek bir grupta algı farklılığı bulunduğu için ayrıca ikili karşılaştırma şekline yer vermeye gerek duyulmamıştır. Sadece üniversite mezunları ile yüksek lisans mezunları arasında sağlık hizmetlerinin verimliliği faktörü açısından bulunan algı farklılığının yönü için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu teste ilişkin tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 29. Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Yüksek lisans – Üniversite	6673,000	141,72 – 178,42	0,009

Tabloya göre yüksek lisans mezunlarının sıra ortalaması üniversite mezunlarından düşük bulunmuştur. Yüksek lisans mezunlarının üniversite mezunlarına göre sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini yeterli düzeyde bulmadığı söylenebilir.

Görev – KÖO Algıları

Tez çalışmasının dört sayılı hipotez kapsamında, katılımcıların KÖO algılarının, çalıştıkları pozisyona/görevlerine göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. KÖO algısını ölçen anketin faktörler temelinde oluşturulan alt hipotezler hakkındaki sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 30. Katılımcıların görevleri ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti

	Sıfır Hipotezleri	Test	Anlamlılık (p)	Karar
1	KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,521	H_0 kabul edildi.
2	KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,090	H_0 kabul edildi.
3	Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,002	H_0 red edildi.
4	KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,113	H_0 kabul edildi.
5	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,007	H_0 red edildi.
6	Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,090	H_0 kabul edildi.

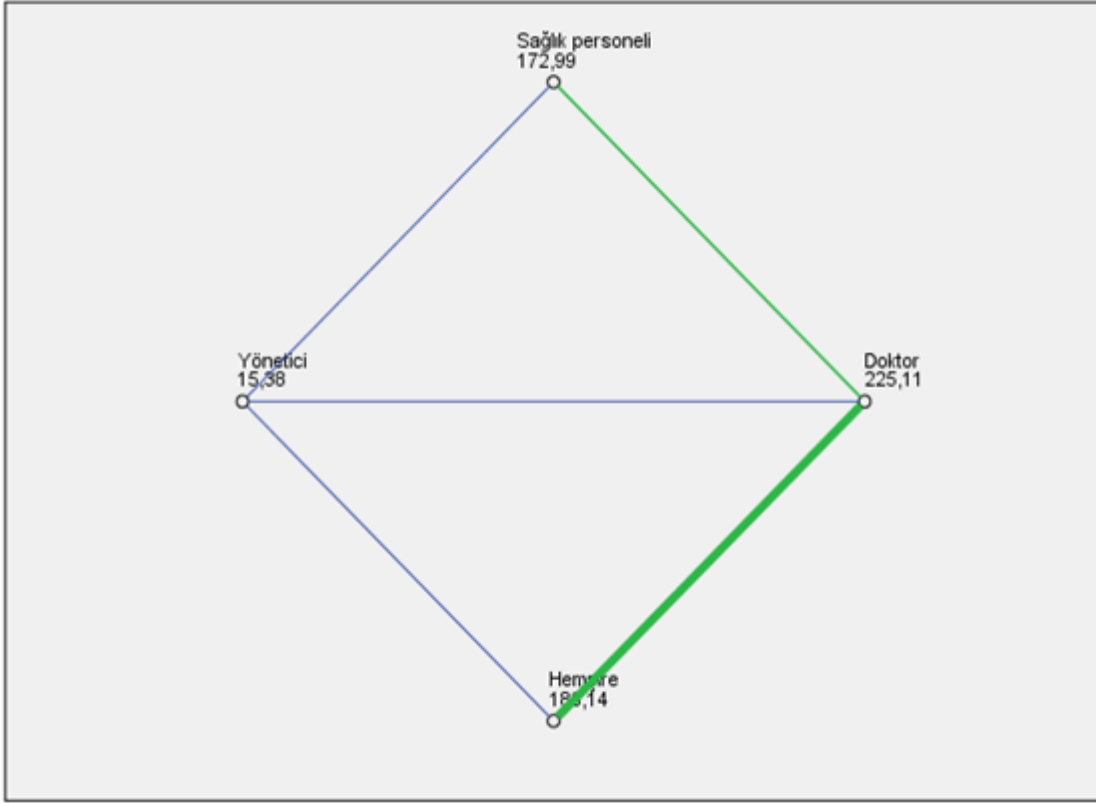
Yukarıdaki tabloya göre altı alt hipotezden yalnızca katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumuna dair algılarının sağlık kurumundaki görevlerine göre algı farklılığı göstermediğine ilişkin hipotez ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair algılarının yine sağlık kurumundaki görevlerine göre algı farklılığı göstermediğine ilişkin sıfır hipotezleri reddedilmiştir. Diğer hipotezler içinse gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Farksızlık hipotezleri reddedilen, başka bir ifadeyle, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılan iki alt hipotezin ikili karşılaştırma tabloları aşağıda yer almaktadır. Tablo 31’de Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumuna dair katılımcıların algısı ile çalıştıkları sağlık kurumundaki görevleri arasındaki algı farklılıkları gösterilmektedir.

Tablo 31. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktörü ile çalışanların sağlık kurumlarındaki görevleri arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
Yönetici-Sağlık personeli	157,612	53,499	2,946	,003	,019
Yönetici-Hemşire	170,768	53,084	3,217	,001	,008
Yönetici-Doktor	209,734	56,999	3,680	,000	,001
Sağlık personeli-Hemşire	13,156	12,039	1,093	,274	1,000
Sağlık personeli-Doktor	52,122	23,999	2,172	,030	,179
Hemşire-Doktor	38,966	23,057	1,690	,091	,546

Yukarıdaki tabloya göre, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin katılımcıların cevapları, yönetici ile sağlık personeli, yönetici ile hemşire, yönetici ile doktor ve sağlık personeli ile doktor arasında farklılık göstermektedir. Bu durumda hizmet sunumuna ilişkin algı farklılığı asıl olarak yönetici pozisyonunda çalışan için geçerlidir. İkili karşılaştırmaya ilişkin şekil bu farklılıklara işaret etmektedir. Sağlık personeli ile hemşire ve doktor ile hemşire arasında ise Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda ilişkin verilen cevaplar farklılık göstermemektedir.



Şekil 7. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktörü ile çalışanların sağlık kurumundaki görevleri arasındaki algı farklılığı

Şekle göre hemşire ve doktor arasında bir farklılık olduğu yer almakta ise de 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı olmadığı için iki pozisyon arasında ilgili faktör bakımından bir algı farklılığı olmadığı kabul edilecektir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin katılımcıların cevapları, yönetici ile sağlık personeli, yönetici ile hemşire, yönetici ile doktor ve sağlık personeli ile doktor arasında farklılık gösterirken doktor ve yönetici arasındaki algı farklılığı en fazla bulunan iki grup olmuştur.

Yapılan Kruskal Wallis testine göre toplamda 4 grup için Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktöründe algı bakımından farklılık tespit edilmiş olup, bu farklılığın yönü Mann-Whitney U testleri ile belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 32 bu testlerin toplu sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 32. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu Faktörü ve Görev Sıra Ortalaması
Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Yönetici – Sağlık Personeli	24,000	8,50 – 62,79	0,002
Yönetici – Hemşire	27,500	9,38 – 114,38	0,001
Yönetici – Doktor	,000	2,50 – 16,00	0,000
Sağlık Personeli – Doktor	1024,500	67,76 – 84,46	0,071*

* Kruskal Wallis testinde istatistiki olarak anlamlı çıkmasına rağmen, sıra ortalama farkını bulmak için yapılan Mann-Whitney U Testinde anlamlı sonuç elde edilememiş olup, yorumlanmamıştır.

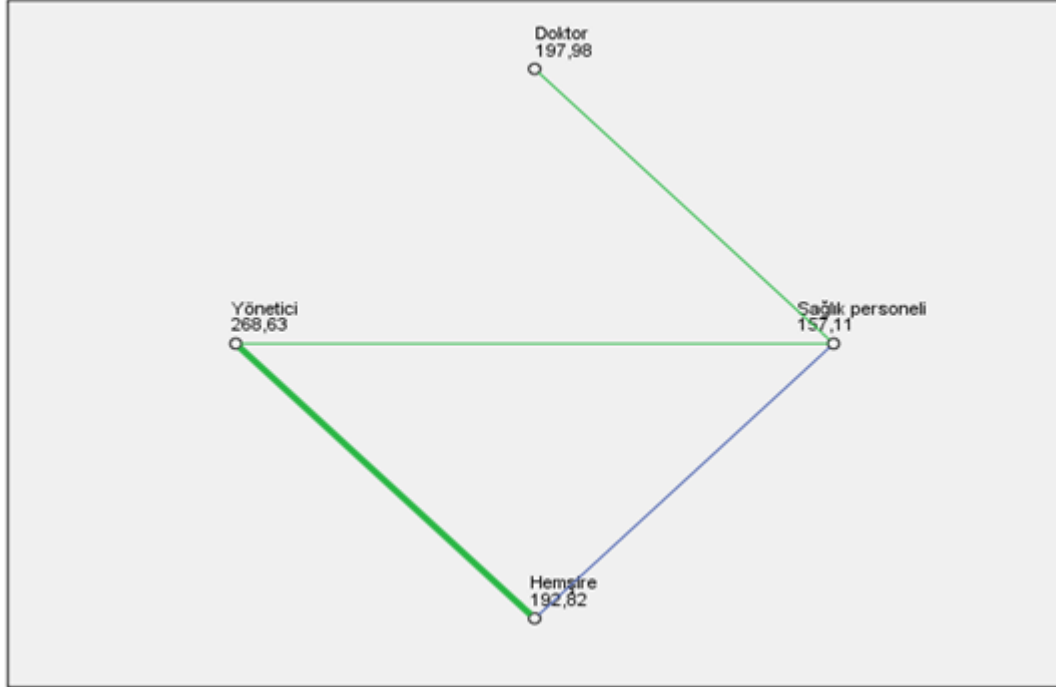
Tabloya göre yönetici pozisyonunda çalışanların sıra ortalaması diğer tüm görevlerde çalışanlardan daha düşük bulunmuştur. Buna göre yöneticilerin Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu diğer çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu söylenebilir. Yöneticilerin sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırdığına, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığına ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğuna daha az katıldıkları söylenebilir. Tablo 33’te katılımcıların çalıştıkları sağlık kurumundaki pozisyonları ile sağlık hizmetlerinin finansman sorununa ilişkin algı farklılıkları gösterilmektedir.

Tablo 33. Çalışanların görevleri ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunu faktörüne ilişkin algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
Sağlık personeli- Hemşire	35,714	12,039	2,966	,003	,018
Sağlık personeli-Doktor	40,871	23,999	1,703	,089	,531
Sağlık personeli- Yönetici	-111,518	53,499	-2,084	,037	,223
Hemşire-Doktor	5,158	23,057	,224	,823	1,000
Hemşire-Yönetici	-75,805	53,084	-1,428	,153	,920
Doktor-Yönetici	-70,647	56,999	-1,239	,215	1,000

Tabloya göre, sağlık hizmetlerinin finansman sorununa dair katılımcıların algısı, sağlık personeli ile hemşire ve sağlık personeli ile yönetici olarak çalışanlar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı göstermektedir. Aşağıda yer verilen ikili karşılaştırma şeklinde bu farklılık daha açık bir biçimde gösterilmektedir.



Şekil 8. Çalışanların görevleri ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunu faktörüne ilişkin algı farklılığı

Şekilde doktor ile sağlık personeli ve yönetici ile hemşire arasında da bir farklılık olduğu yer almakta ise de 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı olmadığı için iki pozisyon arasında ilgili faktör bakımından arada bir algı farklılığı olmadığı kabul edilecektir. Sağlık personeli ile yönetici arasındaki algı farklılığı ise sağlık personeli ile hemşire arasındaki farktan daha büyüktür.

Kruskal Wallis testine göre sağlık hizmetleri finansman sorunları faktöründe algı farklılığı bulunan gruplar için Mann-Whitney U testleri yapılarak farklılığın yönü belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 34. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları Faktörü ve Görev Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Sağlık personeli – Hemşire	10295,000	146,99 – 180,70	0,002
Sağlık personeli – Yönetici	81,000	59,69 – 99,25	0,026

Tabloya göre sağlık personeli olarak görev yapanların sıra ortalaması hemşire ve yönetici pozisyonunda çalışanlardan daha düşük bulunmuştur. Buna göre sağlık personellerinde sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarının daha az olduğu yönünde bir görüş hâkim olduğu söylenebilir. Sağlık personeli olarak görev yapanların Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu daha yeterli bulduğu ve projelerin finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilemediğine katılmadıkları söylenebilir. Hemşireler sağlık personeline göre sağlık hizmetlerinin finansmanında daha çok sorun olduğunu belirtmektedirler. Yöneticiler de sağlık personellerine göre sağlık hizmetlerinin finansmanını daha sorunlu görmektedir.

Mesleki Çalışma Süresi – KÖO Algıları

Bu tez çalışmasında oluşturulan beşinci hipotez doğrultusunda, katılımcıların KÖO algılarının, bu sektördeki toplam mesleki çalışma sürelerine göre farklılık gösterip göstermediği denenmiştir. KÖO ölçeği için oluşturulan altı adet faktöre ilişkin oluşturulan alt hipotezlere dair sonuçlar aşağıdaki Tabloda yer almaktadır.

Tablo 35. Mesleki çalışma süresi ve KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti

	Sıfır Hipotezleri	Test	Anlamlılık (p)	Karar
1	KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,107	H_0 kabul edildi.
2	KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,000	H_0 red edildi.
3	Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,707	H_0 kabul edildi.
4	KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,027	H_0 red edildi.
5	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,001	H_0 red edildi.
6	Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	Bağımsız Örneklem Kruskal-Wallis Testi	,090	H_0 kabul edildi.

Bu tabloya göre altı adet alt hipotezden katılımcıların KÖO eleştirileri, KÖO'nun istihdama etkisi ve sağlık hizmetleri finansman sorunlarına ilişkin algıları, toplam mesleki çalışma sürelerine göre algı farklılığı göstermektedir. Diğer alt hipotezlerin farksızlık hipotezleri ise reddedilememiş olup, bu faktör algıları ile kişilerin mesleki çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

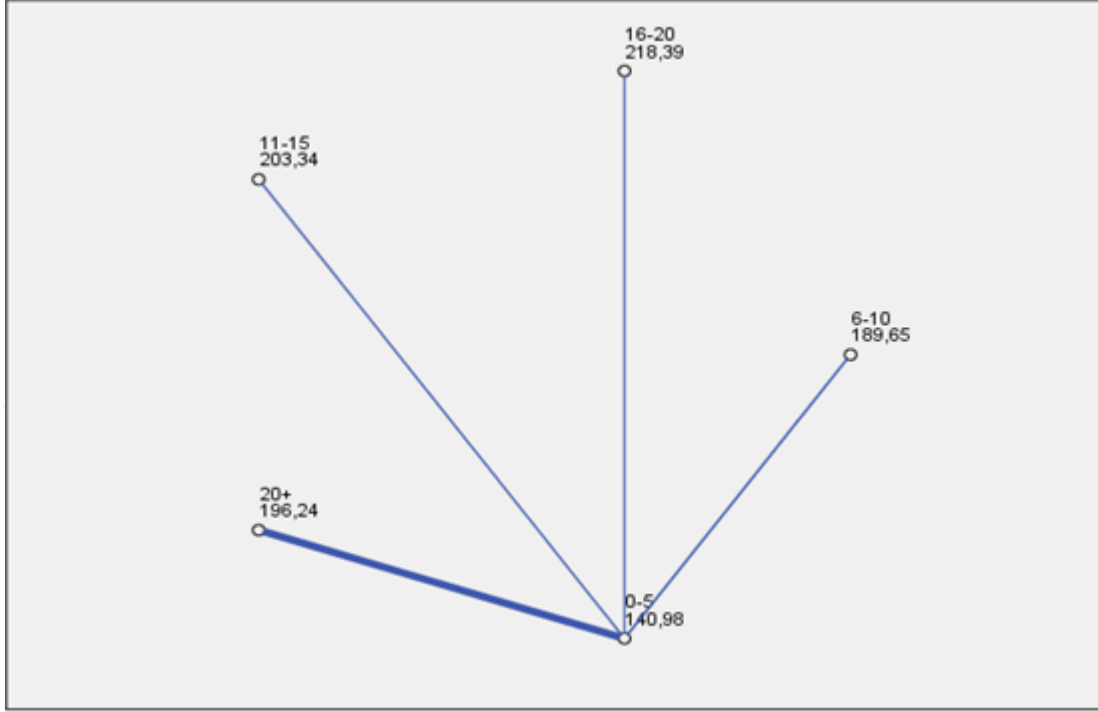
Sıfır hipotezleri reddedilen üç alt hipotezin ikili karşılaştırma tablolarına aşağıda yer verilmiştir. Tablo 36'da KÖO eleştirilerine dair katılımcıların cevapları ile mesleki çalışma süreleri arasındaki algı farklılıkları gösterilmektedir.

Tablo 36. Katılımcıların mesleki çalışma süreleri ve KÖO eleştirileri faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık.
"0-5"- "6-10"	-48,678	14,141	-3,442	,001	,006
"0-5"- "20+"	-55,263	19,684	-2,807	,005	,050
"0-5"- "11-15"	-62,361	17,366	-3,591	,000	,003
"0-5"- "16-20"	-77,418	19,346	-4,002	,000	,001
"6-10"- "20+"	-6,584	19,132	-,344	,731	1,000
"6-10"- "11-15"	-13,683	16,737	-,818	,414	1,000
"6-10"- "16-20"	-28,740	18,784	-1,530	,126	1,000
"20+"- "11-15"	7,099	21,625	,328	,743	1,000
"20+"- "16-20"	22,155	23,245	,953	,341	1,000
"11-15"- "16-20"	-15,057	21,318	-,706	,480	1,000

Tabloya göre, KÖO eleştirilerine dair katılımcıların algısı, mesleki çalışma süresi 5 yıla kadar olanlarla diğer süre gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı arz etmektedir. Başka bir ifadeyle, bu süre grubundakilerin KÖO'ya yönelik eleştiri konusundaki algısı diğer mesleki süre gruplarından farklılık sunmaktadır. Ancak, diğer çalışma sürelerine dâhil olan katılımcıların aynı algı konusunda birbirleri arasında bir algı farklılığı

bulunmamaktadır. 5 yılı kadar mesleki çalışma süresi grubuna dâhil olanların diğerlerinden farklılığı aşağıdaki ikili karşılaştırma şeklinde net bir biçimde kendini göstermektedir.



Şekil 9. KÖO eleştirileri faktörü ve mesleki deneyim arasındaki algı farklılığı

Şekil 9'a göre; 5 yılın altında mesleki çalışma süresine sahip olanların KÖO'ya dair eleştirilere yaklaşım farklılığı en çok 16 ilâ 20 yıl arasında bir mesleki deneyime sahip olanlardır. Diğer mesleki çalışma süreleriyle de arasından farklılıklar bulunmaktadır. Buna karşın, diğer mesleki çalışma sürelerine sahip olanların eleştiri algısı bakımından farklı düşündükleri söylenemez.

Toplamda 4 mesleki çalışma süresi grubu için geçerli olan KÖO Eleştirileri algı farklılığının yönü içinse Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bu testlere ilişkin toplu tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 37. KÖO Eleştirileri Faktörü ve Mesleki Çalışma Süreleri Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“0-5”-“6-10”	4475,500	95,26 – 126,41	0,000
“0-5”-“20+”	1401,000	64,51 – 85,48	0,006
“0-5”-“11-15”	1874,000	69,24 – 97,19	0,000
“0-5”-“16-20”	1297,000	63,47 – 90,62	0,000

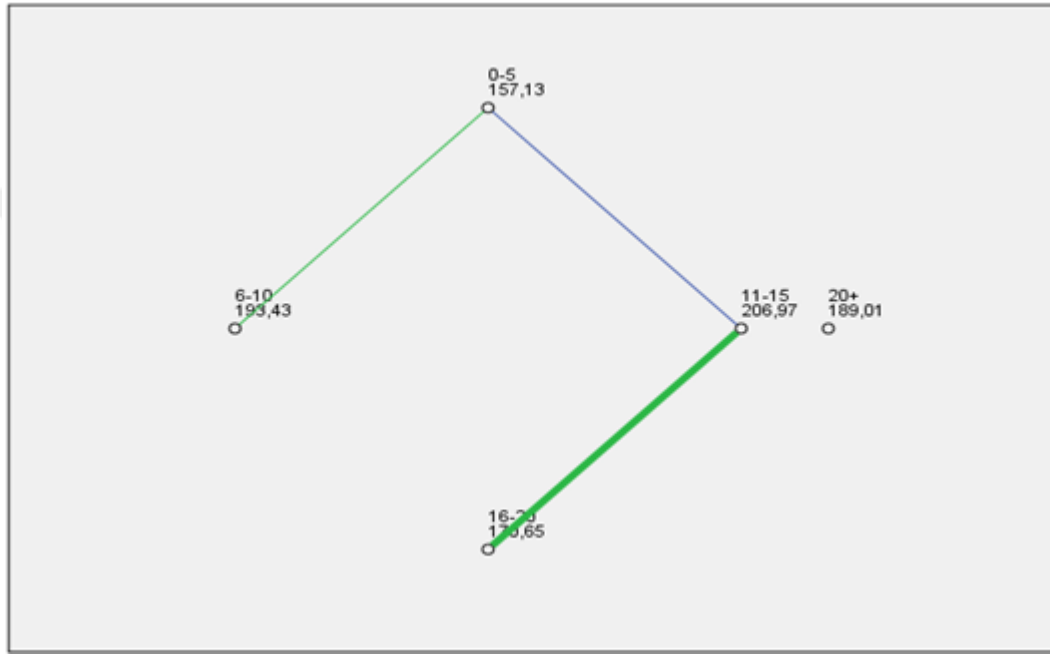
Tabloya göre 0-5 yıl arası mesleki deneyime sahip çalışanların sıra ortalaması diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Buna göre 5 yıla kadar çalışma süresi olanların KÖO’yu daha az eleştirdikleri söylenebilir. 5 yıla kadar mesleki deneyime sahip çalışanların KÖO modeli ile gelecekteki kamu gelirlerinin şimdiden ipotek altına alındığına daha az katıldığı, özelleştirme olmadığını ve gerekli bir uygulama olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Tablo 38 katılımcıların KÖO’nun istihdama etkilerine yönelik ve mesleki çalışma sürelerine göre algı farklılığı olup olmadığını çalışma süre grupları temelinde göstermektedir.

Tablo 38. Mesleki deneyim ile KÖO’nun istihdama etkileri faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
“0-5”-“16-20”	-13,530	19,346	-,699	,484	1,000
“0-5”-“20+”	-31,888	19,684	-1,620	,105	1,000
“0-5”-“6-10”	-36,302	14,141	-2,567	,010	,103
“0-5”-“11-15”	-49,849	17,366	-2,871	,004	,041
“16-20”-“20+”	-18,358	23,245	-,790	,430	1,000
“16-20”-“6-10”	22,773	18,784	1,212	,225	1,000
“16-20”-“11-15”	36,319	21,318	1,704	,088	,884
“20+”-“6-10”	4,415	19,132	,231	,818	1,000
“20+”-“11-15”	17,962	21,625	,831	,406	1,000
“6-10”-“11-15”	-13,547	16,737	-,809	,418	1,000

Bu tabloya göre KÖO'nun istihdama etkilerine ilişkin katılımcıların algılarının, 5 yıldan az mesleki deneyim sahip grup ile 6 ile 10 yıllık mesleki deneyime sahip olan grup ve yine 5 yıldan az mesleki deneyim sahip grup ile 11 ile 15 yıllık meslek deneyimine sahip olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı bulunmaktadır. Diğer grupların arasında ise istihdam konusunda anlamlı bir algı farklılığı bulunmamaktadır. Aşağıdaki şekil ise aralarında farklılık bulunan grupların bu algı farklılığı boyutlarını göstermektedir.



Şekil 10. Mesleki deneyim ile KÖO'nun istihdama etkileri faktörü arasındaki algı farklılığı

Şekle göre; 5 yıldan az mesleki deneyime sahip olanların hem 6 ilâ 10 yıllık mesleki çalışma süresine sahip grup hem de 11 ilâ 15 yıllık meslek deneyimine sahip gruba göre istihdam bakımından algı farklılıkları vardır. Bununla birlikte 5 yıldan az deneyimi olanların 11 ilâ 15 yıldır çalışanlara göre istihdam algısı farklılığı, 6 ilâ 10 yıldır çalışanlara göre daha fazladır. Şekilde her ne kadar 11 ilâ 15 yıldır çalışanlar ile 16 ilâ 20 yıllık mesleki deneyime sahip olanlar arasında KÖO'nun istihdama etkisi faktörü bakımından algı farklılıkları bulunmakta gibi görülse de bu farklılık 0,05 düzeyinde anlamlı değildir.

KÖO'nun istihdama etkisi faktöründe bulunan algı farklılığının yönü için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bu testlere ilişkin toplu tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 39. KÖO'nun İstihdama Etkileri Faktörü ve Mesleki Çalışma Süreleri Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“0-5”-“6-10”	4973,500	100,24 – 122,39	0,011
“0-5”-“11-15”	2088,000	71,38 – 93,50	0,003

Tabloya göre 0-5 yıl mesleki deneyime sahip çalışanların sıra ortalaması daha düşük bulunmuştur. 5 yıla kadar mesleki çalışma süresi olanların 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışma süresi olanlara göre KÖO'nun istihdama daha az etkisi olacağını düşünmektedir.

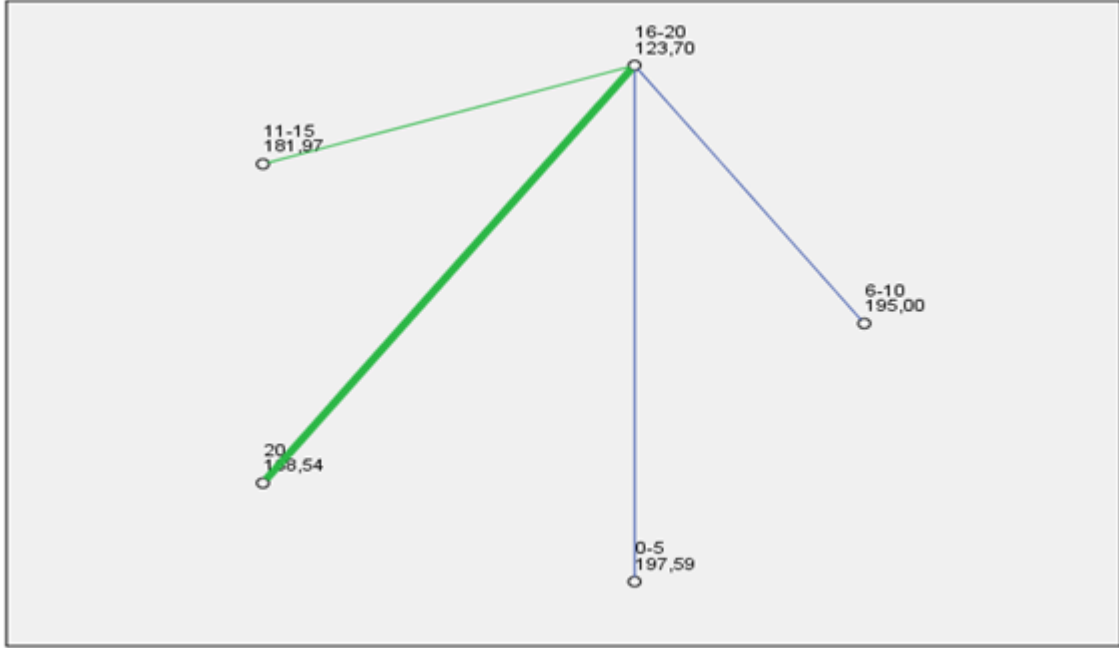
Aşağıdaki tablo ise sağlık hizmetleri finansman sorunları hakkındaki katılımcıların algısıyla meslekteki toplam çalışma yılları arasındaki farklılıkları meslekte geçirilen süreye ilişkin gruplar temelinde sunmaktadır.

Tablo 40. Mesleki deneyim ile sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı

Grup 1-Grup 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	Anlamlılık (Sig.)	Düzeltilmiş Anlamlılık
“16-20”-“20+”	-44,835	23,245	-1,929	,054	,538
“16-20”-“11-15”	58,272	21,318	2,733	,006	,063
“16-20”-“6-10”	71,298	18,784	3,796	,000	,001
“16-20”-“0-5”	73,883	19,346	3,819	,000	,001
“20+”-“11-15”	13,437	21,625	,621	,534	1,000
“20+”-“6-10”	26,463	19,132	1,383	,167	1,000
“20+”-“0-5”	29,048	19,684	1,476	,140	1,000
“11-15”-“6-10”	13,026	16,737	,778	,436	1,000
“11-15”-“0-5”	15,611	17,366	,899	,369	1,000
“6-10”-“0-5”	2,585	14,141	,183	,855	1,000

16 ile 20 yıl arasında sağlık sektöründe çalışmakta olanlar, sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair, 11 ile 15 arasında, 6 ile 10 arasında ve 5 yıldan az mesleki deneyime sahip olanlara göre farklı algıya sahiptirler. Aynı grubun, 20 yılın üzerinde sağlık

sektöründe çalışmakta olanlara göre aynı konuda istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılıkları yoktur.



Şekil 11. Mesleki deneyim ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı

Şekil 11'e göre 16 ilâ 20 yıllık mesleki çalışma süresine sahip olanlar ile diğer süre grupları arasında sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin sorunlar bağlamında bir algı farklılığı bulunmaktadır. Ancak, 16 ilâ 20 yıllık mesleki çalışmasına sahip grubun 20 yıldan fazla bir süredir meslekte çalışanlar ile arasındaki algı farklılıkları 0,05 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olmayıp, bu bulgu dikkate alınmamıştır. Farklılığın yoğunlaştığı grup olan 16 ilâ 20 yıllık mesleki deneyime sahip olanların sağlık hizmetleri finansmanı sorunları bakımından en çok algı farklılığı gösterdiği grup, 5 yıl ve daha az bir süredir sağlık sektöründe çalışanlardır. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin taşıdığı sorunlara yönelik olarak, 16 ilâ 20 yıllık mesleki çalışma süresine sahip olanlar ile 5 yıl ve daha az yıldır çalışanlar arasında büyük bir algı farklılığı bulunmaktadır.

Kruskal Wallis H testine göre gruplar arasında bulunan algı farklılığının yönü için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bu testlere ilişkin toplu tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 41. Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları Faktörü ve Mesleki Çalışma Süreleri Sıra Ortalaması Tablosu

Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“16-20”-“11-15”	816,000	40,93 – 57,43	0,005
“16-20”-“6-10”	1540,000	58,17 – 92,08	0,000
“16-20”-“0-5”	1376,000	54,26 – 78,74	0,001

Tabloda 16-20 yıl arası mesleki deneyime sahip çalışanların sıra ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. 16-20 yıl arası deneyimi olan çalışanlar, sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu, 0-5, 6-10, 11-15 yıl mesleki çalışma süresi olanlara göre daha az kabul etmektedirler.

TARTIŞMA

1980 sonrası değişen piyasa ekonomisi anlayışını takiben sağlık hizmetleri de küreselleşmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri için finansman ihtiyacının artması, devlet bütçelerinin bu ihtiyacı karşılayamaz hale gelmesi yeni bir finansman arayışı içine girmelerine sebep olmuştur. Böylece ortaya çıkan KÖO modeli uygulamaya konmuştur.

Çalışma Türkiye’de sağlık sektöründe son yıllarda uygulanmaya başlanan yeni bir finansman yöntemi olan KÖO modelini incelemek, KÖO ile yapılan şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerindeki sağlık çalışanlarının KÖO modeline ilişkin algılarını belirli boyutlar çerçevesinde değerlendirerek ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Aşağıda belirtilen çalışmalar da KÖO ve şehir hastanelerine yönelik araştırmalardır.

Benzer çalışmalar incelendiğinde Çınar ve arkadaşları şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetini incelenmiş ve şehir hastanelerinde fiziki imkanların yüksek olmasına rağmen hekim azlığı sebebiyle hastaların sıra bekleme sürelerinin uzun olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Genel anlamda şehir hastanelerinde hizmet memnuniyeti yüksek bulunan çalışmada yöneticilerin diğer çalışan gruplara oranla hasta ve yakınlarına hoşgörölü ve saygılı davranma oranı daha düşük bulunmuş (19).

Medhekar araştırmasında Hindistan’da sağlık hizmetleri sunumunda KÖO modeli ile özel sektörün rolünü ve sağlık turizmine etkilerini incelemiştir. Hindistan bir yandan yabancı hastalara birinci sınıf tıbbi tedavi hizmeti sunarken diğer yandan yoksulluk içinde yaşayan milyonlarca insan için birinci basamak sağlık hizmetlerine ve altyapıya eşit erişim sağlamakta zorlanmaktadır. KÖO projeleri ile yapılan hastanelerden sadece zenginlerin ve yabancıların hizmet alabildiğini belirten araştırmacı sağlık turizmini destekleyen hastanelerden kırsal ve kentsel alanda yaşayan, zengin ve fakir herkesin eşit faydalanamadığına değinmiştir (56).

Baş, KÖO hakkında hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarının görüşlerini araştırmış ve yöneticilerin diğer tüm sağlık çalışanlarına göre model hakkında daha pozitif bakış açısına sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Baş, KÖO modeli hakkında sağlık çalışanları için daha çok seminer, konferans ve bilgilendirme yapılması gerektiğine değinmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları açısından şehir hastanelerinin devlet hastanelerine göre daha kaliteli hizmet sunduğu ve hasta memnuniyetinin arttığını savunmuştur. Sağlık çalışanları görüşlerine göre şehir hastanelerinde yönetimin sadece kamuya ait olması gerektiği görüşü hâkim bulunmuştur (84).

İran'da sağlık hizmeti sunumunda KÖO uygulamalarını desteklemek ve geliştirmek için stratejiler geliştirmek üzerine bir çalışma yapan Barati ve arkadaşları, politika ve yasalardaki değişiklikler, sosyo-kültürel değişiklikler, mevcut mekanizmaların ve süreçlerin düzeltilmesi ve finansal ve sermaye kapasitesi geliştirme gibi çeşitli faktörlerin en etkili stratejiler olduğunu belirtmişlerdir. Modelin İran'da başarılı olabilmesi için daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiğini belirterek mevcut sonuçların uluslararası veriler ve örneklerle karşılaştırmasını önermişlerdir (85).

Top ve Sungur Türkiye'de şehir hastanelerinde KÖO uygulamasını paydaşların görüşleri üzerinden değerlendirmiştir. Araştırmaya göre KÖO'nun Türkiye'de sağlık sektöründe finansal açıdan uygulanabilirliği ile ilgili olumlu görüşler elde edilmiş. Katılımcıların çoğunluğuna göre model, Türkiye'de sağlık sektörünün alt yapısı için uygun bir finansman modeli olarak belirtilmiştir. Kamu ve özel sektör paydaşları konu ile ilgili olumlu görüşler bildirirken sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin olumsuz görüşlere sahip olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu özel sektörün altyapı inşası için desteğinin önemli olduğunu ve yüksek teknoloji ekipmanı tedarik etmek için özel sektörle işbirliği yapmanın doğru olduğunu belirtmiştir. Araştırmada özel sektörün desteğinin sadece altyapı desteği ile sınırlı kalması gerektiğine değinilerek, özel sektörün destek hizmetleri kontrol etmesi halinde yüksek kar elde etmeyi hedefleyeceği vurgulanmıştır (86).

Tenşi, KÖO uygulaması olan şehir hastanelerini Başhekim, Başhekim yardımcısı, Müdür ve Müdür yardımcısı tarafından değerlendirmiştir. Çalışmasında katılımcıların model ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulgusuna ulaşan araştırmacı, farklı dal hastanelerinin aynı kampüs içinde olmasının hizmeti alanlar açısından daha ekonomik olacağını belirtmiştir. Şehir hastanelerinde modern ve kaliteli hizmet sunumu olacağını ve sağlık turizmine katkı sağlayacağını savunmuştur. Çalışma bulgularında şehir hastanelerinde yönetimin tamamen kamuya ait olması gerektiği düşüncesi elde edilmiştir (87).

Lopez ve arkadaşlarını Alzira modeli ile ilgili çalışmasında KÖO'nun genel olarak kamu hizmeti sağlayıcılarından daha iyi performans sergilemediğini belirtmiştir. Araştırmada Alzira Hastanesi'nin emsallerine göre daha kötü performans gösterdiği ve modelin başarılı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada Alzira'daki deneyimlerin uluslararası örneklerin aksine teknik verim açısından istatistiksel olarak daha kötü sonuçlandığı belirtilmiştir (88).

Gökbulut şehir hastaneleri çalışmasında, modelin verimli, etkin ve ekonomik olduğu yönündeki gerekçelerin ayrıntılı analiz edilmediğine değinmiş ve projelerin mekânsal olarak ihtiyaçtan fazla büyük olduğunu bu bağlamda da şehir hastanelerinin tedavi merkezinden ziyade 5 yıldızlı otel konforunda ifadeleriyle ticari boyutunun vurgulandığını belirtmiştir. KÖO sözleşmelerinin kamuoyundan gizli tutulmasının ve özel sektöre ödenecek bedellerin açıklanmamasının ortaklığın kamuya getireceği yükün net olarak bilinmemesine sebep olduğunu vurgulamıştır (89).

YKD modeli ile yapılan şehir hastaneleri projelerinde, ortaklardan özel kesimin işletme döneminde elde edeceği kira gelirinden daha fazla istifade etmek için sözleşme süresini etkin şekilde kullanacağını belirten Kulaksız, sözleşme süreçlerinin karmaşık olmasının kamu kesimine düşen riski arttıracığına da değinmiştir. KÖO projelerinin hastane inşası projesinden öteye tıbbi hizmetler ve bilgi işlem altyapısının önemine değinen araştırmacı, ülkemizde uzun yıllardır modelin uygulandığı enerji ve ulaşım sektöründeki tecrübelerin sağlık sektörüne katkı sağlayacağını belirtmiştir (23).

Erdem ise KÖO modelinin kamu maliyesine etkilerini incelemiş ve modelin, bütçeye yük olmadan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi, ortaklıktan toplumsal yarar elde edilmesi, yeni hizmet alanlarının doğması ile kamu maliyesine olumlu etkiler sağlayacağını vurgulamaktadır (90).

Özel sektörün sahip olduğu atıl sermayenin kamu hizmetinde kullanılması ile kamunun bu alandaki finansman sıkıntısına çözüm olacağını belirten Güler, şehir hastaneleri ile sağlık hizmetlerinin daha hızlı, etkili, kaliteli, ileri teknoloji ile verileceğini belirtmektedir. Modelin sağlık sektöründeki uygulamaları hakkında yetersiz bilgilendirmeye bağlı olarak eleştiri ve negatif görüşlerin hâkim olduğunu, konu kapsamında bilinç oluşturmak için gerekli çalışmaların yapılmasını önermektedir (61).

Özkan entegre sağlık kampüslerinin standart yatan hasta odaları üzerine araştırma yapmış ve çalışmasında Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü ile Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin hasta odalarını kıyaslamıştır. Hasta odalarının kullanılan malzemeler, tasarım, teknik tesisat açısından Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü'nde daha üstün kaliteli

olduğu bulgusuna ulaşılmış, bu bulgulara dayanarak sağlık kampüsünün daha konforlu olduğu belirtilmiştir (91).

Bu tez çalışması kapsamında ise bazı açılardan benzer bazı açılardansa farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının en yüksek moda sahip sosyo demografik özelliklerine bakıldığında %22,3'ünün 30-34 yaş aralığında, %61,5'inin 10 yıla kadar mesleki deneyime sahip ve %77,7'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. 364 katılımcının %62,1'i kadın ve %37,9'u erkek olup, mesleki bakımdan %60,4'ü hemşiredir. Yapılan analizler sonucunda yaş değişkeni ile KÖO eleştirileri ve sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörleri arasında anlamlı bir algı farklılığı bulunmaktadır. KÖO eleştirileri en çok 26'dan az yaş grubu ile 30-34 yaş grubu arasında algı farklılığı göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman sorunu bakımından en büyük algı farklılığı 41'den büyük yaş grubu ile 27-29 yaş grubu arasındadır.

Cinsiyet ve KÖO eleştirileri arasındaki algı farklılığına bakıldığında erkeklerin kadınlara göre daha yüksek algılarının olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda, erkeklerin KÖO için daha eleştirel bir yaklaşım içinde oldukları söylenebilir. Eğitim durumu açısından, üniversite mezunları ile lise mezunları arasında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu açısından anlamlı bir algı farklılığı bulunmamıştır. Katılımcıların sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair algıları; lise ile yüksek lisans ve lise ile üniversite mezunları arasında algı farklılığı bulunduğu, yüksek lisans ile üniversite mezunları arasında bir algı farklılığı bulunmadığı tespit edilmiştir. Eğitim durumu ve sağlık hizmetlerinin verimliliği faktörü incelendiğinde, yalnızca yüksek lisans ile lise mezunları arasında bir algı farklılığı bulunduğu belirlenmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin katılımcıların cevapları, yönetici ile sağlık personeli, yönetici ile hemşire, yönetici ile doktor ve sağlık personeli ile doktor arasında farklılık göstermektedir. Bu durumda hizmet sunumuna ilişkin algı farklılığı asıl olarak yönetici pozisyonunda çalışanlar için geçerlidir. Sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin algı farklılığı bulunmayan grup iste hemşire-doktor ve hemşire-sağlık personelidir. Mesleki deneyim ve sağlık hizmetleri finansman sorunları arasındaki algı farklılığı incelendiğinde 16 ile 20 yıl arası mesleki deneyime sahip olanların en çok farklılık gösterdiği grup 5 yıl ve daha az süredir sağlık sektöründe çalışanlar olarak bulunmuştur.

SONUÇ

1980 sonrasında altyapı yatırımlarının arz ve talebinde oluşmaya başlayan dengesizlikler hükümetleri yeni finansman yolları arayışına yönlendirmiştir. Arzın talebi karşılayamamasının sebebi ise yatırımların maliyetlerinin yüksek olması ve bütçe kısıtlılıklarının varlığıdır. Kamunun etkinliğinin azaldığı bu süreçte özel sektör kamusal hizmetlerin sunum kalitesinin arttırılması ve finansal destek sağlamak için aktif rol almıştır. Bu bağlamda KÖO modeli uygulanmaya başlanmıştır. Ulaşım, telekomünikasyon, eğitim, sağlık gibi yüksek maliyet gerektiren altyapı hizmetlerinde uygulanan model, son yıllarda ülkemizde de sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık sektörünün yüksek finansman kaynakları gerektiren KÖO anlaşmaları ile yapılan örnekleri, şehir hastaneleridir.

Araştırmada elde edilen verilerin analizi ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Gruplandırılmış yaş değişkeni ile KÖO eleştirileri faktörü karşılaştırıldığında 30 yaş üzerindeki katılımcıların KÖO'nun özelleştirmeden farklı bir uygulama olmadığı yönünde algılarının aynı olduğu görülmektedir. Buradaki asıl farklılık 26 ve daha küçük yaşa sahip olanlar ile diğer yaş grupları arasındadır. Bir başka ifadeyle, 26 ve daha küçük yaşta olan çalışanlar, KÖO eleştirileri faktörü açısından diğer yaş gruplarına göre farklı bir algıya sahiptirler. 26 ve daha küçük yaşta olanlar ile 30-34 arası yaş grubunda olanlar arasındaki algı farklılığının boyutu diğer yaş gruplarına göre çok daha fazladır. Yaşı 26 ve daha küçük olan sağlık çalışanları diğer yaş gruplarından daha az eleştirel olduklarını ve modelin sağlık hizmetleri sunumunda gereksiz bir uygulama olmadığını, özelleştirmeden farklı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.
- Yaş ile sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı incelendiğinde, genel anlamda 41'den büyük yaş grubundakilerin bu sorunu diğer tüm

yaş gruplarına göre farklı algıladığı bulgusuna ulaşılmıştır. 41 ve üzeri yaşta olan çalışanlar, sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu, diğer yaş gruplarına göre daha az kabul etmektedirler. 41 ve üzeri yaşa sahip olan çalışanların, Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkanlarını yeterli bulduğu söylenebilir.

- KÖO Fayda ve Verimliliği, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu, KÖO’nun İstihdama Etkisi, Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları ile Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği farkındalıkları katılımcıların kadın veya erkek olmaları açısından farklılık arz etmemektedir. Diğer bir ifadeyle, bu farkındalıklar açısından kadınlar ve erkekler benzer düşüncelere sahiptir. Erkeklerin KÖO eleştirilerine ilişkin algılarının ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda, erkeklerin KÖO için daha eleştirel bir yaklaşım içinde oldukları söylenebilir.
- Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü ve eğitim durumu değişkeni arasındaki algı farklılıkları analiz edildiğinde sadece lise ve üniversite mezunları arasında algı farklılığı bulunmuştur. Lise mezunlarının Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sunumu algı düzeyi üniversite mezunlarına göre daha yüksektir. Üniversite mezunu çalışanların Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu lise mezunları çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu söylenebilir. Üniversite mezunlarının Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığı ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğu görüşüne daha az katıldıkları bulgusuna ulaşılmıştır.
- Eğitim durumu ile KÖO istihdama etkisi faktörü analizinde lise ile üniversite ve üniversite ile yüksek lisans mezunları arasında bir algı farklılığı bulgusuna ulaşılmıştır. Üniversite ve lise mezunları arasındaki algı farklılığı üniversite ve yüksek lisans mezunları arasındaki algı farkından daha büyüktür. Üniversite mezunu çalışanların diğer çalışanlara göre modelin daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlayarak KÖO’nun istihdamı arttıracaklarını düşündükleri bulgusuna ulaşılmıştır.
- Araştırmaya katılanların sağlık hizmetleri finansman sorunlarına dair algıları incelendiğinde lise mezunlarının üniversite ve yüksek lisans mezunlarına göre algılarının farklı olduğu görülmüştür. Lise mezunu olan sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinde finansman sıkıntısı olduğuna katılmadıkları gibi Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunu ve sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkanlarını yeterli buldukları söylenebilir.

- Görev ve Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktörü incelendiğinde hizmet sunumuna ilişkin algı farklılığı yönetici pozisyonunda çalışanlar için oldukça yüksek bulunmuştur. Yöneticilerin Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu diğer çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu söylenebilir. Yöneticilerin sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırdığına, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığına ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğuna daha az katıldıkları bulgusu edinilmiştir.
- Görev ile sağlık hizmetleri finansman sorunu faktörü analiz sonuçlarına göre ise sağlık personeli ve yöneticiler arasındaki algı farklılıkları diğer gruplara göre fazla bulunmuştur. Sağlık personeli olarak görev yapanların Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu daha yeterli bulduğu ve projelerin finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilemediğine katılmadıkları söylenebilir. Hemşireler sağlık personeline göre sağlık hizmetlerinin finansmanında daha çok sorun olduğunu belirtmektedirler. Yöneticiler de sağlık personellerine göre sağlık hizmetlerinin finansmanını daha sorunlu görmektedir.
- Mesleki çalışma süresi 5 yıla kadar olan katılımcıların diğer yaş gruplarındakilere göre KÖO eleştirileri faktörü algısı farklı bulunmuştur. Çalışma süresi 5 yıldan fazla olan katılımcıların KÖO eleştirileri algısının aynı yönde olduğu bilgisine ulaşılmıştır. 5 yıla kadar mesleki deneyime sahip çalışanların KÖO modelini daha az eleştirdikleri, model ile gelecekteki kamu gelirlerinin şimdiden ipotek altına alındığına daha az katıldıkları, özelleştirme olmadığını ve gerekli bir uygulama olduğunu düşündükleri bilgisine ulaşılmıştır.

Türkiye’de sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırmadığı, projelerin finansman sıkıntısı nedeniyle zamanında bitirilemediği ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin yeterli düzeyde olmadığı yönünde görüşler çoğunlukta bulunmuştur. KÖO modeli ile yapılan şehir hastaneleri ile özel sektörün sahip olduğu sermayenin kullanılmasıyla daha ileri teknoloji ile sağlık hizmeti sunulacağı ve kamunun bu konudaki finansman sıkıntısına çözüm olabileceği öngörülmektedir.

Çalışmada KÖO modeli konusunda çoğunluğun yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüş ve KÖO konusunda yeteri kadar seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılmadığı kanaati oluşmuştur. 5 yıla kadar mesleki deneyime sahip çalışanlar haricindeki tüm sağlık çalışanları modelin özelleştirmenin bir yöntemi olduğunu düşünmektedir. Yüksek kira bedelleri ile gelecekteki kamu gelirlerinin şimdiden ipotek altına alındığına katılmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti alanların konu ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının

yapılması gerekliliği doğmaktadır. Kişilerin bilinçlendirilmesinin KÖO konusunda olumsuz görüş ve eleştirileri azaltacağı düşünölmektedir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu diğer çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu bulgusu elde edilmiştir. Yöneticilerin sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırdığına, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığına ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğuna katılmadıkları belirlenmiştir. şehir hastanelerinde özel sektörün finansman desteği ile sağlık harcamalarına daha yeterli ödenek aktararak hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin artması hedeflenmelidir.

Üniversite mezunu katılımcılar şehir hastanelerinin daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlayarak istihdamı arttıracadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Tıbbi destek hizmetlerinde özel kesimin taşeron işçi çalıştırması yerine tüm tıbbi hizmetlerin kamu tarafından kamu personeli ile verilmesinin istihdamı daha fazla arttıracadığı söylenebilir.

Model ile ilgili öлке kaynaklarının israf edileceği, özelleştirmeden farklı bir uygulama olmadığı, sağlık sektöründe gereksiz bir uygulama olduğu, uluslararası emperyalist sermayenin ölkeleri yeni bir sömürü şekli olduğu ve yolsuzlukları arttırabileceği yönünde eleştiriler bulunmaktadır. Eleştirilerin giderilmesi için sözleşmeler ile ilgili kamuoyunun bilgilendirilmesi gereklidir. Projelerin uzun vadeli sözleşmelerle gerçekleştirilmesi nedeniyle ve suüstimallerin önlenmesi için sözleşmelerin her ayrıntıyı kapsamasına özen gösterilmelidir.

ÖZET

Son yıllarda sağlık sektöründeki finansman ihtiyacındaki artış ve ülkelerin bütçe yetersizlikleri sebebiyle gündeme gelen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) yeni bir finansman modeli olmuştur. Türk sağlık sektöründe de uygulanmaya başlanan KÖO modeli örneği olan şehir hastaneleri bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Bu tezde KÖO modeli incelenerek uygulanabilirliği irdelenmiştir. Ayrıca, ortaklık ile yapılan hem şehir hastaneleri hem de sağlık kampüslerindeki sağlık çalışanlarının modele ilişkin bilgi, tutum ve algıları incelenmiştir.

Çalışmanın evrenini Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılan yazışma ve görüşmeler sonucunda çalışma için gerekli izin alınamamıştır (Ek 2). Bu nedenle Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışma kapsamından çıkarılmış ve çalışmanın evreni Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapsamına daralmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmış ve 364 kişiye ulaşılmıştır. Veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Öncelikle katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistik yapılmıştır. Ardından Kamu Özel Ortaklığı algı ölçeği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçek kapsamında oluşturulan faktörler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki çalışma süresi ve görev/unvan gibi demografik değişkenlerle karşılaştırılarak tez çalışmasındaki hipotezler analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; yaşı 26 ve daha küçük olan çalışanlar KÖO'yu diğer yaş gruplarından daha farklı eleştirmektedirler. Buna karşın, 30 yaş üzerindeki katılımcıların KÖO'nun özelleştirmeden farklı bir uygulama olmadığı yönünde algıya sahip oldukları görülmektedir. Cinsiyet değişkeni ile KÖO eleştirileri faktörü incelendiğinde, erkeklerin KÖO eleştirilerine ilişkin algılarının, kadınların algılarına göre daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Bu bağlamda, erkeklerin KÖO için daha eleştirel bir yaklaşım içinde oldukları söylenebilir. Eğitim durumu değişkeni analizlerinde ise sadece üniversite mezunları ile lise mezunları arasında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü arasında algı farklılığı bulunmuştur. Görev ve Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu faktörü analizine göre, hizmet sunumuna ilişkin algı farklılığı yönetici pozisyonunda çalışanlar için oldukça yüksektir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilerek genel anlamda; KÖO uygulamalarının artırılarak sağlık hizmetlerinin finansmanı konusundaki sıkıntıların çözülebileceği, KÖO hakkında çalışanların ve vatandaşların bilinçlendirilmesi gereği ve kamuoyunun KÖO uygulamaları hususunda daha şeffaf biçimde bilgilendirilmesi önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri, Faktör Analizi, Adana Şehir Hastanesi, Kruskal Wallis.

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN THE HEALTH SECTOR IN TURKEY: AN EMPIRICAL RESEARCH FOR CITY HOSPITALS

SUMMARY

The Public-Private Partnership (PPP), which has come to agenda due to the recent increase in the financial needs of the health sector and insufficient budget of governments, has become a new finance model. City hospitals, which are the examples of the PPP model that has recently put into practice in the Turkish health sector, are the main subjects of this research. In this dissertation, the PPP model and its applicability are considered. The knowledge, attitudes and perception of the health care staff of both the city hospitals and the health campuses that have been built with the partnership are investigated.

The population of the research consists of the health care personnel working in Adana City Training and Research Hospital and Mersin City Training and Research Hospital. After the correspondences and meetings with the Mersin City Training and Research Hospital, the necessary permission could not be granted (appendix-2). Thus, the Mersin City Training and Research Hospital is taken out of the extent of the research, and the population has been narrowed to Adana City Training and Research Hospital. A questionnaire is used as a data collection method, and the study reached to 364 people. The collected data are analysed by using the SPSS 23.0 programme. First, the descriptive statistics of the demographic variables of the participants are produced. Then, the explanatory factor analysis for the perception scale

of the PPP is done. Hypotheses in the study are analysed by comparing the factors that are formed in the extent of scale with the demographic variables such as age, gender, educational status, vocational working period and duty/title.

According to the results of the analyses, the personnel equal or under 26 years old criticize the PPP model more different from the other age groups. However, the results show that the personnel over 30 have the perception that the PPP is not a different practice than the privatisation. When the gender variable is examined with the PPP critiques factor, it is found that male's perceptions relating to PPP critiques are higher than the female participants are. In this context, it can be said that men have a more critical approach to PPP. A perception difference is found only between bachelor's degree and high school graduates, in the educational status analysis. According to the analysis related to the duty and "health services in Turkey" factor, the perceived difference in service delivery is high in terms of the ones employing in a director position. In the direction of the findings obtained in the study, some recommendations such as the problems on finance of health services can be solved by increasing the PPP practices, there is a need for raising the awareness of both the crew and the citizens, and the public should be informed more transparently on the PPP practices are proposed.

Keywords: Public-Private Partnership, City Hospitals, Factor Analysis, Adana City Hospital, Kruskal Wallis.

KAYNAKLAR

1. Aydemir C, Kaya M. Küreselleşme kavramı ve ekonomik yönü. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2007;6(20):260-282.
2. Kaya M, Aydemir C. Küreselleşmenin tarihsel gelişimi. Dicle Üniv İİBF Dergisi 2011;1(1):14-36.
3. Şimşek O. Küreselleşmenin dönüşümü ve Çin'in rolü. Sosyoekonomi Dergisi 2019;27(40):185-196.
4. Kaçmazoğlu HB. Doğu-Batı çatışması açısından globalleşme. Eğitim Araştırmaları 2002;6:44-55.
5. Balay R. Küreselleşme, bilgi toplumu ve eğitim. Ankara Üniv Eğitim Bilimleri Dergisi 2004;37(2):61-82.
6. Atılgan Y. Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları (tez). İstanbul Yeniüzyıl Üniv Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2017.
7. Savran S. Kod Adı Küreselleşme: 21. Yüzyılda Emperyalizm. İstanbul: Yordam Kitap, 2008:21-35.
8. Yılmaz A, Akbulut A. Küreselleşme sürecinde ulus-devletin rolü ulus-devletler güçleniyor mu? Mehmet Akif Ersoy Üniv Sosyal Bil Ens Dergisi 2016;8(16):71-88.
9. Alu A. Küreselleşme ve sağlık. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi 2018;1(1):1-9.
10. Acar Ü. Küresel güç mücadelesi ve ulus-devletin geleceği. Mehmet Akif Ersoy Üniv Sosyal Bil Ens Dergisi 2019;11(27):22-34.

11. Yıldırım A, Harmanlı AK. Özelleştirme: sağlıkta özelleştirme ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bil Dergisi 2013;16(1):25-32.
12. Gelegen K. Özelleştirme Sürecinin Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Alanına Etkisi (tez). Trakya Üniv Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2019.
13. Acartürk E, Keskin S. Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. Süleyman Demirel Üniv İİBF Dergisi 2012;17(3):25-51.
14. Kerman U, Altan Y, Aktel M, Eke E. Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulaması. Süleyman Demirel Üniv İİBF Dergisi 2012;17(3):1-23.
15. Thadani KB. Public private partnership in the health sector: boon or bane. Procedia Socialand Behavioral Sciences 2014;157:307-316.
16. Eker HH, Şahinöz S, Şahinöz T, Aydın D, Uzar A. Yerel yönetimlerde sağlık hizmetleri. Ankara: Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği; 2007.
17. Miynat M, Kovancılar B, Bursalıoğlu SA. Kamu Maliyesinde Küresel Değişimler. Ankara: Gazi Kitapevi; 2007.
18. Batirel ÖF. Kamu altyapı yatırımlarında altyapı ve kamu-özel ortaklığı. Journal of Life Economics 2017;4(2):1-8.
19. Çınar NF, Türkoğlu Ç, Tütünsatar A. Kamu özel ortaklığı/işbirliği modeli ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetinin ölçülmesi: entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) için bir araştırma. Süleyman Demirel Üniv Sosyal Bil Enst Dergisi 2017;29(4):215-232.
20. Bozkurt Ö, Ergun T, Seriyi S. Kamu Yönetimi Sözlüğü. Ankara: TODAİE Yayınları, 1998.
21. Özer MA. Sağlık sektöründe yeni bir hizmet sunum modeli: kamu özel ortaklığı. Sosyal Güvenlik Dergisi 2016;6(1):9-38.
22. Yalçın FC. Kamu özel işbirliği ve özelleştirme: kavramsal bir çerçeve. İstanbul Ticaret Üniv Sos Bil Dergisi 2014;25(13):133-162.
23. Kulaksız S. Kamu hizmet tedarik yönteminin belirlenmesinde kamu özel işbirliği yöntemi ve geleneksel tedarik yönteminin bir sağlık sektörü projesi üzerinde incelenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı;2018.
24. Uz A. Kamu özel ortaklığı. Gazi Üniv Hukuk Fak Dergisi 2007;11(2):1165-1182.
25. Sözer AN. Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak şehir hastaneleri. Dokuz Eylül Üniv Hukuk Fak Dergisi 2013;15:215-253.
26. Yöndem T. (raportör). Onuncu kalkınma planı (2014-2018). Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu Kalkınma Bakanlığı, Ankara, 2014.

27. Güneş AM. Kamu hizmetlerinin yürütülmesinde yeni bir yöntem: kamu özel ortaklığı. Güncel Hukuk Dergisi 2009:58-62.
28. Yılmaz YF, Karakaş GD. Devlet/kamu üzerine yeniden düşünmek. Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu: 2011 Mayıs 6-7; Bursa: Türk Tabipler Birliği Yayınları s.29-83.
29. Altan Y, Kerman U, Aktel M, Metin Y, Eke E. Yerel yönetimlerde kamu özel ortaklığı uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi örneği. Uluslararası Alanya İşletme Fak Dergisi 2013;5(3):9-17.
30. Eker AY. Kamu özel sektör ortaklıkları. Bütçe Dünyası Dergisi 2007;25(2):59-67.
31. Erbaş Ö, Yavuz CI, İlhan B. Soru ve yanıtlarla sağlıkta kamu özel ortaklığı. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2012. s. 8.
32. Brude FB, Strange R. How banks price loans to public private partnerships: evidence from the european markets, Journal of Applied Corporate Finance 2007;19(4):94-106.
33. Güzelsarı S ve ark. Kamu yönetimi: yapı, işleyiş, reform. Övgün B (Editör). Kamu özel sektör ortaklığı üzerine eleştirel bir değerlendirme. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları; 2009. s.43-78.
34. 11. Kalkınma Planı (2019-2023). Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu. <http://onbirinciplan.gov.tr/wp-content/uploads/2018/01/Kamu-Özel-İşbirliği-Uygulamalarında-Etkin-Yönetim-Ön-Rapor.pdf> Erişim tarihi:27.03.2019
35. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2015:229-230.
36. Teker DL. Sağlık sektöründe proje finansman modelleri: Türkiye için bir model önerisi ve bir hastane projesinin fizibilite analizi. MUFAD Journal, 2008. www.journal.mufad.org.tr.11.pdf Erişim tarihi: 10.03.2019
37. Genç Ö, Ertuğrul E. Altyapı yatırımlarının finansmanı. Kalkınma Bakanlığı, Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Müdürlüğü, Ankara. 2007.
38. Sarısu A. Kamu özel işbirlikleri. Ankara: Yaklaşım Yayınları, 2009.
39. Ersöz M. Avrupa Birliği ve Türk hukuku ışığında public private partnership uygulamaları. İstanbul: İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayınları, 2010.
40. Emek U. Ek ve Değişiklikleri ile Yap İşlet Devret (YİD), Yap İşlet (Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı. Ankara: DPT Yayını; 1999.
41. Günaydın EY. Türkiye’de YİD (yap-işlet-devret) modeliyle otoyol projelerinin yapılması (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı; 2015.

42. Dünyada ve Türkiye’de kamu özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler raporu 2016. Kalkınma Bakanlığı Yayınları. 2017. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Dünyada-ve-Türkiyede-Kamu-Özel-İşbirliğiUygulamalarına-İlişkin-Gelişmeler-2016.pdf> Erişim tarihi: 25.03.2019
43. Güney E. Kamu hizmetleri ve altyapıda kamu özel işbirliği. E- Yaklaşım Dergisi 2005;(19):1-15.
44. Karahanoğulları Y. Kamu özel ortaklığı modelinin mali değerlendirmesi. Ankara Üniv SBF Dergisi 2012;67(2):95-125.
45. Keskin S. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği) (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniv Sosyal Bil Ens Maliye Anabilim Dalı; 2011.
46. Gökkaya D, Eroymak S, İzgüden D. Kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi. Social Sciences Studies Journal 2018;19(4):2235-2243.
47. Tekin AG. Kamu özel sektör işbirlikleri- kamu özel ortaklıkları. İdarecinin Sesi Dergisi 2007;21(122):10-14.
48. Ünal A, Köse ÜA. Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığına yönelik sağlık yöneticilerinin görüşleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2017:51-56.
49. Emek U. Karşılaştırmalı perspektiften kamu özel işbirlikleri: Avrupa Topluluğu ve Türkiye. Rekabet Dergisi 2009;10(1):7–53.
50. Şahin M, Uysal Ö. Kamu maliyesine etkileri açısından kamu özel sektör ortaklıkları üzerine bir değerlendirme. Maliye Dergisi 2012;162:155-174.
51. Güzelsarı S. Sağlık sisteminde yeniden yapılanma ve kamu-özel ortaklıkları. Amme İdaresi Dergisi 2012:29-57.
52. Top M, Songur C. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel işbirliği modeli: paydaş görüşlerine dayalı bir alan araştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi 2018;8(1):159-186.
53. Bult SM, Dewulf G. Strategic issues in public private partnerships in international perspective. Blackwell Publishing, Oxford, UK. 2006.
54. Dünyada ve Türkiye’de kamu özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler raporu 2017. Kalkınma Bakanlığı Yayınları. 2018. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Dünyada-ve-Türkiyede-Kamu-Özel-İşbirliğiUygulamalarına-İlişkin-Gelişmeler-2017.pdf> Erişim Tarihi: 29.03.2019
55. Yescombe ER. Public private partnerships: principles of policy and finance. London: Elsevier;2007.

56. Medhekar A. Public private partner ships for inclusive development: role of private corporate sector in provision of healthcare services. *Procedia–Social and Behavioral Sciences* 2014;157:33-44.
57. Shaoul J, Stafford A, Stapleton P. The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals. *Public Money ve Management* 2008;28(2):101-108.
58. Tekin AG. Özelleştirmede yeni yaklaşım: özel sektör kamu işbirlikleri (Public Private Partnerships veya PPP Modelleri). *Ekonomistler Bülteni* 2000. <http://www.angelfire.com/ok4/aligunertekin/200405KOO.pdf> Erişim tarihi: 21.03.2019
59. Güngör H. Sağlık sektöründe kamu özel işbirliği uygulamaları ve özel sektör için değerlendirme. *Kalkınma Bakanlığı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara* 2012.
60. Turhan KM. Kamu özel ortaklığının hukuksal niteliği. *Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu s.101-127,Ankara,2011.*
61. Güler E. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Bursa İli Örneği) (tez). *Ankara: Atılım Üniversitesi; 2016.*
62. Usta S, Bilgiç E. Yerel yönetimlerde hizmet sunumu: kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniv Sosyal Bilimler Enst Dergisi* 2016;23(1):249-268.
63. Çekirge L. Dünyada ve Türkiye’ de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi (tez). *İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı; 2006.*
64. Akıllı H. Kamu hizmeti imtiyazından yap işlet devret yöntemine: yasal serüven. *Sayıştay Dergisi* 2013;89:91-114.
65. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk Sağlığı Türkiye’de Sağlık Politikaları. *Ankara: Antıp; 1998. s.22-28.*
66. Şen E. Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Memnuniyet Araştırması (tez).*İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.*
67. Ener M, Demircan E. Küreselleşme sürecinde değişen devlet anlayışından kamu hizmetlerinin dönüşümüne: sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmaları. *Süleyman Demirel Üniv İİBF Dergisi* 2008;13(1):57-82.
68. Karasu K. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. *Ankara Üniv SBF Dergisi* 2011;66(3):217-262.
69. Akdağ R. Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu. *Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı* 2010.
70. Uygun B. Yeni bir ilişki türü: kamu özel ortaklığı. *Hukuk Gündemi* 2013:24-27.

71. Ayhan E, Önder E. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2018;4(1):514-526.
72. Emek U. Sağlık sektöründe kamu özel işbirliği sözleşmeleri: beklenti ve gerçekleşme. Hacettepe Hukuk Fak Dergisi 2017;7(1):139-168.
73. Karasu K ve ark. Kamu yönetimi: yapı, işleyiş, reform. Özgür B (Editör). Kamu özel ortaklığı: sözleşme sisteminin genelleşmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları; 2009. s.79-92.
74. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33965/kamu-ozel-isbirligi-yatirimlari.html> Erişim tarihi: 20/03/2019
75. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,35990/kamu-ozel-ihale-duyurulari.html> Erişim tarihi: 20/09/2019
76. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Akademi;2018:133-153.
77. Kalaycı Ş. Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın;2014:85-86.
78. Doğan N, Başokçu TO. İstatistik tutum ölçeği için uygulanan faktör analizi ve aşamalı kümeleme analizi sonuçlarının karşılaştırılması. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi 2010;1(2):65-71.
79. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniv İşletme Fak Dergisi 2017:74-85.
80. Çolakoğlu ÖM, Büyükekşi C. Açımlayıcı faktör analiz sürecini etkileyen unsurların değerlendirilmesi. Karaelmas Eğitim Bilimleri Dergisi 2014:58-64.
81. Usta I. Liderlik Davranışının Çalışanların Öznel İyi Oluşları ve İşe Yabancılaşmaya Etkisi: Bir Alan Araştırması (tez). Edirne: Trakya Üniv Sosyal Bil Ens İşletme Anabilim Dalı;2016.
82. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlilik. Uludağ Üniv Tıp Fak Dergisi 2004;30(3):211-216.
83. Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. Atatürk Eğitim Fak Eğitim Bil Dergisi 1995:125-148.
84. Baş Ö. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği (tez). Ankara: Atılım Üniv Sosyal Bil Ens İşletme Anabilim Dalı;2018.
85. Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Daneshjafari D, Etemadian M. Strategies to develop and promote public-private partnerships in the provision of hospital services in Iran: a qualitative study. Electronic Physician 2016;8(4):2208-2214.

86. Top M, Sungur C. Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management* 2019;34:241-263.
87. Tenşi M. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi: İzmir İli Alan Çalışması (tez). Muğla: Sıtkı Koçman Üniv Sağlık Bil Ens Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı;2019.
88. Lopez MR, Gorgemansb S, Delgadoa EB. Public private partnerships in the Spanish National Health System: the reversion of the Alzira model. *Health Policy* 2019;123:408-411.
89. Gökbulut F. Türkiye’de Kamu Özel İşbirliğinin Sağlık Alanında Uygulanması: Şehir Hastaneleri (tez). Ankara: Ankara Üniv Sosyal Bil Ens Maliye Anabilim Dalı;2019.
90. Erdem E. Sağlık Hizmetinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kamu Maliyesine Etkileri (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniv Sosyal Bil Ens Maliye Anabilim Dalı;2015.
91. Özkan S. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Entegre Sağlık Kampüsleri Standart Yatan Hasta Odaları Üzerine Bir İnceleme (tez). Ankara: Hacettepe Üniv Güzel Sanatlar Ens İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı;2018.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Yaş ile KÖO eleştirileri faktörü arasındaki algı farklılığı	47
Şekil 2. Yaş ile sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı	49
Şekil 3. Cinsiyet ve KÖO eleştirileri faktörüne ilişkin algıları.....	51
Şekil 4. Eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü arasındaki algı farklılığı	53
Şekil 5. Eğitim durumu ile KÖO'nun istihdama etkisi faktörü arasındaki algı farklılığı	55
Şekil 6. Eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı.....	57
Şekil 7. Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu faktörü ile çalışanların sağlık kurumundaki görevleri arasındaki algı farklılığı.....	61
Şekil 8. Çalışanların görevleri ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunu faktörüne ilişkin algı farklılığı.....	63
Şekil 9. KÖO eleştirileri faktörü ve mesleki deneyim arasındaki algı farklılığı.....	66
Şekil 10. Mesleki deneyim ile KÖO'nun istihdama etkileri faktörü arasındaki algı farklılığı	68
Şekil 11. Mesleki deneyim ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı.....	70

TABLolar

Tablo 1. KÖO modeline ilişkin mevzuat	23
Tablo 2. KÖO kapsamında yüklenici firma tarafından sunulacak hizmetler	30
Tablo 3. Yaş değişkeni istatistikleri	37
Tablo 4. Katılımcıların yaş dağılımı	38
Tablo 5. Gruplandırılmış yaş değişkeni.....	38
Tablo 6. Mesleki deneyim istatistiği.....	39
Tablo 7. Katılımcıların cinsiyet dağılımı	39
Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı	39
Tablo 9. Katılımcıların sağlık kurumundaki görev dağılımı.....	40
Tablo 10. KMO örneklem yeterliliği ölçütü değerleri.....	41
Tablo 11. Ölçek güvenilirlik analizi	41
Tablo 12. KMO ve Bartlett's Testi.....	42
Tablo 13. KÖO algı ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi	42
Tablo 14. Yaş – KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti	45
Tablo 15. Yaş ile KÖO eleştirileri faktörü arasındaki algı farklılığı.....	46
Tablo 16. KÖO Eleştirileri Faktörü ve Yaş Sıra Ortalaması Tablosu	47
Tablo 17. Yaş ve sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı	48
Tablo 18. Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları Faktörü ve Yaş Sıra Ortalaması Tablosu	49
Tablo 19. Cinsiyet ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti.....	50
Tablo 20. KÖO Eleştirileri Farkındalığının Cinsiyete Göre Farklılığını Gösteren Ortalama Tablosu.....	51
Tablo 21. Eğitim durumu ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti	51
Tablo 22. Eğitim durumu ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu faktörü arasındaki algı farklılığı.....	52
Tablo 23. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu	53
Tablo 24. Eğitim durumu ile KÖO'nun istihdama etkisi faktörü arasındaki algı farklılığı	54
Tablo 25. KÖO'nun İstihdama Etkisi Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu	55

Tablo 26. Eğitim durumu ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı.....	56
Tablo 27. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu	57
Tablo 28. Sağlık hizmetlerinin verimliliği ile eğitim durumu faktörü arasındaki algı farklılığı	58
Tablo 29. Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği Faktörü ve Eğitim Durumu Sıra Ortalaması Tablosu	58
Tablo 30. Katılımcıların görevleri ile KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti	59
Tablo 31. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu faktörü ile çalışanların sağlık kurumlarındaki görevleri arasındaki algı farklılığı.....	60
Tablo 32. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu Faktörü ve Görev Sıra Ortalaması Tablosu	62
Tablo 33. Çalışanların görevleri ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunu faktörüne ilişkin algı farklılığı.....	62
Tablo 34. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları Faktörü ve Görev Sıra Ortalaması Tablosu	63
Tablo 35. Mesleki çalışma süresi ve KÖO algıları arasındaki farklılığa ilişkin hipotez test özeti	64
Tablo 36. Katılımcıların mesleki çalışma süreleri ve KÖO eleştirileri faktörü arasındaki algı farklılığı.....	65
Tablo 37. KÖO Eleştirileri Faktörü ve Mesleki Çalışma Süreleri Sıra Ortalaması Tablosu	67
Tablo 38. Mesleki deneyim ile KÖO’nun istihdama etkileri faktörü arasındaki algı farklılığı	67
Tablo 39. KÖO’nun İstihdama Etkileri Faktörü ve Mesleki Çalışma Süreleri Sıra Ortalaması Tablosu	69
Tablo 40. Mesleki deneyim ile sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörü arasındaki algı farklılığı.....	69
Tablo 41. Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları Faktörü ve Mesleki Çalışma Süreleri Sıra Ortalaması Tablosu	71

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN 1988 yılında Kırklareli'nin Lüleburgaz ilçesinde doğdu. 2006 yılında Lüleburgaz Lisesi'nden mezun oldu. Lisans eğitimini 2011 yılında Muğla Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun olarak tamamladı. 2011-2012 yılları arasında Aydın Devlet Hastanesi'nde, 2012-2014 yılları arasında Ayvacık Devlet Hastanesi'nde çalıŐtı ve 2014 yılından beri Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nde görev yapmaktadır.

EKLER

EK 1. Anket Formu

Değerli katılımcı;

Bu anket çalışması Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri anabilim dalında Dr. Öğr. Üyesi Hakan Yaş danışmanlığında yürütülen, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastaneleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma” konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgilidir. Bu ankette istenilen bilgiler bilimsel araştırma için kullanılacak olup, hiçbir şekilde başka bir amaçla kullanılmayacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır.

Anketimize katılıp, destek olduğunuz için şimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ
Öğretim Üyesi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

A. CEVAPLAYICININ KİŞİSEL BİLGİLERİ

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3) Eğitim Durumunuz : () Lise () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

4) Kaç yıldır bu işi yapıyorsunuz?: () 0- 5 () 6-10 () 11-15 () 16-20 () 20 üzeri

5) Sağlık kurumundaki göreviniz: () Doktor () Hemşire () Sağlık Personeli () Yönetici

B. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI İLE İLGİLİ SORULAR

Kesinlikle katılmıyorum 1

Katılmıyorum 2

Karasızım 3

Katılıyorum 4

Kesinlikle katılıyorum 5

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| (1) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği yeterli düzeydedir. | () | () | () | () | () |
| (2) Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkes eşit bir şekilde yararlanmaktadır. | () | () | () | () | () |

- (3) Türkiye’de sağlık harcamaları için devlet yeterli ödenek ayırmaktadır. () () () () ()
- (4) Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş memnuniyeti yüksektir. () () () () ()
- (5) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu yetersizdir. () () () () ()
- (6) Türkiye’de halkın sağlık hizmeti taleplerine hızla cevap verilmektedir. () () () () ()
- (7) Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda halkın bütün beklentileri tamamen karşılanmaktadır. () () () () ()
- (8) Türkiye’de sağlık hizmetleri Avrupa’dakinden daha iyi sunulmaktadır. () () () () ()
- (9) Türkiye’de sağlık hizmetleri Avrupa’dakinden daha ucuzdur. () () () () ()
- (10) Türkiye’de sağlık sektöründe teknoloji yakından takip edilmektedir. () () () () ()
- (11) Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetimi ve denetimi etkindir. () () () () ()
- (12) Türkiye’de sağlık hizmetlerinden halk memnundur. () () () () ()
- (13) Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkânları yetersizdir. () () () () ()
- (14) Türkiye’de mevcut ve yeni projeler finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilememektedir. () () () () ()
- (15) KÖOM’de kısa sürede bitirilmiş sağlık tesisleri ile sistem bir an önce yeni tesisler kazanmış olacaktır. () () () () ()
- (16) Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim. () () () () ()
- (17) Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı konusunda seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılıyor. () () () () ()
- (18) Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde daha çok bilgilendirme gereklidir. () () () () ()
- (19) Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırılabilir. () () () () ()
- (20) KÖOM, Özel sektörün işletmecilik tecrübesinden kamunun da yararlanmasını sağlar. () () () () ()
- (21) Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlar. () () () () ()
- (22) KÖOM ile sunulan hizmet, kamunun o hizmeti görme kapasitesini düşürebilir. () () () () ()
- (23) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir. () () () () ()
- (24) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürecektir. () () () () ()
- (25) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek amacıyla ülkenin finansman için iç ve dış borçlanmaya gitmesinin önüne geçecektir. () () () () ()
- (26) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık, altyapı vb. her alanda uygulanabilir. () () () () ()
- (27) Kamu Özel Ortaklığı, ülke kaynaklarını israf edilmesine yol açar. () () () () ()
- (28) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirmeden farklı bir uygulama değildir. () () () () ()
- (29) KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir. () () () () ()
- (30) KÖOM, kamu hizmetlerinin kaliteli, ekonomik ve yaygın sunumunu sağlayabilir. () () () () ()
- (31) Türkiye’de sağlık çalışanlarının ücretleri tatmin edicidir. () () () () ()
- (32) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir. () () () () ()
- (33) Kamu Özel Ortaklığı ile hizmet sunumu daha hızlı gerçekleşecektir. () () () () ()
- (34) KÖOM, özel kesimdeki atıl sermayenin ekonomiye kazandırılmasını sağlayabilir. () () () () ()
- (35) Devlet borçlanması yerine uluslararası sermayenin direk sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi daha etkili bir çözüm olacaktır. () () () () ()
- (36) Kamu Özel Ortaklığı, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır. () () () () ()
- (37) Kamu Özel Ortaklığı, sadece yerli özel sektörle gerçekleştirilmelidir. () () () () ()
- (38) Kamu Özel Ortaklığı, yerli ve/veya yabancı özel sektörle gerçekleştirilmelidir. () () () () ()

- (39) KÖO Modeli ile riskler, sorumluluk ve yönetim özel sektör ile paylaşılmaktadır. () () () () ()
- (40) Kamu Özel Ortaklığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksiz bir uygulamadır. () () () () ()
- (41) Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı KÖOM'nin uygulanması risk taşımaktadır. () () () () ()
- (42) KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır. () () () () ()
- (43) Kamu Özel Ortaklığı, yerli ve/veya yabancı özel sektör ile ortak kar/ortak fayda esasına dayanmaktadır. () () () () ()
- (44) Özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir. () () () () ()
- (45) Türkiye'de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla KÖOM ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur. () () () () ()
- (46) KÖOM, uluslar arası emperyalist sermayenin ülkeleri yeni bir sömürü şeklidir. () () () () ()
- (47) KÖOM uzun vadeli sözleşmeleri kapsadığı için gelecekteki kamu gelirleri bugünden ipotek altına alınmış olur. () () () () ()
- (48) KÖOM, Özel kesimde biriken atıl fonların kamu hizmetlerinin finansmanında kullanılmasını sağlar. () () () () ()
- (49) KÖO Modeliyle, ödenek yetersizliğinden kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin 2-3 yıla düşmesi beklenmektedir. () () () () ()
- (50) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, yolsuzlukları arttırabilir. () () () () ()
- (51) KÖOM, hükümetlerin yandaş özel sektöre destek çıkmasının bir yoludur. () () () () ()
- (52) KÖOM, ülke kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılmasına yol açar. () () () () ()
- (53) KÖOM' in uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır. () () () () ()
- (54) KÖOM sözleşmeleri, suiistimallerin önlenmesi için her ayrıntıyı kapsamalıdır. () () () () ()

Diğer görüşlerinizi eğer varsa lütfen belirtiniz:

EK 2. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışma İzin Reddi



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 96623718-302.08.01 -E.142919
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı İzin

10/04/2019

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Cami Şerif Mahallesi, Uray Cd. No:84, 33060 Akdeniz/Mersin

Tez danışmanı olduğum, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı 1148329159 öğrenci numaralı tezli yüksek lisans öğrencisi Zekiye Pangal Çalışkan'ın "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastanelerine Yönelik Ampirik Bir Araştırma" başlıklı çalışmasının Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilebilmesi için Müdürlüğünüzden gerekli izinlerin verilmesi ve anket çalışması yapılabilmesinin sağlanması hususlarında,
Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ
Öğretim Üyesi

10/04/2019 Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.trakya.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BEZEBFHP5

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030
Merkez/Edime
Telefon: 2842354013 Faks: 2842352735
E-Posta: sagbi@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: <http://sbe.trakya.edu.tr/>

Bilgi için: Hakan YAŞ
Unvanı: Öğretim Üyesi



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK 3. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARASTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/416	
	PROTOKOL ADI	Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastanelerine Yönelik Ampirik Bir Araştırma	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 06/27		Tarih: 25.03.2019
	Üniversitemiz Havsa Meslek Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAŞ'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 4. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışma İzni



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA AR-GE VE
PROJE KOORDİNATÖRLÜĞÜ



Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni(Zekiye
PANGAL ÇALIŞKAN)

Sayın Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN

Müdürlüğümüze sunmuş olduğunuz " Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastaneleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma" konulu bilimsel çalışmanızı Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmak 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-İmzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
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 ab6053da-3367-4b8f-9f29-202421ad4a37 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



ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA AR-GE VE
PROJE KOORDİNATÖRLÜĞÜ
10/04/2019 11:53 - 60247264 - 799 - E.178



00091147982

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin
Değerlendirme Komisyon Kararı

VALİLİK MAKAMINA

İlimizde " Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" 05.02.2018 tarih ve 138 Sayılı Makam Olurumuz ile oluşturulmuş olup Komisyon Başkanı ve üyeleri 03.04.2019 tarihinde toplanmıştır. Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereğince Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma başvurularının yürütülmesi değerlendirilmiş olup ekte makamınıza sunulan kararlar çerçevesinde, her çalışmanın belirlenen yer ve tarih aralığında ilimizde icra edilmesi Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmiş ise de;

Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Ahmet ÖZER
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../.../2019
e-İmzalıdır.
Mustafa YAVUZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

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

Bilgi için: Şerife KÖSE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 322) 344 03 03

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2eb5eccb-fcff-419b-9e2b-2b4a1e781312 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5. Dönüştürülmüş Bileşen Matrisi (Açıklayıcı Faktör Analizi)

	Component ^a						FAKTÖR ADI
	1	2	3	4	5	6	
Kamu Özel Ortaklığı ile hizmet sunumu daha hızlı gerçekleşecektir.	,821	-,211	,148	,042	-,001	-,011	KÖO FAYDA VE VERİMLİLİĞİ
Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir.	,787	-,259	,022	-,064	,207	,180	
Kamu Özel Ortaklığı modeli, özel kesimdeki atıl sermayenin ekonomiye kazandırılmasını sağlayabilir.	,770	-,141	,093	,156	,012	,177	
Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık, altyapı vb. her alanda uygulanabilir	,742	-,270	-,118	,272	-,162	,051	
Kamu Özel Ortaklığı modeli, kamu hizmetlerinin kaliteli, ekonomik ve yaygın sunumunu sağlayabilir.	,740	-,135	,103	,302	,001	,077	

Kamu Özel Ortaklığı modeli ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir.	,708	-,057	,282	,161	-,226	-,135	
Kamu Özel Ortaklığı Modeli, hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek amacıyla ülkenin finansman için iç ve dış borçlanmaya gitmesinin önüne geçecektir.	,706	-,305	-,028	,144	-,278	,091	
Kamu Özel Ortaklığı, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır.	,484	-,307	,328	,261	,169	,158	
Kamu Özel Ortaklığı Modeli, uluslararası emperyalist sermayenin ülkeleri yeni bir sömürü şeklidir.	-,092	,756	,148	-,342	-,048	-,127	KÖO ELEŞTİRLERİ
Özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir.	-,163	,750	,179	,036	,013	-,225	
Kamu Özel Ortaklığı Modeli, yolsuzlukları arttırabilir.	-,334	,743	-,126	,041	,183	,059	
KÖOM uzun vadeli sözleşmeleri kapsadığı için gelecekteki kamu gelirleri bugünden ipotek altına alınmış olur.	-,067	,737	,203	-,284	,058	-,227	

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirmeden farklı bir uygulama değildir.	-,194	,696	-,070	-,377	,159	,167	
KÖOM, hükümetlerin yandaş özel sektöre destek çıkmasının bir yoludur.	-,245	,688	-,261	,207	,056	,027	
Kamu Özel Ortaklığı modeli ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır.	-,261	,677	-,042	,028	,240	-,136	
Kamu Özel Ortaklığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksiz bir uygulamadır.	-,438	,545	-,177	-,126	-,045	,028	
Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir.	-,097	,435	-,117	-,263	,214	-,313	
Türkiye’de sağlık hizmetlerinden halk memnundur.	,070	-,015	,757	,009	-,003	,045	TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU
Türkiye’de halkın sağlık hizmeti taleplerine hızla cevap verilmektedir.	,178	,087	,718	,101	-,206	,124	
Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda halkın bütün beklentileri tamamen karşılanmaktadır.	,042	-,038	,717	,173	-,046	,133	
Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkes eşit bir şekilde yararlanmaktadır	,006	-,073	,606	,140	-,062	,493	

Türkiye’de sağlık harcamaları için devlet yeterli ödenek ayırmaktadır.	,230	,002	,516	-,208	-,444	,212	KÖÖ’NUN İSTİHDAMA ETKİSİ
Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırabilir.	,267	-,005	,172	,814	-,066	,072	
Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlar.	,371	-,130	,044	,745	,094	,122	
Kamu Özel Ortaklığı, ülke kaynaklarını israf edilmesine yol açar.	-,181	,433	-,157	-,604	,029	,045	
Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkânları yetersizdir.	-,013	,113	-,148	-,044	,814	-,039	SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN SORUNLARI
Türkiye’de mevcut ve yeni projeler finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilememektedir.	,075	,185	,162	-,115	,703	-,342	
Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu yetersizdir.	-,111	,121	-,303	,094	,651	,161	
Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği yeterli düzeydedir.	,130	-,086	,310	,026	-,007	,817	SAĞLIK HİZMETLERİNİN VERİMLİLİĞİ
Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş memnuniyeti yüksektir.	,116	-,125	,135	,039	-,086	,646	
ExtractionMethod: Principal Component Analysis.							
RotationMethod: VarimaxwithKaiserNormalization.							
a. Rotationconverged in 8 iterations.							