



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



ADANA ŞEHİR HASTANESİ'NDE HASTA MEMNUNİYETİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Emre SARCAN

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

ANKARA

2019

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADANA ŞEHİR HASTANESİ'NDE HASTA MEMNUNİYETİNE
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Emre SARCAN

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

ANKARA

2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Adana Şehir Hastanesi’nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Emre SARCAN

Tarih: 07.01.2019

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında

Emre SARCAN tarafından hazırlanan

“Adana Şehir Hastanesi’nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma”

adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak

OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07.01.2019

İmza

Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

Hacettepe Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza

Doç. Dr. Gülbiye
YENİMAHALLELİ YAŞAR
Ankara Üniversitesi
Danışman

İmza

Doç. Dr. Çağdaş Erkan
AKYÜREK
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Türkiye’de Yakın Dönem Sağlık Politikaları	4
1.1.1. 1980-1988 Dönemi	5
1.1.2. 1989-2002 Dönemi	6
1.1.3. 2002 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı	8
1.2. Sağlıkta Dönüşümde Son Dönem: Kamu Özel İşbirliği	11
1.2.1. Tanım ve Kavramsal Çerçeve	12
1.2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Tarihsel Gelişimi	15
1.3. Kamu Hizmetlerinin Gördürülme Usulleri	20
1.4. Kamu Özel İşbirliğinin Genel Özellikleri	24
1.4.1. Hesaplılık	24
1.4.2. Özel Sektör Katılımı	27
1.4.3. Risk Paylaşımı	29
1.4.4. Uzun Vadeli Sözleşme	32
1.4.5. Klasik Alım Yöntemi Olmayışı	35
1.4.6. Yaygın Kullanım	36
1.5. Kamu Özel İşbirliğinin Tarafları	39
1.5.1. Kamu İdareleri	40
1.5.2. Proje Şirketleri	43
1.5.3. Finans Kurumları	45
1.5.4. Sigorta Şirketleri	47
1.5.5. Danışmanlar ve Uzmanlar	47
1.6. Türkiye’de Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği Modeli	49
1.6.1. Kamu Özel İşbirliğine Yönelik Sağlık Bakanlığı’ndaki Örgütlenme	49
1.6.2. Kamu Özel İşbirliği Sözleşmeleri ve Sözleşme Süreci	53
1.6.3. Sağlık Alanındaki Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Mevcut Durumu	55

1.6.4. Kamu Özel İşbirliğinin Avantaj ve Dezavantajları	57
1.7. Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Ülke Örnekleri	59
1.7.1. Birleşik Krallık	59
1.7.2. İtalya	62
1.8. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti	64
1.8.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi	65
1.8.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	66
1.8.3. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi	68
1.8.3.1. Anket Yöntemi	69
1.8.3.2. Odak Grup Görüşmeleri	70
2. GEREÇ VE YÖNTEM	72
2.1. Araştırmanın Amacı	72
2.2. Araştırmanın Hipotezleri	72
2.3. Araştırmanın Etik Boyutu	73
2.4. Evren ve Örneklem	73
2.5. Kısıtlılıklar ve Varsayımlar	74
2.6. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	75
2.7. Verilerin Analizi	76
3. BULGULAR	78
3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgileri	78
3.2. Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular	79
3.3. Cinsiyet Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	88
3.4. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	90
3.5. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	93
3.6. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	96
4. TARTIŞMA	100
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	105
ÖZET	110
SUMMARY	111
KAYNAKLAR	112
EKLER	124
Ek 1. Etik Kurul Kararı	124
Ek 2. Araştırma İzin Yazısı	126
Ek 3. Hasta Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni	127
Ek 4. Hasta Memnuniyet Anket Formu	128
ÖZGEÇMİŞ	132

ÖNSÖZ

Kamu özel işbirliği (KÖİ), devletin sunmakla görevli olduğu bir kamu hizmetini, finansman maliyeti, risk ve bürokratik yapı gibi çeşitli nedenlerden dolayı, belirli bir süreliğine, bir veya birden fazla özel şirkete (konsorsiyum) bir sözleşme aracılığıyla devrettiği finansman modelidir. Dünyada KÖİ finansman modelinin uygulandığı projelerin geçmişi 17. yüzyıla dayanmaktadır. Bu projeler; altyapı, eğitim, ulaştırma ve sağlık gibi çeşitli sektörlerde hayata geçirilmiştir. Türkiye’de KÖİ finansman modelinin uygulandığı ilk projeler ise elektrik enerjisinin üretimine yöneliktir. Enerji alanında yapılan projeleri ulaştırma, çevre ve sağlık alanında hayata geçirilen projeler izlemiştir.

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli ile “*Entegre Sağlık Kampüsleri*”, diğer adıyla “*Şehir Hastaneleri*” inşa edilmektedir. Çalışmanın hazırlandığı 2019 yılı Ocak ayı itibariyle KÖİ finansman modeli ile inşa edilen 8 şehir hastanesi hasta kabulüne başlamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapımı devam eden proje sayısı ise 13’tür. Şehir hastaneleri incelendiğinde projelerin yatırım tutarlarının büyüklüğü ve yatak sayılarının geçmişe kıyasla oldukça fazla olması dikkat çekmektedir. Ayrıca sözleşme sürelerinin işletme dönemleri için 25 yıl olarak belirlendiği gözlemlenmiştir. Gelecek 25 yılın sağlık politikası üzerinde belirleyici bir unsur olarak değerlendirilen şehir hastanelerinden birisi olan Adana Şehir Hastanesi’nde uygulanacak “*Hasta Memnuniyet Anketi*” ile hastaların KÖİ finansman modeli çerçevesinde hizmet sunan bir hastanedeki memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi bu çalışmanın esas inceleme konusunu oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarının politika yapıcılara ve literatüre bu kapsamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın her aşamasında değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tez danışmanım Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR’a, Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan hocalarıma, Adana Şehir Hastanesi yönetimi ve çalışanlarına, eğitim hayatımın her aşamasında bana destek olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

\$	Dolar
α	Alfa
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
BM	Birleşmiş Milletler
BMA	British Medical Association (İngiliz Tabipler Birliği)
EPDK	Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu
EPEC	European PPP Expertise Centre (Avrupa KÖİ Uzmanlık Merkezi)
IFC	International Finance Corporation (Uluslararası Finans Kurumu)
IMF	International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
KİK	Kamu İhale Kanunu
KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
NAO	National Audit Office (Ulusal Denetleme Ofisi)
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜBA	Türkiye Bilimler Akademisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe (Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu)
YİD	Yap-İşlet-Devret
YPK	Yüksek Planlama Kurulu



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Özel Sektörün Proje Risklerine ve Yönetime Katılma Derecesi	32
Şekil 1.2. AB Ülkeler Bazında Proje Tutarları (2013-2016)	38
Şekil 1.3. AB KÖİ Projelerinin Sektörel Dağılımı	38
Şekil 1.4. KÖİ Projelerinin Yapısı ve Tarafları	40
Şekil 1.5. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	52
Şekil 1.6. Hasta Memnuniyeti, Algı ve Beklentiler	64
Şekil 1.7. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	67



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Özel Sektöre Transfer Edilebilen ve Edilemeyen Riskler	31
Çizelge 1.2. Kamu Özel İşbirliği Modelinde İzlenen İhale Süreci	54
Çizelge 1.3. Kamu Özel İşbirliği Projeleri	56
Çizelge 2.1. Memnuniyet Ölçeğinin Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları	76
Çizelge 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	78
Çizelge 3.2. Hasta Memnuniyet Düzeyi, Tüm Faktörler	79
Çizelge 3.3. Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi ile İlgili Bulgular	80
Çizelge 3.4. Temizlik Hizmetleri ile İlgili Bulgular	81
Çizelge 3.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar ile İlgili Bulgular	82
Çizelge 3.6. Yemek Hizmetleri ile İlgili Bulgular	83
Çizelge 3.7. Doktor Bakımı ile İlgili Bulgular	84
Çizelge 3.8. Hemşire Bakımı ile İlgili Bulgular	85
Çizelge 3.9. İdari ve Destek Hizmetleri Personeli ile İlgili Bulgular	86
Çizelge 3.10. Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Bulgular	87
Çizelge 3.11. Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmetleri ile İlgili Bulgular	87
Çizelge 3.12. Acil Servis Hizmetleri ile İlgili Bulgular	88
Çizelge 3.13. Cinsiyet Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	89
Çizelge 3.14. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	91
Çizelge 3.15. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	94
Çizelge 3.16. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	96

1. GİRİŞ

Tarihsel süreçte insanların bir araya gelerek çeşitli uygarlıklar kurdukları ve bu uygarlıkların birbirlerine kıyasla farklı özellikler barındırdığı yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Diamond, 2004). Kurulan uygarlıklar yerini zamanla devletlere bırakmıştır. Bu devletlerin yönetim ve hukuk sistemleri ile ekonomik yapıları farklılık göstermektedir. Birleşmiş Milletler'e üye devlet sayısı 193 olmakla birlikte, her ülkenin kendine özgü özellikleri, uygulamaları ve koşulları mevcuttur (BM, 2018). Ancak bazı alanlarda devletlerin ortak uygulamalara sahip oldukları değerlendirilmektedir. Toplumla eğitim, sağlık ve ulaştırma hizmetlerinin sunumu, modern anlamda devletlerde tanık olunan ortak uygulamalardan bazılarıdır. Bu hizmetler genel olarak "*kamu hizmeti*" olarak adlandırılmaktadır (Gülen, 1988). Kamu hizmeti, bir kamu kurumunun ya kendisinin ya da gözetimi altındaki bir özel girişimin eliyle kamuya sağladığı hizmetler bütünü olarak tanımlanmaktadır (TÜBA, 2011). Özellikle II. Dünya Savaşı'nın ardından ortaya çıkan iki kutuplu dünya konjonktürünün etkisiyle Almanya, İngiltere ve Fransa gibi ekonomik ve siyasi yönden güçlü devletlerin kamu hizmeti kavramını sosyal politika ile birlikte ele alması ve toplumun tümüne etkili bir şekilde hizmet sunumu gerçekleştirmeyi hedeflemesi bu dönemin iktisatçılar tarafından refah devletinin altın çağı olarak nitelendirilmesini sağlamıştır (Pierson, 1991, s:125). Ancak 1970'li yılların başında petrol ihraç eden ülkelerin petrol fiyatlarını artırma kararının ardından yaşanan ekonomik bunalım ve kamu kesimine ait borçların artışı, beraberinde devletin ekonomi alanındaki rolüne ilişkin eleştirileri getirmiştir. Krizin sorumlusu olarak devletin piyasadaki ağırlığı ile sosyal yönü ağırlıklı ekonomi politikalarının uygulanıyor olması gösterilmiş ve krizden çıkmak amacıyla neo-klasik iktisat anlayışının politikaları uygulamaya konulmuştur (Erdoğan, 2009). Bu amaçla kamu kesimi piyasadaki rolünü azaltacak, kamusal hizmet sunumunun kapsamı daraltılacak ve ekonomik hayatta özel sektör teşvik edilecektir. Bu süreçte, II. Dünya Savaşı'ndan sonra kurulan Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası kurumlar önemli bir rol oynamıştır (Karahanoğulları, 2012). Ülkelere verilen kredi ve hibelerin, belirlenen alanlarda ve kurum politikaları dâhilinde kullanılması şartı, kamusal hizmet sunumunun dönüşümü

ve devletin ekonomideki ağırlığının giderek azalması sürecinde etkili olmuştur (Çımrın, 2009).

1970’li yılların başından itibaren ekonomi ve toplumsal alanda yaşanan değişim ve dönüşümle birlikte kamu hizmeti kavramı da çeşitli yönleri ile değişime uğramıştır. Geleneksel anlamda kamu hizmetinin devlet tarafından sunulması görüşüne karşıt olarak, kimi alanlarda kamu kurumlarının ve işletmelerinin özelleştirilmesi yoluna başvurulmuş, kimi alanlarda ise yeni finansman modelleri ile birlikte ilgili kamu hizmetini sunma görevi belirli süreliğine özel sektöre devredilmiştir (Karahanoğulları, 2012). Kamusal hizmet sunumunda yaşanan bu değişimin üç ana ekseninden beslendiği ileri sürülmektedir. Bunlardan ilki sosyal devlet anlayışı ile hareket eden kamu idarelerinin kamu kesiminin harcamalarını artırması ve bütçe açıklarının mali sistemde yol açtığı sıkıntılardır. İkincisi, özellikle 1970’li yıllardan başlayarak 21. yüzyılda devam eden bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişim ve gelişmedir. Üçüncü neden olarak ise toplumsal talepler karşısında kamu kesiminin performansının yetersiz kalması gösterilmektedir (Ökmen ve Canan, 2009).

Tarihsel süreç içerisinde neo-klasik iktisat anlayışının etkisiyle dönüşüm gösteren önemli bir kamu hizmeti de sağlık kamu hizmetidir. Gelişmiş ülkelerde devlet tarafından vatandaşlarına kapsamlı bir şekilde sunulan sağlık hizmetinin kapsamının giderek daraltıldığı, sosyal güvenlik sistemlerinin dönüştürüldüğü ve özel sektörün bu alanda ciddi sermaye birikimi elde ederek küresel ölçekte sağlık hizmetlerindeki ağırlığını artırdığı bilinmektedir. Dünya genelinde sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün etkileri Türkiye’de de gözlemlenmektedir. Cumhuriyet sonrası dönemde sağlık hizmet sunumunda en önemli aktör olan devletin sağlık hizmet sunumuna yönelik politikaları yıllar itibariyle değişmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden tedavi edici bir sağlık hizmet anlayışına giden bu süreçte özel sektörün sağlık alanında yıllar itibariyle payını artırdığı ve ciddi sermaye birikimine ulaştığı ileri sürülebilecektir (Atalay, 2015, s:63). Sağlık alanında yaşanan bu dönüşüm hizmet sunumunda verimlilik, etkililik ve performans artışı gibi kriterlerin sağlanması amacıyla desteklenmiştir (Hamzaoğlu, 2017, s:34). Sayılan gerekçelere ek olarak, sağlık hizmetinden faydalanan hastaların tarihsel süreç içerisinde vatandaşan müşteriye dönüşümü ve hastaların yalnız vergilerle değil, gerek sağlık sigortalarıyla gerekse de

cepten ödemeleri ile hizmet almaları hastaların sunulan hizmet karşılığı memnuniyet düzeylerini sorgulatar hale getirmiştir. Gelişen bilgi ve iletişim teknolojileri, nüfusun eğitim düzeyinin yükselmesi ve kişi başına düşen milli hasılanın artması gibi unsurlar vatandaşların sağlık hizmet sunucularından talep ettiği hizmetleri artırmıştır. Kâr amacı ile hareket eden özel sağlık kuruluşları, sektördeki paylarını artırmak ve diğer kamu-özel sağlık kuruluşları ile rekabet edebilmek amacıyla hastaların memnuniyet düzeylerini artırmaya dönük çalışmalara başlamışlardır (Esatoğlu, 1997).

Sağlık kurumları, hasta memnuniyet düzeylerini ölçerek sağlık hizmet sunumunun yapı, süreç ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olmaktadır. Kurumların zayıf yönlerini güçlendirerek daha etkili, verimli ve hakkaniyetli bir hizmet sunumuna yönelmeleri sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmaktadır. Hasta memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve araştırma sonuçlarına göre hareket edilmesi şüphesiz stratejik yönetim alanıyla doğrudan ilişkilidir. Sağlık kurumlarının stratejik yönetim ilkelerine bağlı olarak stratejik kararlar almaları ve alınan kararları uygulamaları kurumların devamlılığı açısından oldukça önemli bir husus olarak ileri sürülmektedir (Marşap, 2015). Öte yandan, performansa dayalı ek ödeme sistemi gereğince Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta memnuniyeti ölçülmek zorundadır. Bu husus Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP), bileşenlerinden birisi olan sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyinin artırılması amacı çerçevesinde kararlaştırılmıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016). Dolayısıyla gerek özel gerekse de kamu sağlık kurumlarının hasta memnuniyetini ölçmeleri bir gerekliliktir.

Özel sağlık kurumlarının sağlık hizmetlerindeki ağırlığı değerlendirildiğinde bu kurumlarda sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetlerinin yüksek olması oldukça önemli bir husus olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün giderek ağırlığını artırması başlangıçta çeşitli hizmetlerin dış kaynaklardan alınması (out-sourcing) yoluyla gerçekleşmiştir (Akyürek, 2013). Dış kaynaklardan mal ve hizmet alımı örneğinde olduğu gibi özel sektörün farklı yöntemlerle sektöre girişi sağlanmıştır. KÖİ kavramının ortaya çıkışı da bu sürece paralel bir şekilde gerçekleşmiştir.

Kamu hizmetlerinin gördürülmesine yönelik yeni yatırımların finanse edilmesine ilişkin bir finansman modeli olan KÖİ, kamu hizmetine konu sektörlerde uygulanmaya başlanmıştır. Başta İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerinde uygulanan KÖİ finansman modelinin Türkiye dâhil diğer gelişmekte olan ülkelerde de sıklıkla uygulandığı gözlemlenmektedir. Ulaştırma, enerji, çevre ve sağlık sektörü KÖİ finansman modelinin uygulandığı başlıca sektörlerdir (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Türkiye’de sağlık alanında kamu ve özel sektör taraflarının yap-kirala-devret adı verilen bir KÖİ finansman modeli çerçevesinde “*Entegre Sağlık Kampüsleri*” bir diğer ifadeyle “*Şehir Hastanesi*” yatırımları gerçekleştirilmesi, Türkiye’de sağlık alanında 2003 yılında hayata geçirilen SDP ve SDP öncesi dönem ile ilişkilendirilebilecektir. Bu kapsamda çalışmanın ilerleyen bölümlerinde sağlık alanında uygulanan politikalara göre dönemleştirmeye gidilerek KÖİ finansman modeline giden süreç incelenecektir.

Çalışmada, yukarıda özetlenen KÖİ kavramı çeşitli yönleriyle tanımlanacak, sağlık alanında uygulanan projeler esas alınarak, modelin temel özellikleri ve sözleşmelere taraf kurumlar gerek Türkiye, gerekse de diğer ülke örnekleriyle birlikte değerlendirilecektir. Çalışmanın araştırma kısmında ise KÖİ finansman modeli ile inşa edilen ve hâlen işletme döneminde olan Adana Şehir Hastanesi’nde uygulanan hasta memnuniyet anketine ilişkin bulgular paylaşılacak ve sonuçlara ilişkin çıkarımlarda bulunulacaktır. Böylelikle KÖİ finansman modeli ile inşa edilen bir şehir hastanesinde tedavi gören hastaların memnuniyet seviyelerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

1.1. Türkiye’de Yakın Dönem Sağlık Politikaları

Türkiye’de sağlık alanında KÖİ finansman modelinin uygulanmasına giden sürecin incelenmesi amacıyla bu bölümde yakın dönem sağlık politikaları belirli tarihler aralığında paylaşılacaktır. Türkiye’de uygulanan yakın dönem sağlık politikalarının bu çalışmada belirli dönemlere ayrılmasının nedeni, yasal ve idari düzenlemeler sonucu sağlık politikalarında yaşanan köklü değişimlerdir.

1.1.1. 1980-1988 Dönemi

1980 yılı Türkiye için bir çok alanda yeni bir dönemin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. 1980 yılı itibariyle politika, hukuk ve ekonomi alanında ciddi gelişmeler yaşanmıştır. Ekonomi alanında “24 Ocak Kararları” olarak anılan kararlar alınarak yeni ekonomik sistemi temellendirecek politikalar sıralanmıştır. Bu kararlar incelendiğinde devletin bir çok alanda özel sektörü teşvik edecek politikaları hayata geçireceği ve uluslararası bir ekonomik entegrasyon için gerekli adımların atılacağı sonucuna ulaşılmaktadır (Karabıçak, 2000). Ekonomi alanındaki gelişmeleri yasal alanda yaşanan gelişmeler izlemiştir. 1982 yılında 1960 Anayasası kaldırılarak yeni bir Anayasa halk oylamasına sunulmuş ve kabul edilmiştir. 1982 Anayasası başta sağlık olmak üzere tüm kamu hizmetlerini etkileyen düzenlemeler içermektedir. Anayasa'nın 56. maddesi devletin vatandaşlarına sağlık hizmeti sunma görevini ve devletin bu görevi kamu ile özel sektör sağlık kuruluşları aracılığı ile yerine getirebileceğini düzenlemektedir. Devletin sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma amacıyla bir genel sağlık sigortası kurabileceği ilgili maddede açıklığa kavuşturulmuştur (T.C. Anayasası, 1982). Genel sağlık sigortasına ilişkin böyle bir maddenin Anayasa'da yer almasının nedeni olarak, 1980-1983 yılları arasında Ulusu Hükümeti'nin genel sağlık sigortası kurulacağını kabul etmesine rağmen prim toplamada yaşanabilecek olumsuzluklar nedeniyle politikadan vazgeçilmesi gösterilmektedir (Fişek, 1991).

1980-1988 dönem aralığında sağlık alanında gerçekleşen en önemli gelişme olarak sağlık hizmetlerinin niteliği ile örgütlenmesi açısından piyasalaşmaya doğru ilk ciddi kırılma noktası olarak değerlendirilen 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun yasalaşması gösterilmektedir (Atalay, 2015; Yenimahalleli Yaşar, 2010). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun temel amaçları şunlardır (Soyer, 2000):

- Kamuya ait tüm sağlık kuruluşlarında her türlü hizmetin fiyatlandırılması,
- Kamuya ait tüm sağlık kuruluşlarının birer işletmeye dönüştürülerek ayrı bir tüzel kişilik kazanmaları,
- İstihdam edilen personel uyruklarındaki kısıtlamaların kaldırılması,
- Hekimlerin mesai dışında özel teşhis ve tedavi yapabilmeleri.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun uygulanmasına yönelik yönetmelikleri inceleyen Atalay (2015), sağlık işletmelerinin temel alacağı ilkeleri aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

- Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare,
- Desantralizasyon ve oto-kontrol,
- Hizmette rekabet,
- Modern tıbbi bilgi, metod ve teknolojinin takibi,
- İşletme gelirleri ile giderlerinin karşılanması.

Amaç ve ilkeleri sıralanan 3359 sayılı Kanunun sağlık alanında ciddi etkiler ortaya çıkaracak düzenlemeler içermektedir. Bu görüşü destekleyecek şekilde, bu düzenlemeye karşı yoğun muhalefet nedeniyle kanunun bir çok maddesinin iptal edildiği aktarılmaktadır (Yenimahalleli Yaşar, 2010). Sağlık alanında yapılan yasal düzenlemelerin sonucu olarak 1980-1988 dönem aralığında özel sağlık kurumlarının sayısının hızlı bir şekilde arttığı ancak istenilen verimlilik düzeyine ulaşamadığı ifade edilmektedir. İstenilen verimlilik düzeyine ulaşamamasının nedenleri olarak, düzenleyici mevzuatın yetersizliği, hekim sayısının yeterli olmaması, finansmana ilişkin sorunlar ve diğer nedenler gösterilmektedir (Kökçü, 2014). Fişek (1991) çalışmasında, ilgili dönem aralığında sağlık ocaklarına yeterli önemin verilmemiş olması, sağlık personeline ilişkin gerekli düzenlemelerin yapılamayışı ve bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük kalması nedeniyle bu dönemde geçmişten kalan sorunların devam ettiğini savunmuştur.

1.1.2. 1989-2002 Dönemi

Akbulut (2015, s:14), kamu hastanelerine ilişkin yapılandırma ve reform çabalarının Cumhuriyet'in kuruluşuna kadar gittiğini belirtmekle birlikte 1980'li yılların sonlarında reform çalışmalarının yönünü ve kapsamını belirleyen uluslararası liberal politikaların uygulandığını ifade etmektedir. Kamu hastanelerinin yönetim ve organizasyon yapısında, teknolojisinde, yöneticilerinin ve sağlık profesyonellerinin çalışma statülerindeki değişimin bu dönüşümün bir parçası olduğu ifade edilmektedir.

1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun yasallaşmasını takiben 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ‘‘Ulusal Sağlık Politikası’’ raporu hazırlanarak Meclis’e sunulmuştur. Yenimahalleli Yaşar’a (2010, s:272) göre Ulusal Sağlık Politikası raporu;

‘‘2000 yılına kadar merkezi olmayan bir sağlık sisteminin kurulacağını, aile hekimliği uygulamasına geçileceğini, hastanelerin özerkleşeceğini, sağlık personelinin merkezi olmayan politikalarla istihdam edileceğini, bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkarılacağını, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılacağını, kamu kaynaklarında etkinlik ve verimlilik ilkeleri ile hareket edileceğini, hizmetlerin sözleşme yoluyla sağlanacağını, genel sağlık sigortası sisteminin kurulacağını, hizmet alanların maliyetlere katılacağını ve rekabetin yaratılacağını belirtmektedir.’’

Rapora göre devlet, sağlık hizmet sunumunda, sosyal güvenlik sisteminde ve sağlık kurumlarının organizasyonel yapılarında ciddi bir değişim öngörmektedir. Yenimahalleli Yaşar (2010, s:272), bu değişim kararının arkasında Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund, IMF) gibi uluslararası kuruluşların politikalarının yer aldığını belirtmektedir. Nitekim Dünya Bankası'nın sağlık alanında kullanılmak üzere verdiği kredileri takip amacıyla 1990 yılında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulması anlamlıdır.

1992 yılında meydana gelen önemli bir gelişme de ‘‘Yeşil Kart’’ düzenlemesinin yasallaşmasıdır. Bu düzenleme ile sosyal güvenlik alanında önemli bir adım atılmıştır. Yeşil kart uygulaması ile sağlık sigortası olmayan vatandaşlara ücretsiz sağlık güvencesi sağlanmıştır. Nüfusun yaklaşık %13'lük kısmına karşılık gelen yeşil kartlıların yarısından fazlasının çocuklar ve yaşlılardan oluştuğu ifade edilmekte ve genel sağlık sigortası uygulamasında da yoksulların priminin devlet tarafından karşılanmasının bu iki uygulamayı birbirine yaklaştıran özellikler olduğu vurgulanmaktadır (Karadeniz, 2012).

1989-2002 dönem aralığında bir önceki döneme göre özel sektörün sağlık alanındaki ağırlığı gerek yasal düzenlemeler gerekse de bu alandaki sermaye

birikiminin meydana gelmesiyle artmıştır. Kamuya ait sağlık kurumlarının birer işletme haline getirilerek özel sektöre benzer şekilde hareket etmesi, tüm vatandaşları bir sağlık şemsiyesi altında birleştirme amacının nispeten düşük gelirli kapsayacak şekilde Yeşil Kart uygulaması ile hayata geçirilmesi bu dönemin başlıca önemli özellikleri olarak sıralanabilecektir.

1990'lı yıllarda uygulanan politikaların temel amaçları şu şekilde özetlenebilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2012a, s:50):

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Tüm kamu hastanelerinin özerk bir hale dönüştürülmesi,
- Tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortası uygulamasına başlanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

1.1.3. 2002 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında uygulanmaya başlayan SDP sağlık alanında önemli bir dönüm noktası olarak gösterilmektedir (Bostan ve Çiftçi, 2016; Çınar ve ark., 2017; Erol ve Özdemir, 2014; Karahanoğulları, 2012; Karasu, 2011; Kulaksız, 2018; Pala, 2018; Yalçın, 2016; Yenimahalleli Yaşar, 2007).

SDP aşağıda sıralanan bileşenlerle sağlık alanındaki dönüşümü gerçekleştirmeyi hedeflemiştir (Pala, 2017, s:47):

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.
- Daha İyi Bir Gelecek İçin Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Hayat Programları
- Tarafların Harekete Geçirilmesi ve Sektörler Arası İşbirliği İçin Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu
- Uluslararası Alanda Ülkenin Gücünü Artıracak Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri.

SDP'nin yürürlüğe girmesiyle öncelikle sağlık hizmetini sunan kurumlara ilişkin örgütsel değişiklikler yapılmıştır (Erol ve Özdemir, 2014; Tükel, 2018). 2004 yılında meclis genel kurulunda kabul edilen Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı kaldırılarak sağlık hizmet sunumu görevinin İl Özel İdareleri'ne devredilmesi öngörülmüştür. Ancak yasanın Cumhurbaşkanı tarafından reddi nedeniyle bu düzenleme kadük olmuştur. 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. Böylelikle 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, idari ve mali yönden özerk ve ayrı tüzel kişilikleri olan birliklere devredilmiş, 1. basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ise bağlı kuruluş olarak tanımlanan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na devredilmiştir. Bu sistemde il sağlık müdürlüklerinin görevi acil sağlık hizmetlerinin sunumu ile sınırlandırılmıştır. 2017 yılına kadar sürdürülen bu sistem 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kaldırılmıştır. Tükel (2018, s:214), sistemin kaldırılma gerekçesi olarak Sayıştay'ın 2016 yılında yayımladığı denetim raporunu göstermektedir. Rapora göre, hastanelerin çok ciddi borç yükü altında oldukları ve zarar ettikleri tespit edilmiştir. Tüm bu süreçte Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sisteminde hizmet sunumundan ziyade denetleyici ve düzenleyici bir kurum olarak çalıştığı aktarılmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012; Karasu, 2011).

2004 yılında pilot uygulama ile başlayan "Aile Hekimliği" uygulamasına 2011 yılında tüm ülkede geçilmesi ve 2010 yılında kamuoyunda Tam Gün Yasası olarak

bilinen 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun yürürlüğe girmesi de sağlık alanında yaşanan önemli gelişmeler olarak sıralanabilecektir.

SDP'nin bileşenleri incelendiğinde 2003 yılından başlamak üzere tüm bileşenler üzerinde çalışmaların yapıldığı gözlemlenmiştir. Yenimahalleli Yaşar (2011) çalışmasında SDP'yi değerlendirmiştir. Değerlendirmede vatandaşların sağlık statülerindeki gelişmeler, finansal risk koruması ve memnuniyet unsurları temel alınmış ve SDP'nin sağlık sistemindeki nihai amaçlarına ulaşır ulaşmadığı sorunsal tartışılmıştır. Yenimahalleli Yaşar'a göre, programa ilişkin nihai bir değerlendirme için erken olmakla birlikte, programın günümüze kadar geldiği süreçlerin değerlendirilmesi için yeterli veri mevcuttur. Vatandaşların sağlık göstergeleri özelinde amaçlanan sonuçlara henüz ulaşamadığı ve bu hususun iyileştirilmesinin zaman alacağı ifade edilmektedir. Gerekçe olarak ise yalnızca sağlık hizmet sunumu değil kişi başına düşen milli gelir düzeyinin düşüklüğü ve genel eğitim düzeyinin düşük kalması gösterilmiştir. Sorunun çözümü için sosyal politika önlemlerine başvurulması önerilmiştir. Diğer yandan, genel sağlık sigortasının toplumun tümüne prim ödeme yükümlülüğü nedeniyle uygulanamıyor olması bir eksiklik olarak belirtilmiş ve genel sağlık sigortası üzerindeki yapısal engellerin kaldırılması gerektiği ifade edilmiştir. Üçüncü değerlendirme ölçütü olan memnuniyet kriterine göre ise, memnuniyet seviyeleri istatistikî verilere göre artmakla birlikte daha fazla araştırmanın yapılması gerekliliği ifade edilmiştir.

SDP'nin hizmet sunumuna ilişkin amaçları, programa ilişkin değerlendirme raporunda sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak sıralanmaktadır. Böylelikle hasta ve çalışan memnuniyetinin artacağı savunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012a, s:73). Bostan ve Çiftçi (2016) çalışmalarında, sağlık çalışanlarının SDP'den memnun olmadıkları sonucuna ulaşmışlardır. Yavuz (2017, s:96) çalışmasında, SDP'nin etkililik, verimlilik ve hakkaniyet gibi üç ana ekseninde hedeflediği hizmet sunumuna henüz ulaşamadığını ifade etmektedir. Özellikle hastanelerin işletmesinde yaşanan problemler, sağlık hizmet sunumunda nitelikten

ziyaden niceliğe önem verilmesi ve yaşanan diğer problemlerin sayılan üç ana eksen ile bağdaşmadığı ifade edilmektedir.

Sağlık finansmanı ve sağlık kurumlarına ilişkin SDP amaçları ile kısmen örtüşen ciddi gelişmeler de olmuştur. Tüm bu gelişmeler sosyal güvenlik sistemini ve SDP'nin bundan sonraki aşamalarını gündeme getirmiştir. SDP'nin ikinci fazı olarak adlandırılan bu süreç 2013 yılında yürürlüğe giren 6428 sayılı kanun ile başlamıştır. Kanun ile birlikte sağlık alanında KÖİ finansman modeli ile entegre sağlık kampüslerinin ya da diğer bir deyişle şehir hastanelerinin yapımına ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir. Bu kapsamda 30 yeni sağlık kampüsünün kurulması amaçlanmıştır (Çınar ve ark., 2017; Kerman ve ark., 2012). Yalçın (2016) çalışmasında, yeni sağlık kampüslerinin yapımı için bütçe dışı alternatif finansman kaynaklarına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı da SDP'nin başarısı için finansal sürdürülebilirliğe atıf yaparak, stratejik planında KÖİ finansman modelini dünyadaki örneklerini paylaşarak övmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2012b). Tüm bu gelişmelerin devamında Sağlık Bakanlığı'nın idari ve hükümetlerin siyasi kararlılığı neticesinde sağlık alanında KÖİ finansman modeli ile şehir hastanelerinin yapımına başlanmıştır. KÖİ finansman modelinin incelenmesi bu aşamada gerekli görülmektedir.

1.2. Sağlıkta Dönüşümde Son Dönem: Kamu Özel İşbirliği

Bu bölümde KÖİ kavramı çeşitli yönleriyle tanımlanacaktır. Bu amaçla Türkiye ve uluslararası alandaki çeşitli kurumların yapmış olduğu tanımlara yer verilerek kavramın net bir şekilde açıklanması amaçlanmaktadır. Ardından KÖİ finansman modelinin tarihsel süreçte gelişimi, kendine özgü özellikleri ve modele taraf kurumlar değerlendirilecektir. Kavramın tanımlanması ve tarihsel süreçteki gelişiminin değerlendirilmesinde literatürdeki bilgilere yer verilerek araştırmanın derinleştirilmesi amaçlanmaktadır.

1.2.1. Tanım ve Kavramsal Çerçeve

KÖİ finansman modeli kavramı bu çalışmada şemsiye bir kavram olarak değerlendirmeye alınacaktır. Bunun nedeni KÖİ finansman modelinin yap-işlet-devret (YİD), yap-kirala-devret, yap-işlet gibi birden fazla ve birbirinden farklı modelleri içerisinde barındırmasıdır. Ek olarak KÖİ finansman modelinin kendine özgü özelliklerinin, koşullarının ve süreçlerinin bir anlamda karmaşıklığı, kavramın tanımlanmasında dar ve geniş anlamda bir bakış açısı ile farklı tanımlamaları ortaya çıkarmıştır.

Açıklanan özellikleriyle KÖİ kavramının niteliği gereği alakalı olduğu değerlendirilen hukuk, iktisât/finans, mühendislik ve politika alanlarında literatürdeki tanımlar paylaşılacaktır. Bu kapsamda öncelikle hukuk alanında yapılan tanımlara yer verilerek modelin hukuki çerçevesinin, yasal dayanaklarının ve sözleşme yapılarının incelenmesi öngörülmektedir. Tan (2011, s:313), KÖİ'yi idare hukuku açısından “*bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesi ile mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralanması, geliştirilmesi, bakım onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektörün katılımının sağlanması*” olarak tanımlamaktadır.

Bir diğer tanımda KÖİ; “*kamu idaresi ile özel sektör taraflarınca akdedilen bir sözleşme çerçevesinde kamusal mal ve hizmetlerin özel sektörün iştiraki ile kamu idaresince yapıldığı, özel sektörün sözleşme konusu eseri meydana getirme, hazırda bulundurma ve/veya hizmetin sunulmasını sağlama risklerini taşıdığı, diğer risklerin “riskin o riski en iyi yönetecek tarafta bulunduğu” kuralına bağlandığı esnek sözleşme modelleri*” olarak tanımlanmaktadır (Keşli, 2012).

Kalkınma Bakanlığının 2018 yılında yayımladığı raporda ise KÖİ, “*bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında dengeli bir şekilde paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Hukuk alanında yapılan tanımlamalar farklılık göstermekle birlikte, tanımlamalarda dikkat çeken husus KÖİ finansman modelinin temelini oluşturan

sözleşmelerdir. Kamu ile özel sektörün uzun süreli bir özel hukuk sözleşmesi uyarınca hareket ederek, bir kamu hizmetini birlikte sunması, modelin kamu hizmeti ile ilişkisini ortaya çıkarmaktadır. Nitekim Yalçın (2014, s:37), KÖİ'ye konu hizmetlerin kamu hizmeti niteliğine haiz olduğunu ve bu hizmetin idare açısından sorumluluk hukuku doğuracak unsurlar içerdiğini ifade etmektedir. Eker (2007, s:60), kamu hizmeti ile KÖİ arasında bağlantı kurarak devletin özel sektörün girmekte çekince duyduğu alanlarda, devletin gerek finansman sorununu aşmak gerekse de özel sektörün katılımını sağlamak amacıyla uyguladığı bir model olduğunu ifade etmektedir.

KÖİ finansman modelinin hukuki yönünün yanı sıra finansal alandaki önemi de göz ardı edilemeyecektir. Çalışmanın giriş bölümünde bahsedildiği üzere, 1970'li yılların başından itibaren dünya çapında uygulanmaya başlayan neo-klasik iktisat politikaları beraberinde devletin piyasadaki ve sosyal alandaki yerini de etkilemiştir. Devletin vatandaşlarına sunduğu temel hizmetlerden olan eğitim ve sağlık gibi kamu hizmetleri ile bunlara bağlı altyapı yatırımları da bu dönüşüm sürecinden payını almıştır. Altyapı yatırımlarının devlet bütçelerine getirdiği yükler, yatırımların finanse edilmesinde yaşanan zorluklar ve ilgili hizmet alanlarındaki bakım-onarım gibi takibi zor ve bürokratik aşamalara takılan işlemler nedeniyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özel sektör, büyük ölçekli yatırım projelerini KÖİ finansman modeli aracılığı ile üstlenmeye başlamıştır (Kulaksız, 2018, s:4). Bu süreçte, projelerin finansmanında uluslararası kuruluşların kullandıkları uzun vadeli yatırım kredileri ve politik risk sigortalarıyla ön plana çıktıkları gözlemlenmektedir. Aşağıda KÖİ projelerine finansman sağlayan veya politikaları ile KÖİ projeleri üzerinde etkileri olan kuruluşların KÖİ'ye ilişkin tanımlamaları paylaşılmıştır.

IMF (2006, s:1), KÖİ'yi “*geleneksel olarak kamu tarafından sağlanan alt yapı varlıklarının ve hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması*” olarak tanımlamaktadır.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'ne (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) göre KÖİ, “*devlette bir veya daha fazla özel ortağın devletin sunum amaçları ve özel sektörün kâr etme amacıyla uzlaştırılarak*

hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre yeterli risk transferine bağlı olduğu anlaşma” olarak tanımlanmaktadır (Güngör, 2012, s:7).

Avrupa Komisyonu'nun (European Commission) resmi bir yayımı olan Yeşil Kitap KÖİ'yi; *“bir altyapının veya sağlanacak hizmetin finansmanını, inşaatını, tadilatını, yönetimini veya bakım-onarımını sağlamayı hedefleyen iş dünyası ile işbirliği biçimlerine işaret eder”* şeklinde tanımlamıştır (European Commission, 2004).

KÖİ finansman modelinin hukuki ve iktisâdi özellikleri bir yana, modelin arka planında politika tercihi olduğu da ileri sürülebilecektir. Nitekim, bir kamu kurumu olan Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'nın 2009 ila 2013 yılları için hazırladığı stratejik planında KÖİ'nin *“gelecekte yapılacak kamu yatırımlarının bugünden özelleştirilmesi”* olarak tanımlanması dikkat çekmektedir (Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, 2008, s:21). Sönmez (2018), Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'nın tanımını destekleyecek şekilde KÖİ finansman modelinin aslında özel sektör firmaları lehine kamudan özel sektöre yapılan bir kaynak transfer mekanizması gibi çalıştığını, modelin bir sermaye birikim aracı işlevi gördüğünü ifade etmektedir.

Boz (2013, s:289) KÖİ'yi şu şekilde tanımlamaktadır; *“Bir kamu tüzel kişinin kaliteli kamu hizmeti vermekten finansal veya teknik eksiklikler yüzünden çekindiği alanlara ilişkin olarak, özel hukuk tüzel kişisiyle uzun vadeli, yapılan sözleşme uyarınca hizmet inşası ve sunumunda paylaşımına gittiği bir akıt”*. Boz'un çalışmasında yaptığı tanımda dikkat çeken husus, kamu kurumlarının KÖİ modeline finansal veya teknik bir eksiklik söz konusu olduğunda başvurmasıdır. Yalçın (2016, s:184) çalışmasında, hükümetlerin 1980'li yılların başından itibaren özelleştirme politikalarına hız verdiğini, özelleştirme uygulamalarını takiben ise KÖİ uygulamalarına zemin hazırlayacak nitelikte yasal düzenlemelerin yapıldığını ve tüm bu gelişmelerin arka planında politika tercihinin olduğunu ifade etmektedir.

Yapılan tanımlar çerçevesinde KÖİ, devletin sunmakla görevli olduğu bir kamu hizmetini, finansman maliyeti, risk ve bürokratik yapı gibi çeşitli nedenlerden dolayı,

belirli bir süreliğine, bir veya birden fazla özel şirkete (konsorsiyum) bir sözleşme aracılığıyla devrettiği finansman modeli olarak tanımlanabilecektir. Ayrıca, literatürde sıklıkla yapılan bir hata olarak KÖİ kavramı yerine kamu özel ortaklığı (KÖO) kavramı kullanılmaktadır. Hâlbuki yapılan tanımlamalar ışığında kamu ve özel sektör arasında bir ortaklıktan ziyade uzun süreli işbirliğinin söz konusu olduğu düşünülmektedir. Ortaklık daha ziyade şirketler için kullanılan bir terim olup işbirliği kavramının kullanılmasının daha doğru olacağı değerlendirilmektedir (Karasu, 2011; Pala, 2018, s:118).

KÖİ kavramı ile karıştırılan uygulamalardan birisi olan özelleştirmenin de bu bölümde tanımlanması ve farklarının detaylandırılması yerinde olacaktır. KÖİ finansman modeli, özelleştirme uygulamasına benzetmekle birlikte, bir özelleştirme tekniği olarak değerlendirilmemektedir. Özelleştirme, kamuya ait işletmelerin mülkiyetinin özel sektördeki birey veya kurumlara süresiz devredilme işlemi olarak tanımlanmaktadır (Sarıkamış, 2005). KÖİ modelinde ise yeni bir yatırım yapılmakta ve proje süresi boyunca ilgili işletme bir görevli şirket tarafından işletilmekte ve süre sonunda idareye/kamuya devredilmektedir. Ayrıca özelleştirme uygulamalarında bir özelleştirme idaresi bulunur ve bu idare özelleştirme sürecine ilişkin plan hazırlayarak, fiyat tekliflerine göre bir karar verir ve risk tamamen özel sektör tarafından üstlenilir. KÖİ uygulamalarında ise kamu idaresi projenin özelliklerini belirler, fizibilite çalışması yapar ve ihale değerlendirmesinde fiyat yalnızca bir kıstastır, firmanın finansal durumu, teknik kapasitesi gibi faktörler de dikkate alınır (Kulaksız, 2018, s:6).

1.2.2. Kamu Özel İşbirliğinin Tarihsel Gelişimi

Geçmişten bu yana küresel ölçekte meydana gelen ekonomik, politik ve toplumsal gelişmeler, devleti dolayısıyla da kamu hizmeti kavramını etkilemiştir. Kamu hizmeti ve kamu hizmetinin gördürülmesi ile yakın ilişkisi olan KÖİ kavramı da tarihsel süreç içerisinde dönüşerek günümüzde uygulanan hâlini almıştır. Bu bölümde KÖİ'nin tarihsel gelişimi, dünyadaki ve Türkiye'deki gelişmeler olarak ele alınacaktır. Ardından kavramın dönüşümünde etkisi olan etkenler ile niçin böyle bir finansman modeline ihtiyaç duyulduğu üzerinde durulacaktır. Çalışmanın ilerleyen

bölümlerinde ise bazı ülkelerde uygulanan güncel KÖİ modelleri değerlendirilecektir. Böylelikle kavramın tarihsel gelişiminin detaylıca açıklanması amaçlanmaktadır.

KÖİ finansman modelinin ilk uygulamalarına 17. yüzyılın ortalarında İngiltere’de rastlanmaktadır. Özellikle karayolu ve demiryolu gibi ulaştırma projelerine özel sektör firmaları KÖİ modeli ile katılım sağlamıştır. Ancak ortaya çıkan ekonomik krizler ve devamında meydana gelen I. Dünya Savaşı, KÖİ finansman modelinin yoğun bir şekilde uygulanmasını aksatmıştır. Modelin yoğun bir şekilde tekrar uygulanmaya başladığı tarih olarak 20. yüzyılın ikinci yarısı gösterilmektedir (Çekirge, 2006, s:5).

Dünyada KÖİ uygulamalarını kurumsallaştıran ilk ülke olarak İngiltere gösterilmektedir (Şenel Tekin, 2010, s:65). Özellikle Endüstri Devriminin İngiltere’de ortaya çıkması, şehirleşme ile kamu hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve özel sektörün yüksek finansman sağlayabilme kabiliyetine ulaşması, İngiltere’nin KÖİ finansman modelindeki öncü konumunu açıklama noktasında ileri sürülebilecektir (Çekirge, 2006, s:5). Bu süreçte İngiltere’yi Amerika Birleşik Devletleri’nin ve Fransa’nın takip ettiği aktarılmaktadır (Çakır, 2016, s:24). Örneğin 1782 yılında Fransa’da Perrier firmasına Paris’teki su dağıtım projesi için bir imtiyaz tanınmıştır. Ancak proje devam ederken ortaya çıkan 1789 Fransız Devrimi projesinin gerçekleştirilememesine neden olmuştur (Çekirge, 2006, s:5). KÖİ projelerinin taşıdığı riskler çalışmanın ilerleyen kısımlarında detaylı olarak incelenmekle birlikte, Paris Su Dağıtım Projesi, KÖİ projelerinin politik olaylardan etkilendiğini ve politik risklerin projelerde önemli bir etken olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

KÖİ finansman modelinin ilk uygulanış biçimleri bir tür imtiyaz işlemi şeklindedir. Bu uygulamalar modern anlamda bir KÖİ finansman modeli uygulaması olarak değerlendirilemeyecektir. Örneğin 1869 yılında tamamlanan Süez Kanalı projesinde kamunun doğrudan sermayedar rolü vardır. Modern anlamda uygulanan modelde ise kamunun sermayedar rolünden ziyade çeşitli talep ve garanti mekanizmalarıyla modele taraf olduğu belirtilmektedir (Çekirge, 2006, s:5). Çalışmada incelenen anlamda KÖİ finansman modeli uygulamaları, II. Dünya Savaşı

sonrasında gelişmiş bazı ülkelerde (Fransa, İtalya, Japonya ve ABD) özellikle karayolu ağlarının inşasında yaygınlaşmıştır (Sözer, 2013; Şenel Tekin, 2010, s:65).

Kamu hizmetlerinin gördürülmesine ilişkin olarak Türkiye'deki gelişmeler incelendiğinde konuyla alakalı yapılan ilk yasal düzenlemenin 1910 yılında çıkarılan “Menafii Umumiyye Mütteallik İmtiyazat Hakkında Kanunu” olduğu tespit edilmiştir. Bu kanun ve 1953 yılında Bakanlar Kurulu kararı ile Adana ve Mersin illerinde elektrik üretimi, iletimi ve dağıtımını ile satışı konularında 49 yıl için Çukurova Elektrik A.Ş.'ye imtiyaz verilmiştir. İmtiyaz usulü kamu hizmetinin gördürülme usullerinden biri olarak değerlendirilse de modern anlamda KÖİ finansman modeli kapsamında değerlendirilmemektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2015).

1910 yılında elektrik üretim, iletim, dağıtım ve satışına ilişkin yasalaşan kanunu sağlık, ulaşım, atık yönetimi gibi daha spesifik alanlarda yoğunlaşan düzenlemelerin izlediği tespit edilmiştir. Yasalaşan bazı kanunlar ve ilgili kamu özel işbirliği modelleri şu şekildedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018):

1. Yap-işlet-devret modeline ilişkin:

- 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun
- 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımını ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun

2. Yap-kirala-devret modeline ilişkin:

- 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun
- 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu

3. Yap-işlet Modeline İlişkin:

- 4283 sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Yukarıda sayılan yasal düzenlemeler çerçevesinde Türkiye’de gerçekleştirilen KÖİ projelerine ilişkin güncel veriler şu şekildedir:

“1986 yılından 2017 sonuna kadar; 191 adedi işletmede, 34 adedi ise finansal kapanış ya da yapım aşamasında olmak üzere, toplam yatırım tutarı 2018 yılı fiyatlarıyla yaklaşık 61,7 milyar ABD Doları olan 225 KÖİ projesi uygulamaya konulmuştur. Bu projelerin toplam sözleşme değeri yaklaşık 135 milyar ABD Dolarıdır.” (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Veriler incelendiğinde KÖİ finansman modelinin Türkiye’de yoğun bir şekilde uygulandığı sonucuna ulaşılabilecektir. Nitekim 2019 yılı T.C. Cumhurbaşkanlığı Yıllık Raporu incelendiğinde KÖİ’ye ilişkin gelecek yıl hedefleri şu şekilde ifade edilmiştir:

“KÖİ yatırımlarında sözleşmelerden doğacak yükümlülüklerin kamu mali dengeleri üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulacak, proje süreçleri bütüncül olarak ele alınacak ve planlama, etüt, ihale, sözleşme gibi uygulama öncesi hazırlık süreçlerinin kalitesi artırılabilecektir. Bu amaçla başlatılan ve süreçlerin uluslararası uygulama örnekleri de dikkate alınarak iyileştirilmesini hedefleyen kamuda KÖİ kapasite geliştirme projesi tamamlanacak, projelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi etkin şekilde devam ettirilecektir.

KÖİ yönteminin, yatırımların gerçekleştirilmesinde maliyet etkinliği sağladığı durumlarda tercih edilmesine özen gösterilecek, muhtemel yük, getiri ve sorumlulukların kamu ile özel kesim arasında dengeli bir şekilde paylaşılmasına dikkat edilecektir.” (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2018, s:26).

Cumhurbaşkanlığı raporunun KÖİ finansman modeline ilişkin bölümü incelendiğinde, yatırımların KÖİ finansman modeli ile yapılmasına gelecek yılda da

devam edileceği ancak projelerin maliyetlerinin kamu mali dengeleri üzerindeki etkisine dikkat edileceği sonucu çıkarılmaktadır. Ek olarak, proje süreçlerinin kalitesinin iyileştirileceği ve maliyet etkinliğinin artırılması öngörülmektedir. Bu bağlamda mevcut durumda KÖİ finansman modeli ile hayata geçirilen projelerde sayılan hususlara ilişkin eksikliklerin olduğu sonucuna ulaşılabilecektir. KÖİ projelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesine ilişkin doğrudan yetkili bir kurumun olmayışı nedeniyle Türkiye’de denetim sürecinin etkin bir şekilde çalıştığı da söylenemeyecektir.

Yalçın (2014, s:121) çalışmasında, KÖİ’nin siyasal temellerini ve gelişimini incelemiştir. Çalışmada KÖİ’nin tarihsel gelişimini değerlendirebilmek için küreselleşme, neo-klasik iktisat anlayışı ve özelleştirme gibi kavramların da dikkate alınması gerektiği ifade edilmektedir. Nitekim KÖİ’ye giden süreçte öncelikle neo-klasik iktisat anlayışının, yani, devletin ekonomideki ağırlığını piyasadan çekmesi gösterilmektedir. Kamu hizmetinin gördürülmesi ise birçok ülkenin anayasasında yer alan yasal bir zorunluluk olduğundan, ortaya çıkan bu boşluk özel sektör tarafından doldurulacaktır. Böylelikle, serbest piyasa ekonomisinin henüz tam anlamıyla gelişmediği Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde modelin özel sektöre bir kaynak transfer mekanizması olarak kullanılabilmesi de ifade edilmektedir (Sönmez, 2018). Öte yandan, uzun yıllara yayılan sözleşme süreleri, kamu bütçesinden düzenli ödemelerin yapılmasını gerektiren projelerde kamu bütçesine ek yük getirebilmektedir. Özellikle sağlık alanında uygulanan yap-kirala-devret modelinde kamunun düzenli olarak her yıl ödediği kiralar kamu bütçesini sarsmaktadır (Toker, 2018).

Kulaksız (2018, s:1) çalışmasında, kamu hizmetlerinin devlet tarafından bizzat sunulmasının, özellikle 1980’den itibaren farklı bir şekilde sürdürülmesinin gerekçesi olarak, birçok hizmetin altyapı yatırımı gerektirdiğini, altyapı yatırımlarının ise yüksek finansman ihtiyacına neden olduğunu, buna karşıt olarak kamu kaynaklarının sınırlı olması ve bürokratik aşamalar nedeniyle kaynakların verimsiz bir şekilde kullanılması gibi nedenlerden dolayı KÖİ finansman modeline başvurulduğunu ifade etmektedir. Nüfusun artması, şehirleşmenin giderek yaygınlaşması ve toplumsal talepler karşısında kamu kesiminin performansının yetersiz kalması da modelin

yaygınlaşmasının sebepleri olarak gösterilmektedir (Kulaksız, 2018; Ökmen ve Canan, 2009). Sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinin de bu kapsamda değerlendirilebileceği, KÖİ yatırımlarının bilanço dışı hesaplarda takip edilmesi ile finansal kısıtların önüne geçildiği aktarılmaktadır. Ek olarak, özel sektörün dinamik ve esnek yapısı ile hizmet sunum maliyetlerinin daha ucuz ve daha hızlı olması gibi unsurlar da KÖİ'nin tercih edilme sebepleri olarak gösterilmektedir (Kulaksız, 2018).

1.3. Kamu Hizmetlerinin Gördürülme Usulleri

Kamu hizmeti, bir kamu kurumunun ya da gözetimi altındaki bir özel girişimin eliyle kamuya sağladığı hizmetler bütünü olarak tanımlanmaktadır (TÜBA, 2011). Hangi hizmetlerin kamu hizmeti olduğu konusunda ise uzlaşmaya varılamamakla birlikte genel olarak eğitim, sağlık, adalet, ulaşım gibi alanlarda kamunun aktif rol alması gerektiği görüşü yaygındır (Gülan, 1988). Bir hizmetin kamu hizmeti olarak sayılabilmesi için en az iki şartın sağlanması gerektiği ifade edilmektedir. Bunlardan ilki; hizmetin kamuya yöneltilmiş olması ve kamuya yararlı olması; ikincisi ise hizmetin kamu kurumlarınca veya kamu kurumlarının gözetim ve denetimi altında özel hukuk kişilerince yapılmasıdır (Sezer, 2008).

Kamu hizmetinin kökeni M.Ö. Babil Devleti'ndeki Hammurabi Kanunlarına dek gitmekle birlikte (Ün, 2014, s:10), özellikle Avrupa'da Sanayi Devrimi sonrasında ortaya çıkan şehirleşme olgusu, toplumun bazı temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında devletlere sorumluluklar yüklemiştir. Nitekim Türkiye Cumhuriyeti Anayasası kamu hizmeti olgusunu geniş bir kapsamda değerlendirmiş ve devlete sorumluluklar yüklemiştir (T.C. Anayasası, 1982).

Kamu kesimi sunmakla görevli olduğu kamu hizmetini doğrudan veya dolaylı olarak çeşitli yöntemler aracılığıyla yerine getirmektedir. Bu yöntemlerden birisi olan KÖİ finansman modeli ile kamu hizmeti arasında sıkı bir ilişki vardır. Şöyle ki KÖİ'ye konu hizmetlerin tümü kamu hizmeti niteliğine haizdir. Kamu hizmetleri doğrudan yerel veya merkezi yönetimlerin sorumluluğunda olan hizmetlerdir (Yalçın, 2014, s:37). Örneğin 2017 yılında Yüksek Planlama Kurulu'ndan (YPK) yetki alan projeler incelendiğinde projelerin sağlık, atık yönetimi ve ulaşım gibi temel kamu hizmeti

alanlarında olduğu tespit edilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Öte yandan, bazı kamu hizmetlerinin teknik bilgi gerektirmesi, işletme ile yatırım döneminde karşılaşılan bürokratik zorluklar ve finansman sorunu gibi nedenlerden dolayı kamu hizmetlerinin KÖİ'ye konu olduğu aktarılmaktadır (Eker, 2007, s:60).

Kamu hizmetleri doğrudan idare tarafından yerine getirilebildiği gibi özel kişiler tarafından da görülebilmektedir. Aşağıda kamu hizmetinin gördürülme usullerine ilişkin tanımlayıcı ve açıklayıcı bilgiler sıralanmıştır:

- **Emanet Usulü**

Emanet usulü, bir kamu hizmetinin yine kamu kesiminde yer alan tüzel kişilere gördürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Emanet usulünde, kamu hizmeti devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından doğrudan doğruya veya kendi örgütleri ile hizmetlerine tahsis ettikleri aynı ve şahsi vasıtalarıyla yerine getirilir (Yalçın, 2014, s:84). Ancak emanet usulü, 1 Ocak 2003 tarihinde yürürlüğe giren Kamu İhale Kanunu (KİK) ile kaldırılmıştır. Bu kanunla idarelerin kurmuş oldukları şirket, vakıf v.b. tüzel kişiliklerden mal alımları yasaklanmıştır (Günday, 2011; Keskin, 2006). Mevcut durumda merkezi ve yerel yönetimler, KÖİ projeleri hariç olmak üzere, gider yaptırıcı işlemler için KİK, gelir sağlayacak işlemler ise Devlet İhale Kanunu hükümlerine göre hareket ederek işlemlerini sürdürmektedir (Öztürk, 2018).

- **Müşterek Emanet Usulü**

Müşterek emanet usulünde idare tarafından kurulan bir işletme, özel sektör kişi ve kurumlarına gördürülmekte; hizmeti sunan özel kişi veya kurum, hizmetin giderlerini hizmetten yararlananlardan aldığı bedelle karşılamakta ve bir kazanç elde ettiğinde bunu idare ile paylaşmaktadır (Keskin, 2006). Müşterek emanet usulünün tek örneği, günümüzde neredeyse hiç uygulanmayan sahil fenerlerinin kurulması ve işletilmesi ile ilgili sözleşmelerdir (Özay, 1996, s:239).

Müşterek emanet usulünü diğer usullerden farklılaştıran bir özellik olarak sermaye ve zararın idareye ait olması gösterilmektedir (Ün, 2014, s:27).

- İltizam Usulü

İltizam usulünde idare tarafından kurulmuş bir hizmet, önceden kararlaştırılan götürü veya orantılı bir bedel karşılığında özel bir kişi veya kurum tarafından yürütülmektedir. İltizam usulü Osmanlı döneminde tarım ürünleri vergilerinin toplanmasında kullanılmıştır (Keskin, 2006).

İltizam usulüne ilişkin sözleşmelerin güncel bir örneği olarak, belediyelerin emlak vergisinin tahakkukundan tahsiline kadar her türlü hizmetin yapılmasını sağlayacak şekilde hizmeti özel kişilere devretmesi gösterilmektedir (Odyakmaz, 1998).

- İmtiyaz Usulü

İmtiyaz, idarenin bir özel kişi ile yaptığı sözleşme uyarınca belli bir kamu hizmetinin masrafları, kârı ve zararı özel sektöre ait olmak üzere, özel sektöre kurdurulması ve/veya işletilmesi usulüdür. İmtiyaz usulünde idareye imtiyaz veren, hizmeti gören özel kişiye imtiyaz sahibi veya imtiyazcı denmektedir (Keskin, 2006).

İmtiyaz usulüne başvurulmasının nedeni olarak, toplumsal ihtiyaçlar karşısında idarenin örgütlenmesinin zayıflığı, iş yoğunluğunun fazla olması veya kaynak (ödenek) bulmada yaşanan zorluklar gösterilmektedir (Yalçın, 2014, s:85). Uygulama gerekçeleri itibariyle KÖİ finansman modeli ve imtiyaz usulünün birbirine benzediği ileri sürülebilecektir. Ek olarak, imtiyaz sözleşmesinin idari bir sözleşme olması sebebiyle KÖİ finansman modeli ile sıklıkla karıştırılmaktadır. KÖİ finansman modelinde de bir imtiyaz vardır ancak bu imtiyazın şekli farklıdır. Şöyle ki, kamu imtiyazlarında, imtiyaz sahibinin risk konusu, işletilen hizmetten elde ettiği gelire ilişkindir, ancak KÖİ uygulamalarında kamu idaresi salt imtiyaz vermez, ayrıca imtiyaz alan kişiye sözleşmenin ödeme mekanizması çerçevesinde belirli ödemelerde yapar. Hâlbuki imtiyaz sözleşmesinde, özel şirketin gelir unsuru yalnızca ilgili kamu hizmetinden yararlanan kullanıcılarıdır (Ersöz, 2010).

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinin imtiyazdan farklı usûl ve esaslara tabi olduğu gerek yasal düzenlemeler gerekse de uygulama örnekleri çerçevesinde sabittir. Nitekim KÖİ finansman modelinde proje şirketi, sağlık yerleşkesini inşa edip yerleşke içerisindeki ticari alan işletmelerinden, tıbbi destek hizmetleri ile destek hizmetlerinin sunumundan gelir sağladığı gibi, ek olarak Sağlık Bakanlığı’ndan belli dönemlerde kira ödemesi alarak yapmış olduğu yatırımı finanse etmektedir (Pala, 2018, s:10).

- **Ruhsat Usulü**

Ruhsat usulü, bir kamu hizmetinin gördürülmesine ilişkin olarak ilgili kamu idaresince özel kişilere verilen tek taraflı bir izin işlemidir. Yerel yönetimler tarafından toplu taşıma hizmeti verilmesine yönelik olarak, merkezi yönetim tarafından ise özellikle eğitim ve sağlık alanında kamu hizmeti verilmesi amacıyla ruhsat usulü uygulanmaktadır (Gözübüyük, 2005; Günday, 2004).

Ruhsat usulünün uygulanma gerekçesi olarak idarenin yeterli örgütlenmeye sahip olmaması, finansman bulma sorunu veya özel sektörün teşvik edilmesi gibi ekonomik ve politik sebepler gösterilebilecektir. Ek olarak, ruhsat usulünün uygulanma süreçlerinin KÖİ’ye göre daha basit ve karmaşıklıktan uzak olması da tercih sebebi olarak ileri sürülebilir. Enerji alanında yapılan yatırımlar incelendiğinde KÖİ finansman modeli ile hayata geçirilen projelerin varlığı söz konusu olmakla birlikte, elektrik üretim ve satışına ilişkin olarak ilgili kişilerin Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu’na başvurarak ruhsat/lisans almaları gerekmektedir (EPDK, 2018; Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Açıklamalar çerçevesinde, kamu hizmetlerinin gördürülmesine ilişkin usuller ile KÖİ finansman modeli arasında çeşitli benzerlikler söz konusu olmakla birlikte, KÖİ finansman modelinin kendine özgü yapısının ve daha sistematik bir şekilde işleyen süreci göz önüne alındığında KÖİ finansman modelinin geçmiş uygulamalara kıyasla daha verimli ve etkili bir sistem olduğu düşünülmektedir. Ancak KÖİ finansman modeli ile yapılacak yatırımlara ilişkin projelerin tasarımının, planlamasının, finansal

ve teknik fizibilitelerinin gerçekçi bir şekilde yapılması hâlinde yukarıdaki sav geçerli olabilecektir.

1.4. Kamu Özel İşbirliğinin Genel Özellikleri

KÖİ finansman modelini incelemek amacıyla bir önceki bölümde yapılan tanımlar ve değerlendirmeler dikkate alınarak KÖİ uygulamalarının genel özelliklerine bu bölümde değinilecektir. Bu amaçla öncelikle literatürdeki çeşitli kaynaklarda sıralanan özellikler paylaşılacak, devamında ise bu özelliklere ilişkin değerlendirmelerde bulunulacaktır.

Delmon (2011, s:13) KÖİ'nin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır; verimlilik, risk paylaşımı, yaygın kullanım, uzun süreli hizmet sunumu, şeffaflık, teknoloji, yenilik ve know-how aktarımı ile finansmana ulaşımdaki kolaylık.

Yalçın (2014, s:42), KÖİ'nin özelliklerini verimlilik, uzun süreli sözleşmelerin varlığı, modele konu taraf sayısı, klasik kamu alım yöntemlerinden farklı oluşu, risk paylaşımı, özel sektörün aktif katılımı ve sözleşme yapısı.

Ek olarak; Alagöz ve Yokuş (2018), Boz (2013), Budayan (2018), Emek (2017), Karahanoğulları (2012), Kulaksız (2018), Noel ve Brzeski'nin de (2004) yukarıda sayılan özellikleri çalışmalarında değerlendirdikleri saptanmıştır.

1.4.1. Hesaplılık

KÖİ finansman modelinde hesaplılık, kamu sektörünün ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin projelerin uygulama sürecinde ortaya çıkan maliyetler ile söz konusu projelerden sağlanabilecek getiriler arasındaki dengenin en iyi şekilde kurulması olarak ifade edilmektedir. Özellikle yüksek yatırım bedeli olan altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesi ile kamu hizmetlerinin sunumunda, geleneksel ihale yöntemleri ile elde edilemeyen hesaplılığın sağlanması modelin en önemli özelliği olarak belirtilmektedir (Alican, 2008).

Delmon (2011, s:13) çalışmasında, kamu hizmetlerinin gördürülmesinde ticari bir yaklaşım ve maliyet-etkililik perspektifiyle hareket eden, girdi ile personel maliyetlerini göz önünde bulunduran özel sektörün verimli bir şekilde hareket edeceğini ifade etmektedir. Ayrıca özel sektörün kâr amacı gütmemesi nedeniyle iş süreçlerinde şeffaflık sağlanacağı da savunulmaktadır.

Yalçın (2014, s:57), devletin hizmet sunumunda üstlendiği risklerin maliyetli olduğuna dikkat çekerek risklerin bir kısmının özel sektöre devri ile altyapının daha az maliyetle yönetilebileceğini ve kamu kesiminin maliyetlerini azaltacağını savunmaktadır.

Öte yandan, KÖİ finansman modelinin uygulandığı tüm projeler için yukarıda sayılan önermeler ileri sürülemezdir (Şenel Tekin, 2010, s:15). Örneğin KÖİ finansman modelinde borçlanma özel sektör tarafından gerçekleştirildiği için kaynak maliyetinin daha yüksek olabileceği ve hizmet kalitesinin düşebileceği aktarılmaktadır (Keskin, 2011).

İngiltere Sayıştay'ı raporunda KÖİ finansman modelinin kamu kesimi açısından maliyeti yüksek bir uygulama olduğunu ileri sürmektedir. Şöyle ki, İngiltere Sayıştay'ı 2009 yılında yayımladığı bir raporunda 100'ün üzerinde projeyi incelemiş ve projelerin %20'sinin sözleşmelerden veya süreçler nedeniyle kamuya ek maliyet getirdiğini ifade etmiştir. Sayıştay, hizmet üretiminin başladığı noktada, kamu kaynaklarının yerinde kullanımı adına bütünlüklü bir proje değerlendirmesinin yapılması, model ile hedeflenen faydanın sağlanıp sağlanmadığının incelenmesi ve gelecekteki yatırımlar için modelin tercih edilip edilmemesinin tespitinin önemini vurgulamakta, ancak bu görevin herhangi bir kuruma verilmemiş olmasını eleştirmektedir. Ayrıca kamu kurumlarında yukarıda sayılan işlemleri yapabilecek yeterli sayıda nitelikli personel olmamasının da hesaplılığın tespiti adına bir dezavantaj olduğu ileri sürülmektedir (NAO, 2009, s:19).

Öncü (2018), Türkiye'de sağlık alanındaki projeleri örnek göstererek KÖİ'nin verimli olduğu tezine karşılık modelin verimsiz ve pahalı olduğunu ifade etmektedir. Modele taraf kurum sayısı ve modelin karmaşık yapısı dikkate alındığında hesaplılığın

hangi taraf için söz konusu olduğu tartışmaya açıktır. Örneğin Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinde, Sağlık Bakanlığı proje şirketlerine her yıl düzenli olarak kira ödemesi yapmaktadır. Bakanlık tarafından ödenecek olan kira tutarının nasıl belirlendiği, yatırım tutarı ve yatırımın geri dönüş süresi gibi kıstasların dikkatlice hesaplanması beklenmektedir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) verilerine göre bir şehir hastanesi projesinde ortalama 3 ila 5 yıl boyunca ödenecek kira bedelleri toplamı ile hastane yatırımının tamamının yapılması olanaklıdır. Sözleşme sürelerinin 25 yıl olduğu göz önüne alındığında 3 ila 5 yıldan sonraki kira ödemelerinin kamu bütçesine ek maliyet getireceği açıktır (Erbaş ve ark., 2012; Toker, 2018).

KÖİ yatırımlarının finansmanına ilişkin olarak dış borç ödeme projeksiyonunu araştıran Alagöz ve Yokuş (2018), proje şirketlerinin devlet garantisi altında yurtdışı kaynaklı sağladıkları kredilerin geri ödemelerinin tutarı ve yıllara göre artış göstermesinin önemi üzerinde durmuşlardır. Çalışma incelendiğinde Türkiye’deki mevcut KÖİ yatırım tutarlarına dikkat çekilmekte ve dış kaynaklı finansmanın döviz kurunda yaşanabilecek ani değer kazançları karşısında ek maliyete sebep olabileceği vurgulanmaktadır.

KÖİ finansman modeli, yatırım dönemi boyunca kamu bütçesinde ek bir maliyet artışı yaratmaması nedeniyle hesaplı olarak algılanmakta ve ülkelerin karşı karşıya kaldıkları ekonomik ve mali sorunlar ile yasal ve idari kısıtlamalara çözüm olan mucizevî bir formül olarak değerlendirilebilmektedir. Bunun nedeni, kamu hizmetlerinin sunumu esnasında zaman alan bürokratik işlemlerin, hizmetlerin özel kesim tarafından sunulması hâlinde ortadan kalkacağı ve hesaplılık açısından kâr amacı güden özel sektör firmalarının bu noktada etkili ve verimli hizmet sunumunda bulunma noktasında daha dikkatli hareket edeceğinin öngörülmesidir (Kulaksız, 2018). Aksine, KÖİ finansman modeli, büyük ve karmaşık kamu yatırım projelerinde kullanılan ve her projede farklı formlara bürünen bir modeldir. Bu nedenle, KÖİ finansman modelinin en iyi yöntem olup olmadığının belirlenmesi için her proje için ayrı ayrı proje değerlendirmesinin yapılması gerektiği ifade edilmektedir (Alican, 2008). Projelerin uzun vadeli sözleşmelere dayanması, ilgili sektördeki dalgalanmalar ve öngörülemeyen ticari ve politik risklere bağlı olarak proje değerlendirmeleri ve projelerin işletme sürecindeki çıktıları arasında fark olabilmektedir. Fark nedeniyle

ortaya çıkan zararlar kamu ve özel sektör arasında daha önce imzalanan sözleşme şartlarına göre paylaşılmaktadır (Öncü, 2018, s:14). Çalışma kapsamında sağlık alanı başta olmak üzere çeşitli KÖİ projelerine ilişkin sözleşmelere ulaşılamadığından sözleşmelerin içeriği hakkında bilgi verilememektedir. Ancak sağlık alanındaki projelerde, özel şirketlere verildiği iddia edilen yatak doluluk garantisi veya ulaşım alanındaki projelerde verilen araç geçiş sayısı gibi garantilerin verimlilik ve hesaplılık kriterleri ile bağdaşmadığı da bir gerçektir (Pala, 2018).

1.4.2. Özel Sektör Katılımı

Kamu hizmetlerinin gördürülmesinde geleneksel yöntemlerde süreç, işin ihale edilerek özel sektöre yaptırılması veya özelleştirme ile işin tamamen özel sektöre devri şeklinde gerçekleşmektedir (Öztürk, 2018). KÖİ finansman modeli uygulamalarında ise özelleştirme söz konusu olmamakta, ihale klasik alım yöntemlerinden farklı bir şekilde gerçekleşmektedir. Bu kapsamda KÖİ finansman modelinin ve özel sektörün rolünün bu başlık altında detaylıca incelenmesi yerinde olacaktır.

KÖİ finansman modelinde uzun vadeli bir sözleşme yer almakta ve sözleşme en az iki taraftan oluşmaktadır. Sözleşmeye taraf unsurlardan en önemlileri olarak kamu idaresi ve proje şirketi gösterilmektedir. Büyük ölçekli projelerde danışmanlık şirketleri ve finans kurumları gibi üçüncü taraflar da yer alabilmektedir (Yalçın, 2014, s:45). KÖİ finansman modelinde özel sektörün varlığı çeşitli açılardan değerlendirilmektedir. Risk paylaşımı, finansmana erişim, teknoloji, şeffaf yönetim, know-how aktarımı, hizmet kalitesi ve sorumluluk paylaşımı bunlardan bazılarıdır.

KÖİ finansman modeli ile yapılan projelerde geleneksel ihale yöntemlerinden farklı olarak, yüklenici, sadece yatırımın yapılması veya hizmetlerin belirli bir maliyetle sunulmasından değil, proje sürecinin tümünün yönetiminden sorumlu olduğundan, yükleniciden yenilikçi çözümlerle sözleşme boyunca sorunsuz ve etkili hizmet sunumu talep edilmekte ve gerekli kontroller sözleşme maddeleri uyarınca yapılabilmektedir (Alican, 2008). Örneğin İngiltere’de KÖİ finansman modeli çerçevesinde sağlık alanında yaklaşık 450 sözleşme imzalanarak işleri üstlenen *Carillion* şirketi 2018 yılında iflas etmiştir. İflas nedeniyle sağlık hizmet sunumunda

herhangi bir aksamanın olmaması amacıyla İngiltere hükümeti ek finansman sağlamak zorunda kalmıştır (Pala, 2018, s:8). Öte yandan, idare tarafından uygulanacak teşvik ve imtiyaz politikaları ile özel sektörün performansı iyileştirilerek hizmetin daha iyi standartlarda sunulması sağlanabilmektedir. Uygulamada idarelerin proje şirketine performans eksikliği gibi nedenlerden dolayı ödemelerinde kesinti veya ceza yoluna başvurduğu belirtilmektedir (Yalçın, 2014, s:44).

Kamusal hizmet sunumuna ilişkin dünyada yaşanan dönüşüm ile artan ve çeşitlenen beklentiler, hizmetlerin zamanında ve belirlenen bütçe kısıtları altında sunulmasına ek olarak, işletme sürecinin her aşamasının etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi, sunulan hizmetlerin sürekli bir şekilde ve istenilen kalite düzeyinde sunulmasını gerektirmektedir. Özel sektörün kamusal hizmet sunumunda yeni ve teknolojik yöntemlerden yararlanması, diğer taraftan da bunların en az maliyet ile en uygun fiyata gerçekleştirilmesi hizmetten faydalanacak olanlar tarafından talep edilen hususlar olarak sıralanmaktadır (Alican, 2008; Delmon, 2011). Şehir hastanelerine yönelik olarak özel sektörün işlevsellik sağlayabileceği tek unsur olarak gösterilen sağlık destek hizmetlerinden tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri gibi sair sağlık yan hizmetlerinin sunumunda tıbbi cihazların verimli kullanımı ve bakımlarının zamanında yapılması gibi hususlarda özel sektörün dinamik yapısının ve teknolojiye erişiminin hizmet kalitesini artırabileceği aktarılmaktadır (Çal, 2018, s:44).

Altyapı yatırımlarının yüksek maliyetli oluşu ve kamu idarelerinin bütçelerinin yeni yatırımlar için yetersiz kalması da özel sektörün projelere taraf olmasına neden olmaktadır. Delmon (2011, s:17) çalışmasında, finansman bulma noktasında özel sektöre önem atfetmiştir. Özel sektörün finansmana erişiminde kamuya kıyasla daha kolay ve ucuz erişim imkânına sahip olduğunu ileri süren görüşe karşıt olarak, merkezi hükümetlerin gerek yurt içi gerekse de yurt dışı piyasalardan daha düşük maliyetle borçlanma kapasitesine sahip olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (Çal, 2018, s:43; Karahanoğulları, 2012; Yalçın, 2014, s:44). Finansmana erişim konusunda özel sektörün mü kamu idaresinin mi daha avantajlı olduğu tartışmaya açıktır.

Kamu hizmetlerinin gördürülmesinde bürokratik aşamaların zaman alması ve kâr amacı gütmeyen idarelerin şeffaflıktan uzak yönetim anlayışına sahip olması

riskine karşıt olarak, özel sektörün şeffaf ve açık işlemleri nedeniyle özel sektörün proje üstlenimi neticesinde daha etkili ve verimli hizmet sunumunda bulunabileceği ileri sürülebilecektir (Delmon, 2011, s:15).

Kamu hizmetlerinin gördürülmesinde hizmetin doğrudan kamu tarafından sunulması esnasında riskin tamamı kamu idaresinde kalmaktadır. KÖİ finansman modelinde ise riskin bir bölümü özel sektöre devredilebilmektedir (Yalçın, 2014, s:46). Riskin tamamının kamu idaresinde olmaması da KÖİ finansman modelinin bir özelliği olarak ileri sürülebilecektir. Ancak bu husus kamu idaresinin yasalar çerçevesinde kendisine verilen görev üzerindeki sorumluluğunu sona erdirmemektedir.

1.4.3. Risk Paylaşımı

KÖİ finansman modeli uygulamalarının üçüncü özelliği sözleşmelerde risk paylaşımının yapılmasıdır. Delmon (2011, s:95), KÖİ finansman modeli ile gerçekleştirilen projelerin başarılı olma kriterleri olarak; işletilebilirlik, ticari olarak sürdürülebilirlik ve maliyet etkin risk paylaşımını işaret etmektedir. Tunç ve Özaraç (2015), KÖİ projelerinin başarılı olma ön koşulu olarak, projelerdeki muhtemel risk faktörlerinin tanımlanmasını ve analizinin etkili bir şekilde yapılmasını ifade etmektedir.

Özelleştirme yönteminde işletmenin devrolunmasıyla birlikte risk tamamen özel sektöre geçmektedir. Kamu kurumu tarafından hizmetin doğrudan sunulduğu durumlarda ise riskin tamamı idarededir. KÖİ finansman modelinde ise risk paylaşımı söz konusudur ve bu husus proje öncesi sözleşmelerde kararlaştırılmaktadır. Kararlaştırılan risk dağılımının yanı sıra risk unsurlarının fazlalığı nedeniyle kimi durumlarda sözleşmeler tekrar gözden geçirilebilmektedir. Hukuk literatüründe “emprevizyon” olarak adlandırılan bu olgu, öngörülemez risklerin meydana gelmesi sonucu gündeme gelebilmektedir (Kaplan, 2012).

Literatürdeki çalışmalarda KÖİ finansman modelinin barındırdığı risklerin sayısı ve çeşitleri dikkat çekmektedir. Yılmaz (2017), KÖİ finansman modeli

uygulamalarında planlama, tasarım, inşaat gibi proje öncesi dönem risklerinin ve işletme dönemindeki işletme riskleri, finansal riskler ve hukuki risklerin bulunduğunu ifade etmektedir. Tunç ve Öz Saraç (2015) çalışmalarında, proje risklerini kamu ve özel kesim riskleri olarak ayırmakla birlikte, Yılmaz'ın çalışmasında belirttiği riskler ile benzer riskleri çalışmalarında belirtmişlerdir. Delmon (2011, s:95) ise, KÖİ projelerinde var olan riskleri şöyle sıralamaktadır: politik riskler, yasal riskler, projenin sonuçlandırılmaması riski, performans riskleri, operasyonel riskler, finansman riskleri, döviz kuru riskleri, pazardan çıkış riski, çevresel ve sosyal riskler. KÖİ ile gerçekleştirilen projelerin uzun vadeli oluşu, genellikle yüksek maliyet gerektiren projeler olması gibi nedenlerden dolayı risk unsurları da çeşitlilik göstermektedir. Proje şirketlerinin uygulamada yatırımlarını ve yatırım kredilerini riskten korunma amacıyla sigortaladıkları gözlemlenmekle birlikte, kamu kesimi tarafından projelere yönelik olarak verilen talep ve/veya hazine garantileri gibi uygulamaların da özel sektörün üstlendiği riskleri hafifletme noktasında etkili olduğu ileri sürülebilecektir (Erbaş, 2016).

Çekirge (2006, s:7) çalışmasında, risk paylaşımına ilişkin olarak proje bazlı bir değerlendirme yapılmasının önemine dikkat çekmiş ve projenin KÖİ finansman modeline uygun bir proje olup olmadığının tespitinin proje hazırlık sürecinin en önemli aşaması olduğunu ifade etmiştir. Bu görüşe uygun olarak 3996 Sayılı Kanun'da da KÖİ'ye konu olacak projelerin yüksek finansman ihtiyacı ve ileri teknolojik özellikler içermesi gerektiği ifade edilmiştir (3996 sayılı Kanun, 1994).

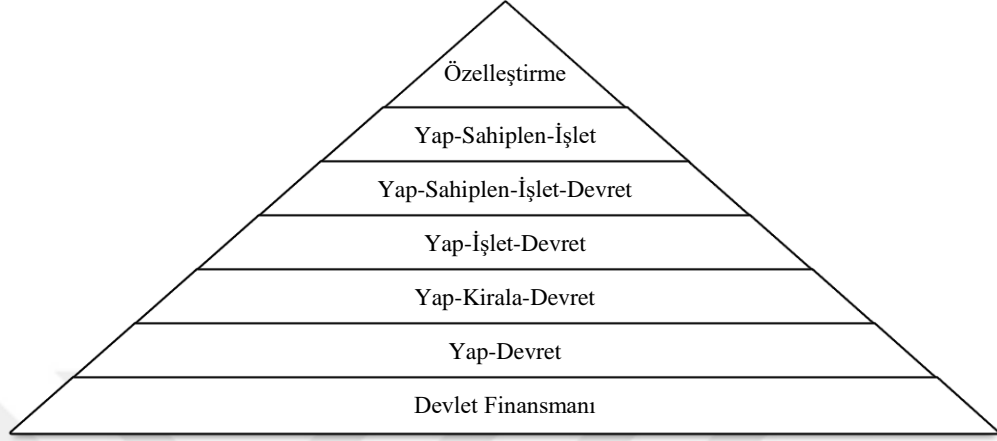
Karahanoğulları (2012) çalışmasında, KÖİ finansman modelini benimseyen varsayımların görüşünü; büyük ölçekli yatırımların verimliliğini arttırabilmek için toplam riskin kamu ve özel sektör arasında paylaştırılabileceği ve maliyetlerin azalabileceği şeklinde aktarmaktadır. Ek olarak, projeyi üstlenen şirketlerin proje risklerini yalnızca ilgili proje ile sınırlandırmak istediklerini, bu amaçla İngiltere ve Türkiye örneklerinde özel amaçlı şirketlerin kurulduğunu ifade etmektedir. Ancak her ne kadar risklerin ilgili proje ile sınırlı kalacağı değerlendirilse de, riskin maliyetinin bir kamusal risk ve sorun olarak toplumun karşısına çıktığı ifade edilmektedir.

Çizelge 1.1. Özel Sektöre Transfer Edilebilen ve Edilemeyen Riskler (Tekler, 2008)

	Özel Sektöre Transfer Edilen Riskler	Özel Sektöre Transfer Edilemeyen Riskler
1.Tasarım ve Geliştirme Safhası		
Tasarım Riski	Tesisin kamuya en yararlı hizmeti sunacak şekilde tasarlanması.	Kamu yararı gereklerinin özel şirkete ayrıntılı olarak aktarılmasından sorumludur.
Teknoloji ve Eskime Riski	En yeni teknoloji kullanımının ve sürekliliğinin garanti edilmesi.	
2.İnşaat Safhası		
İnşaat Riski	Geciken projeler için devlete cezalı ödeme yapılması.	
Yasal Riskler		Yasal değişiklikler sonucu özel şirketin zararını devlet üstlenir.
3.İşletme Safhası		
Performans Riski	Sözleşme standartlarına uyulmaması durumunda şirket tazminat öder.	
İşletme Maliyeti Riski	Risk paylaşımı sözleşmede kararlaştırılır.	Risk paylaşımı sözleşmede kararlaştırılır.
Talep Riski		Devlet asgari hizmet geliri garantisi sunar.
Artık Değer Riski	Projenin ekonomik ömrü sonunda, tesis özel şirkette kalırsa bakım ve onarım maliyeti.	Projenin ekonomik ömrü sonunda, tesis kamuya geçtiğinde bakım, onarım ve işletme maliyeti.

Çizelge 1.1.'de yukarıda sayılan riskler detaylı olarak gösterilmiştir. Buna göre riskler üç döneme ayrılmıştır. Projenin tasarım ve geliştirme safhasında, tasarım ile teknoloji ve eskime riski yer almaktadır. Tesisin kamuya en yararlı hizmet sunacak şekilde sunulması ile en yeni teknoloji kullanımının ve sürekliliğinin garanti edilmesi özel sektörün sorumluluğunda iken, kamu yararı gereklerinin özel şirkete ayrıntılı olarak aktarılmasından kamu idaresi sorumludur. Projenin inşaat safhasında, inşaat riski ile yasal riskler yer almaktadır. Geciken projeler için özel sektörün kamuya ödeme yapması gerekirken, yasal değişiklikler sonucu özel şirketin zararının devlet tarafından üstlenileceği belirtilmiştir. Projenin işletme safhasında, performans riski, işletme maliyeti riski, talep riski ve artık değer riski yer almaktadır. Sözleşme standartlarına uyulmaması durumunda şirketin tazminat ödemesi, risk paylaşımının sözleşmede kararlaştırılması ve projenin ekonomik ömrü sonunda tesis özel şirkette kalırsa bakım ve onarım maliyetinin özel şirket tarafından karşılanması özel sektöre transfer edilebilen riskler olarak sıralanmıştır. Devletin asgari hizmet geliri garantisi sunması ve projenin ekonomik ömrü sonunda tesis kamuya geçtiğinde bakım, onarım ve işletme maliyetinin özel sektöre devredilememesi ise kamunun üzerinde kalan

riskler olarak sıralanmıştır. Risk paylaşımının sözleşmede kararlaştırılması nedeniyle özel sektöre transfer edilebilen ve edilemeyen riskler olarak belirtilmesi dikkat çekmektedir.



Şekil 1.1. Özel Sektörün Proje Risklerine ve Yönetime Katılma Derecesi (Teker, 2008)

Şekil 1.1.'de kamu hizmetlerinin gördürülmesine ilişkin uygulamalar ve özel sektörün yönetime katılma derecesi piramit aracılığıyla paylaşılmıştır. Piramit incelendiğinde özel sektör riskinin, piramidin tepesine doğru giden modellerde arttığı değerlendirilmektedir. Kamu hizmetlerinin gördürülmesi başlığı altında detaylandırılan özelleştirme tekniğinde risk tamamen özel sektörde iken, kamunun finanse ettiği projelerde ise riskin tamamı idarededir. Piramidin ortasında yer alan finansman modelleri ise KÖİ finansman modelinin alt unsurları olup, risk paylaşımı projelere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli olan yap-kirala-devret modelinin piramitte orta alanda yer alması dikkat çekmektedir. Piramide göre, risk paylaşımı kamu ve özel sektör arasında hakkaniyetli dağıtılmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından verildiği iddia edilen talep garantileri ve Hazine tarafından verilen hazine garantileri nedeniyle kamu kesimi üzerindeki risk yükünün de arttığı düşünülmektedir (Öncü, 2018, s:14).

1.4.4.Uzun Vadeli Sözleşme

KÖİ finansman modelinin bir diğer özelliği, taraflar arasında imzalanan uygulama sözleşmelerinin süresine ilişkindir. KÖİ finansman modeli ile

gerçekleştirilen projelerin sözleşmelerinde sürelerinin yatırım ve işletme dönemi olarak ayrıma tabi tutulması, projelerin finansal sürdürülebilirliği ve taraflar arasındaki risk paylaşımı ve maliyet unsurları açısından önem taşımaktadır (Boz, 2013; Kalkınma Bakanlığı, 2015; Şenel Tekin, 2010, s:6).

Çalışmanın hazırlandığı dönem itibariyle yapım aşamasında olan ve KÖİ finansman modeliyle gerçekleştirilen projelerden birisi olan İstanbul Yeni Havalimanı projesinde sözleşme süresi 25 yıl, Kuzey Marmara Otoyolu projesinde ise 2 yıl 6 ay yatırım ve 7 yıl 8 ay 20 günlük işletme süresi öngörülmüştür. Sağlık alanında gerçekleştirilen projelerden Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü ve Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü projelerinde yatırım süresi 3,5 yıl, işletme süresi ise 25 yıl olarak öngörülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Sürelerin hesaplanmasında projelerin fizibilite çalışmalarında ulaşılan kârlılık değerleri, yatırımın ekonomik ömrü gibi unsurlar dikkate alınmakta ve nihai olarak Cumhurbaşkanlığından yetki alma aşamasında netleştirilmektedir. Ayrıca, 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'da da sözleşme süresinin 30 yılı aşmayacağı şeklinde bir üst limit belirlenmiştir (Çakır, 2016, s:33).

Noel ve Brzeski (2004) ile Delmon (2011, s:19) çalışmalarında, KÖİ finansman modelinin uzun vadeli yapısının beraberinde risk paylaşımı, finansmana erişim ve özel sektörün projeyi üstlenmesi gibi hususlarda etkili olduğunu ifade etmektedirler. Alagöz ve Yokuş (2018) çalışmalarında, KÖİ finansman modelinin uygulandığı projelerin sürelerinin genellikle 10-15 yıl olduğunu ifade etmekte ve projelerin mali açıdan sürdürülebilirliği için uzun vadeli bir gelir akışının önemini vurgulamaktadır. Bunun nedeni olarak projelerin uzun süreli finansmana ihtiyaç duyması ve uzun vadede ortaya çıkan kredinin geri ödenmeme riski gösterilebilecektir (Kulaksız, 2018, s:13). Gerçekten de projelerin uzun sürelerle yayılması beraberinde yönetim, sürdürülebilirlik ve yıpranma gibi sorunları getirebilmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012). Bunun sonucunda ise kamu hizmetlerinin aksayabileceği ve kamu vicdanının olumsuz etkilenebileceği aktarılmaktadır (Yalçın, 2016). İngiltere'de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinde çeşitli hizmetler için şirketlere ödemeler

yapıldığı, yapılan ödemelerin maliyetinin ise 30 yıl içinde 996 milyon dolara ulaşabileceği ifade edilmektedir. Uzun yıllara yayılan borç ödemelerinin ise kamu kesimine ek maliyet doğurduğu aktarılmaktadır (Jubilee Debt Campaign, 2017).

KÖİ finansman modeli ile uzun süreli projelerin yapılması, yatırım ülkesine olan güven açısından olumlu bir unsur olarak değerlendirilebilecektir. Türkiye Yatırım Destek ve Tanıtma Ajansı'nın hazırlamış olduğu raporda bu husus belirtilmektedir. Rapora göre, 1986-2017 yılları arası 225 adet KÖİ projesinin hayata geçirilmesi Türkiye'nin yatırım yapılabilir bir ülke olduğu savını temellendirmektedir (Yatırım Destek ve Tanıtma Ajansı, 2018). Şenel Tekin (2010, s:13) çalışmasında, KÖİ projelerinin geniş bir vade aralığında olmasının kamu sektörünün varlık oluşumu ve yönetimi konusunda uzun vadeli bir yaklaşımı teşvik edeceğini ifade etmektedir. Böylelikle kaliteli hizmetlerin uzun vadede minimum maliyet ile sürdürülebileceği aktarılmaktadır. Ek olarak, KÖİ finansman modelinin kamu finansmanı üzerindeki kısa vadeli baskıyı azalttığı, dolayısıyla hükümetler açısından modelin kısa vadede avantajlı bir model olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

KÖİ finansman modelinin uzun vadeli sözleşmeler içermesini kamu kesimi açısından inceleyen Karahanoğulları (2012), modelin kamu otoritelerinin planlama becerisini kısıtladığını ve uzun vadede maliyetli bir model olduğunu aktarmaktadır. Ayrıca proje şirketlerine yapılan düzenli kira, hizmet vb. ödemelerin bütçe esnekliğini azalttığı ifade edilmektedir (Karahanoğulları, 2012; Şenel Tekin, 2010, s: 21). Bütçe esnekliğinin azalması ise, kamu bütçesinin dönemsel koşullara göre yeniden ayarlanabilme imkânını azaltmaktadır.

Emek (2017) çalışmasında, SDP ile KÖİ finansman modeli arasında bağlantı kurmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın gelecek dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililik ve etkinlik kriterlerini hedeflemesi ve tüm vatandaşların hizmetlere eşit biçimde erişiminin sağlanması amacıyla yeni sağlık yatırımlarının yapılmasına karar verdiği aktarılmaktadır. Sağlık yatırımlarının yapılmasında ise KÖİ finansman modelinin uygulanacak en uygun model olduğu konusunda karar kılınmıştır. Geline aşamada özel ortakların finansman sağlama süresi ile yatırıma başladıkları tarih arasındaki fark açıldıkça projelerin maliyetlerinin arttığı ve dışsal faktörlerin de

etkisiyle programda öngörülen yatırımların bütçe ve zaman diliminde gerçekleştirilemediği ifade edilmektedir. Özel ortakların finansmana erişiminde yaşanan sorunun gerekçesi olarak ise finansal kurumların KÖİ projelerini kredilendirme hususunda isteksiz olmaları gösterilmektedir.

1.4.5. Klasik Alım Yöntemi Olmaması

Kamu hizmetlerinin gördürülmesine ilişkin yöntemlerle yakın ilişkisi olan alım yöntemleri de değişen ekonomi politikaları çerçevesinde dönüşüme uğramıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren KİK ile birlikte kamu idareleri mal, hizmet ve danışmanlık hizmet alımlarını kanunda belirtilen üst limitler çerçevesinde doğrudan temin, pazarlık usulü, belli istekliler arasında ihale usulü ve açık ihale usulü ile gerçekleştirmektedir (Öztürk, 2018). Ancak KÖİ projelerinde mal ve hizmet alımından ziyade yeni bir yatırım yapılmakta ve yatırım aşamasındaki finansman sağlama ihtiyacını proje şirketleri karşılamaktadır (Karasu, 2011). Projelerin işletme döneminde ise özel sektör hizmeti işletici konumunda olduğundan KİK'te belirtilen alım yöntemlerine tabi değildir. Sağlık Bakanlığı KÖİ projelerinde yalnızca çekirdek sağlık hizmet sunumundan sorumludur ve genellikle klasik usulde danışmanlık hizmeti olarak proje süreçlerini hukuki, mali ve teknik açılardan denetlemektedir (Karahanoğulları, 2012).

KÖİ finansman modeli, kamu hizmetinin gördürülmesine ilişkin geleneksel alım yöntemlerinden barındırdığı usul, esas ve süreçler bakımından farklılık göstermektedir. Örneğin KÖİ finansman modelinin kamu hizmetinin gördürülmesine ilişkin diğer yöntemlerden farklı olarak performansa dayalı bir ödeme sistemini içerdiği aktarılmaktadır. Kamu sektöründe ödemeler, mal ve hizmet sunumunun ardından herhangi bir performans değerlendirmesine tabi tutulmadan yapılmaktadır (Sarısu, 2007). Ancak KÖİ finansman modeli ile gerçekleştirilen projelere ilişkin kamu tarafından özel şirkete veya şirketlere yapılacak ödemeler performans kriterine tabi tutulabilecektir. Türkiye'de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli uygulamalarında ise özel sektöre verildiği iddia edilen çeşitli garantiler bir performanstan ziyade özel sektör için bir güvence gibi görülse de teorik olarak performansa dayalı ödeme sistemi de uygulanabilmektedir. Örneğin T.C. Ulaştırma

Bakanlığı tarafından KÖİ finansman modeli ile yaptırılan köprü ve otoyol projelerinde, geçen araç sayısı arttıkça proje şirketinin geliri de artmaktadır (Teker ve ark., 2013).

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli ile inşa edilen şehir hastanesi projelerinde şirketlere yapılacak ödemelerin yatırım aşamasında değil, işletme döneminde yapılacağı kararlaştırılmış ve ödemelerin Sağlık Bakanlığı’nın merkezi bütçesinden ve hastanelerin döner sermaye gelirleri ile karşılanacağı öngörülmüştür (Çakır, 2016, s:33).

Pala (2018, s:10) çalışmasında, sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerindeki görevli şirketlerden alınan hizmetlere dikkat çekerek proje şirketlerinin gelirlerini alım yöntemleri ile bağlantı kurarak şu şekilde özetlemektedir: “*Şehir hastanelerindeki ticari alan gelirleri ihaleyi alan şirketlere bırakılmakta, tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri ihaleyi alan şirketler tarafından sunulmaktadır. Sözleşme süresi boyunca şirketlere kira ve bakım/onarım için ‘kullanım bedeli’, tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri için ‘hizmet bedeli’ adı altında ödeme yapılacaktır. Ayrıca hizmet bedellerinin hastanelerin döner sermayelerinden karşılanması planlanmaktadır.*” Pala’ya göre, görevli proje şirketleri KÖİ finansman modelinde herhangi bir klasik ihale usulü ile gelir sağlamamaktadır. Onun yerine verilen hizmet ve yapılan yatırımın karşılığı olarak kira ve hizmet bedellerini herhangi bir ihaleye tabi olmadan doğrudan Sağlık Bakanlığı’ndan tahsil etmektedir. Ancak, KÖİ projelerinde Cumhurbaşkanlığı’ndan ihale yetkisi alınmasından sonra, istekli şirketler klasik ihale yöntemlerine tabi tutularak en uygun proje şirketi seçilmektedir. İhale ilanları ise T.C. Resmi Gazete’de yayımlanarak kamuoyuna duyurulmaktadır.

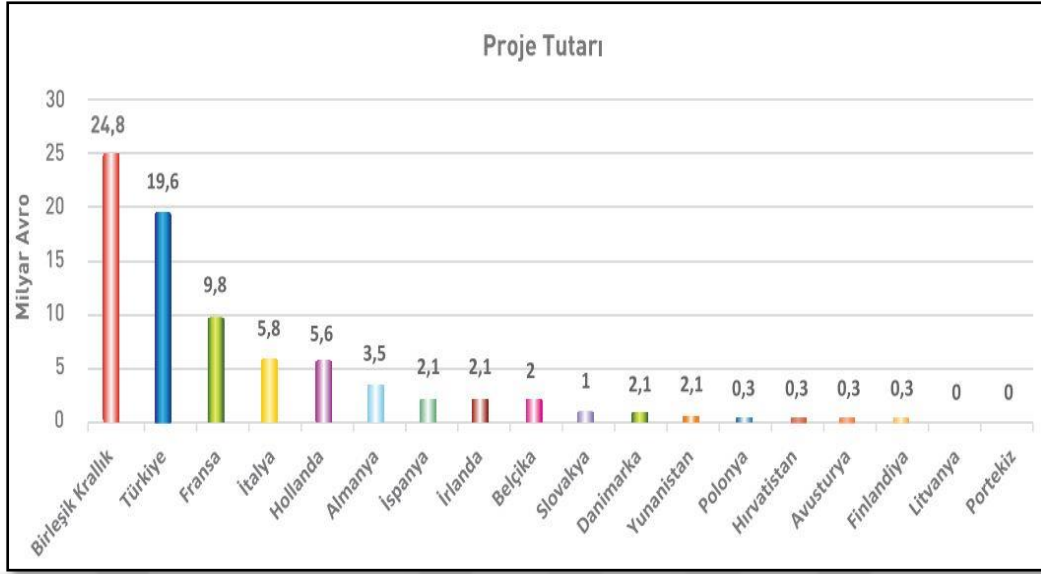
1.4.6. Yaygın Kullanım

Neo-klasik iktisat anlayışı çerçevesinde 1970’li yıllardan başlayarak kamu kesimine uluslararası finans kuruluşları tarafından düzenleyici ve denetleyici rol verilmiş olup, kamunun özellikle altyapı yatırımları gibi yüksek finansman ihtiyacı gerektiren yatırımlardan kaçınması, bunun yerine yatırımların özel sektör tarafından yapılması ve geçmişte kurulmuş olan iktisadi teşebbüslerin özelleştirme yoluyla özel

sektöre devri kararlaştırılmıştır. Bu süreç içerisinde KÖİ finansman modeli ilgili sektörlerle uyarlanarak uygulanmaya başlanmış ve Dünya Bankası bu girişimleri desteklemiştir (Karahanoğulları, 2012). Ek olarak artan bütçe açıkları, bilgi teknolojilerinde yaşanan gelişmeler ve kamu idarelerinin toplumsal talepler karşısında kamusal hizmet sunumunda yetersiz kalması gibi unsurlar KÖİ finansman modelinin yaygınlaşmasının gerekçesi olarak gösterilmektedir (Ökmen ve Canan, 2009).

Mooney (2014) çalışmasında, sağlık hizmetleri ile özel sektör (yükleniciler, ilaç firmaları dâhil) arasındaki ilişkiyi kamu kesimi yönünden incelemiş ve başta sağlık hizmetleri olmak üzere kamu hizmetlerinin gördürülmesinde özel sektörün taraflara yaptığı baskıyı dile getirmiştir. Türkiye’de KÖİ finansman modelinin SDP’nin ilk fazının tamamlanmasının ardından uygulanmaya başlaması da bu kapsamda değerlendirilebilecektir. Türkiye’nin mevcut sağlık finansman sisteminde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin yapısal reformların yapılamamış olması, buna karşılık SDP ile hizmetlerin bir anlamda özelleştirilmesi, KÖİ finansman modeli ile kamunun sorumluluğunu özel sektöre devredebilmesi de modelin yaygınlaşmasının bir gerekçesi olarak ileri sürülebilecektir (Yenimahalleli Yaşar, 2007, s:291).

KÖİ finansman modelinin başta sağlık sektörü olmak üzere bir çok alanda yaygınlaştığı çeşitli çalışmalarda dile getirilmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012; Budayan, 2018; Çınar ve ark, 2017; Kalkınma Bakanlığı, 2018). 2018 yılı itibariyle Türkiye’de KÖİ finansman modeli ile 8 şehir hastanesi işletme aşamasına geçmiş olup 13 şehir hastanesinin ise yapımı devam etmektedir. Şehir hastanelerine ek olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı Halk Sağlığı Kurumu ile İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu binaları da KÖİ finansman modeli ile yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018a). Yatırım Destek ve Tanıtma Ajansı’nın 2018 yılı raporu incelendiğinde, 1986-2017 yılları arasında Türkiye’de KÖİ finansman modelinin uygulandığı projelerin sözleşme bedelinin yaklaşık 135 milyar dolar olduğu, proje sayısının ise 1986-2017 yılları arasında 225’e ulaştığı ifade edilmektedir. Türkiye’nin 2018 yılı bütçesinin yaklaşık 140 milyar dolar olduğu dikkate alındığında yatırım tutarının büyüklüğü ortaya çıkacaktır (www.resmigazete.gov.tr, 2017). Türkiye’deki yatırım tutarlarının ekonomik büyüklüğü dikkat çekmekle birlikte henüz Birleşik Krallık’taki seviyeye ulaşmamıştır. Şekil 1.2.’de bu husus grafik aracılığıyla gösterilmiştir.



Şekil 1.2. AB Ülkeler Bazında Proje Tutarları (Milyar Avro) (2013-2016) (EPEC, 2016: akt., Kalkınma Bakanlığı, 2018)

Şekil 1.2.'ye göre Türkiye AB üye ülkeleri arasında KÖİ yatırım tutarları bakımından Birleşik Krallık'tan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye'nin dinamik genç nüfusu, coğrafi konumu ve şehirlerinin artan altyapı ihtiyacı, yeni yatırımların gerekliliğini ortaya koymaktadır (Yatırım Destek ve Tanıtma Ajansı, 2018).



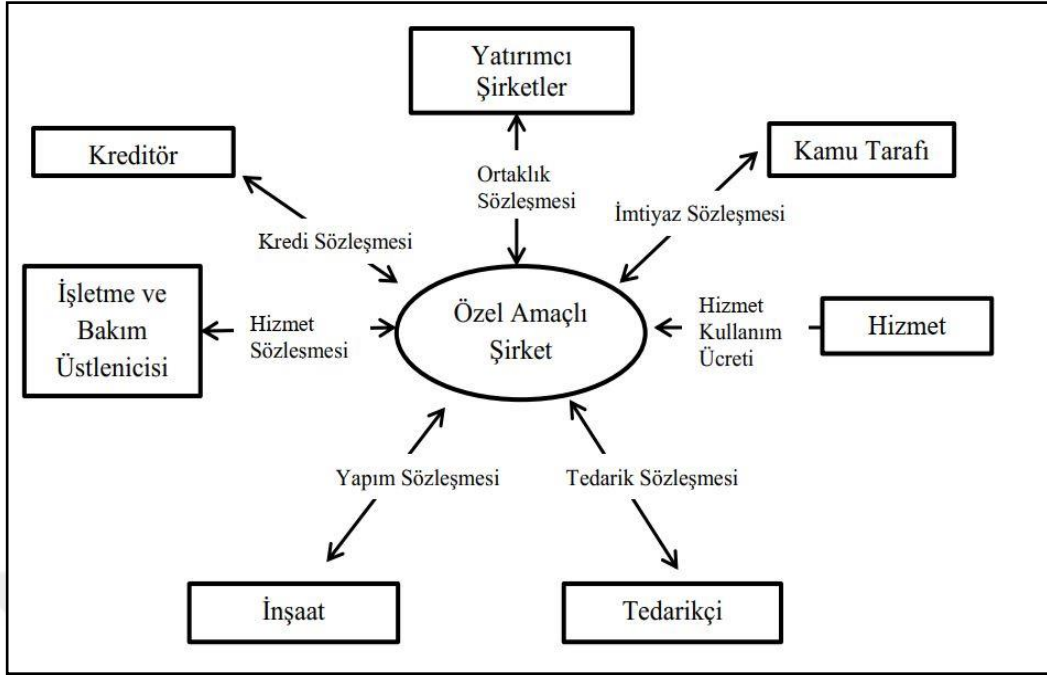
Şekil 1.3. AB KÖİ Projelerinin Sektörel Dağılımı (2016) (EPEC, 2016: akt., Kalkınma Bakanlığı, 2018)

Şekil 1.3.'te Avrupa Birliği (AB) üye ülkelerindeki KÖİ projelerinin sektörel dağılımı paylaşılmıştır. Şekil 1.3. incelendiğinde başlıca yatırımların ulaşım, sağlık, eğitim, savunma ve çevre sektörlerinde gerçekleştirildiği görülmektedir. Ulaşım sektöründe toplam yatırım tutarı yaklaşık 40 milyar avro, sağlık sektöründe yatırım tutarı yaklaşık 25 milyar avro, eğitim sektöründe yatırım tutarı ise yaklaşık 15 milyar avro tutarındadır (EPEC, 2016: akt., Kalkınma Bakanlığı, 2018).

1.5. Kamu Özel İşbirliğinin Tarafları

KÖİ finansman modeline ilişkin yapılan açıklamalarda, KÖİ finansman modeli ile gerçekleştirilen projelerin sözleşme yapılarının ve süreçlerinin diğer kamu hizmetlerinin gördürülme usullerinden farklı olduğu ve her bir projenin kendine özgü özellikler barındırdığı aktarılmıştır. KÖİ finansman modelinin farkının sebebi olarak ise KÖİ'nin uygulandığı projelerdeki proje gelir-gider unsurları, risk paylaşımı ile sözleşme yapısı gibi unsurlar gösterilmektedir (Karahanoğulları, 2012; Şenel Tekin, 2010, s:6). Ayrıca modelin bir kamu alım usulü mü, örgütlenme biçimi mi, hizmet sunma yöntemi mi veya finansman yöntemi mi olduğuna ilişkin net bir sonuca varılamamaktadır. Modelin sayılan tüm yöntemlerden özellikler barındırdığı ifade edilmektedir (Karasu, 2011).

Kamu idaresi tarafından ihtiyacın tespiti ve idarenin Cumhurbaşkanlığı'na başvurarak yetki almasından başlayarak tesislerin sözleşme sonunda sorunsuz bir şekilde idareye devredilmesi gibi aşamalar sürecinde projeye birçok taraf dâhil olmaktadır. Yalçın (2014, s:43) çalışmasında, KÖİ projelerinin en az iki tarafı içerdiğini, bir tarafın kamu idaresi olmasının ise zorunlu olduğunu ifade etmektedir. Delmon (2011, s:17), KÖİ finansman modelindeki tarafları çalışmasında detaylıca sıralamıştır. Buna göre; kamu idareleri, sermayedarlar, proje şirketleri, finans kuruluşları, danışmanlık şirketleri, sigorta kuruluşları, çokuluslu kuruluşlar, ihracat kredi kuruluşları, hizmetten faydalanan vatandaşlar, tedarikçiler, meslek örgütleri ve inşaat yüklenicileri KÖİ projelerine doğrudan veya dolaylı olarak taraf olan kişi veya kurumlardır.



Şekil 1.4. KÖİ Projelerinin Yapısı ve Tarafları (World Bank Group, 2016: akt., Kulaksız, 2018, s:8)

Şekil 1.4.'te KÖİ projelerinin yapısı ve modele taraf kurumlar şekil aracılığıyla gösterilmiştir. Şekil 1.4.'e göre, örnek bir KÖİ projesinde özel amaçlı bir şirket kurulmakta ve özel amaçlı şirket yatırım ile işletme döneminde kamu idareleri, yatırımcı şirketler, kreditorler, inşaat firmaları, tedarikçiler, hizmetten faydalananlar ve işletme, bakım üstlenicileri ile çeşitli sözleşmeler imzalayarak sorumluluğundaki iş ve işlemleri yerine getirmektedir.

Projelerin planlama ve tasarım aşamalarından başlayarak sonuçlanmasına kadar geçen süreç içerisinde rol oynayan taraflar; amaçları, görev ve sorumlulukları dikkate alınarak bu bölümde açıklanacaktır. Ek olarak, taraf sayısının fazla olması nedeniyle KÖİ projelerindeki tüm aktörler yerine bir KÖİ projesinde olması gerekli aktörler detaylıca incelenmiş, diğer taraflar ise yalnızca sıralanmıştır.

1.5.1. Kamu İdareleri

KÖİ finansman modelinde kamu idarelerini süreçteki en önemli aktör olarak nitelendirmek yerinde olacaktır (Yalçın, 2014, s:43). Projelerin bu model ile hayata

geçirilmesi için öncelikli olarak kamu idarelerinin ve yöneticilerinin ilgili kamu hizmetine dönük ihtiyaç tespiti yapması ve projenin KÖİ finansman modeli çerçevesinde yaptırılması için gerekli idari süreçleri başlatması gerekmektedir (Karasu, 2011).

Kamu idarelerinin tanımları ise mevzuatta çeşitlilik göstermektedir. Örneğin 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 1. maddesinde “*İdare, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatlarının ilgili birimi ile taşra teşkilatlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları*” şeklinde tanımlanmaktadır. 3996 sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetleri Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanunun 3. maddesinde idare; “*Yüksek Planlama Kurulunca bu kanunda öngörülen yatırım ve hizmetleri yap-işlet-devret modeli çerçevesinde yaptırmak üzere sermaye şirketi veya yabancı şirket ile sözleşme yapmaya yetkili kılınan ve hizmetin asli sahibi olan kurum ve kuruluşlarını (kamu iktisadi teşebbüsleri ve fonları dâhil) ifade eder*”. Dolayısıyla sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerinde kamuyu temsil eden kurum, 6428 ve 3996 sayılı kanunlara göre, T.C. Sağlık Bakanlığıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı ilgili proje ve süreçlerinin takip ve denetiminden sorumludur.

KÖİ projeleri boyunca modele taraf aktörlerin bir ağ etrafında, her aktörün kendi amaçları saklı kalmak kaydıyla bir araya geldikleri ve aralarında herhangi bir hiyerarşik yapının olmadığı ifade edilmektedir (Şenel Tekin, 2010, s:35). Ancak kamu idareleri KÖİ projesinin ihalesi esnasında işi istediğı proje şirketine verip vermemekte serbesttir (www.resmigazete.gov.tr, 2018a).

KÖİ finansman modelinde her aktörün proje süresince farklı görevleri vardır. Çekirge (2006, s:13), kamu idarelerin görevlerini uygulama aşamalarına göre şöyle sıralamaktadır; avam projenin hazırlanması, çevresel etki değerlendirme raporunun alınması, YPK’dan yetki alınması, ihale dokümantasyonunun hazırlanması, ihale sürecinin yönetilmesi, kamulaştırmaların yapılması. Çakır (2016, s:34), kamu idarelerinin kamu hizmetinin gördürülmesine ilişkin sorumluluklarını KÖİ finansman modeli uygulamaları için şöyle sıralamaktadır; projeye konu hizmetin önceliklerini ve

hedeflerini belirlemek, koordinasyonunu ve planlamasını yapmak, güvenlik, kalite ve performans kriterlerini belirlemek. Süreç içerisinde aktörleri etkileyen çeşitli yasal ve idari düzenlemeler de yapılmaktadır. Örneğin kamu idarelerinin KÖİ projeleri için ihale yapma yetkisini 3996 sayılı kanun gereği YPK'dan alma usulü, 3 Ağustos 2018 tarihli Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile değiştirilmiştir. Buna göre bir projenin KÖİ finansman modeli ile yapılması hakkındaki nihai karar Cumhurbaşkanı tarafından verilmektedir (www.resmigazete.gov.tr, 2018b). Dolayısıyla bu tarihten itibaren kamu idareleri hazırladıkları proje teklifleri için Cumhurbaşkanlığı'na başvurmak zorundadır.

Kamu idarelerinin kamu hizmetinin gördürülmesine ilişkin görev sorumluluklarının dayanağını incelemek amacıyla T.C.'nin yürürlükteki Anayasası'nı incelemek yerinde olacaktır. Devletin temel amaç ve görevlerini düzenleyen 5. Madde; *“devletin görevinin, toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamak”* olduğu açıkça yazılmıştır (T.C. Anayasası, 1982). Bu madde kamu hizmetinin sunulmasına ilişkin olarak devleti adalet, güvenlik, eğitim, sağlık ve ulaştırma gibi temel kamu hizmetlerini vatandaşlara sunma noktasında görevlendirmektedir. Ek olarak kurumların kuruluş yasalarında da ilgili kurumlara faaliyet alanlarında kamu hizmetini sunma görevi verilmiştir.

Çalışmanın önceki bölümlerinde kamu hizmetinde yaşanan dönüşüm nedeniyle KÖİ finansman modelinin uygulandığı aktarılmıştı. Bu kapsamda kamu idarelerinin yeni model çerçevesinde farklı görevler üstlendiğine de tanık olunmaktadır. Örneğin projelere ilişkin finansman sağlama görevini kamu idareleri KÖİ modeli ile özel sektöre devrederken, proje şirketlerine verilecek çeşitli garanti ve talep mekanizmalarını yürürlüğe koymuştur (Karahanoğulları, 2012). Şehir hastaneleri projelerinde de benzer durum yaşanmıştır. Kamu idareleri bu modelde yalnızca çekirdek sağlık hizmetini sunarken, destek hizmetleri tamamen proje şirketinin sorumluluğuna bırakılmıştır (Karasu, 2011). Öte yandan, hizmetlerin proje şirketleri tarafından sunulmasının doğurabileceği sorunların tespiti, maliyetlerin belirlenmesi gibi hususlarda da kamu idarelerinin sorumluluğu söz konusudur. Karahanoğulları

(2012) çalışmasında, İngiltere Sayıştay'ının hazırladığı rapora dikkat çekerek KÖİ projelerinin etkin denetimi ihtiyacını dile getirmektedir. Bu kapsamda Türkiye’de de KÖİ projelerini doğrudan denetlemekle görevli bir kurumun olmayışı bu alandaki bir eksiklik olarak ileri sürülebilecektir. Özellikle yerel yönetimlerin KÖİ projelerini 3996 sayılı YİD Kanunu yerine 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile gerçekleştirmesi ve bu projelerin fizibilite ile uygulama sözleşmelerindeki muhtemel eksikliklerin projelerde ileride yaşanabilecek sorunların maliyetinin kamu kesimi tarafından üstlenilmesine neden olabilecektir.

1.5.2. Proje Şirketleri

KÖİ finansman modeli çerçevesinde, proje şirketi; kamu idarelerinin, kamu hizmetinin görülmesine ilişkin, projeye konu hizmetin önceliklerini ve hedeflerini belirleyip, koordinasyonunu ve planlamasını yaparak, güvenlik, kalite ve performans kriterlerini belirlediği süreç içerisinde, idare ile sözleşmeye taraf olan özel sektör aktörüdür. Bir diğer ifade ile proje şirketi, ihale konusu işi yüklenen şirkettir. Yürürlükteki mevzuata göre yapılan tanımlar ise şu şekildedir:

- 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun proje şirketini, “*Türkiye Cumhuriyeti Kanunlarına göre kurulmuş veya kurulacak olan ve gerektiğinde kamu kurum ve kuruluşlarının da (kamu iktisadi teşebbüsleri dâhil) ortak olduğu ve bu Kanunun 4 üncü maddesinde belirtilen Bakanlar Kurulu kararında öngörülen şartları taşıyan anonim şirket*” olarak tanımlamaktadır.
- 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun ise proje şirketini, “*ihale sonucunda idare ile imzalanacak sözleşmenin tarafı olan, faaliyet alanı sözleşme konusu ile sınırlı bulunan ve üzerine ihale bırakılan yüklenici tarafından kurulan anonim şirketi*” olarak tanımlamaktadır.

Proje şirketi işi üstlenen yüklenici tarafından yalnızca ilgili proje için yürürlükteki Ticaret Kanunu’na göre kurulmaktadır (Boz, 2013). Proje şirketinin

sermayedarı yalnızca bir şirket olabileceği gibi birden fazla şirketin bir araya geldiği bir konsorsiyum olabileceği ve genellikle proje şirketinin bir konsorsiyumdan oluştuğu ifade edilmektedir (Delmon, 2011, s:19).

Uygulama projelerinin hazırlanması ve özel amaçlı şirketin kurularak mal ve hizmet üretiminin yapılması özel sektörün görevi olarak sayılmaktadır (Çekirge, 2006, s:13). Ek olarak, proje finansmanının sağlanması ve sözleşmede kararlaştırılan işlerin yapılmasındaki sorumluluk proje şirkindedir (Karahanoğulları, 2012). Proje şirketlerinin ilgili kamu hizmetine ilişkin mal ve hizmet üretimini yaparken maliyet-kâr perspektifiyle hareket ettiği gözden kaçırılmamalıdır. Özellikle sağlık hizmetlerine yönelik projelerde her ne kadar çekirdek sağlık hizmeti kamu tarafından verilse de bu husus eleştiri konusu olabilmektedir (Pala, 2018). 6428 sayılı Kanun'da sağlık alanında uygulanacak KÖİ projelerini üstlenen proje şirketleri için tanımlanan işler şu şekildedir: 1) Kira bedeli karşılığında sağlık tesislerinin yapımı, 2) Sağlık tesisleri ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri, 3) Tıbbi destek hizmetlerinin sunumu, 4) Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu, 5) Tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi, 6) Sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanlar ile mefruşatın sağlanması (Karasu, 2011).

KÖİ finansman projelerinde riskin genellikle büyük kısmını özel sektörün üstlendiği ifade edilmektedir (Shen ve ark., 2006). Yatırım dönemi boyunca proje şirketinin projeden gelir sağlayamaması ve faiz giderinin oluşması ile sağlanacak gelirin ötelenmesi nedeniyle yatırım dönemi özel sektör açısından dezavantajlı bir dönemdir. Projelerin işletme dönemine geçmesiyle birlikte gelir sağlanacak olup proje kârlı bir proje olması durumunda uzun dönemli bir nakit akışı elde edilecektir. Örneğin Türkiye'de gerçekleştirilen KÖİ projeleri için bu hususun geçerli olduğu, projelere verildiği iddaa edilen garantiler ile projelerin kârlı olduğu ve riskin büyük kısmının devredildiği aktarılmaktadır (Erbaş ve ark., 2012). Ayrıca sağlık alanında gözlemlenen projelerde olduğu gibi, işi üstlenen şirketlerin sağlık ve inşaat alanlarında faaliyet gösteren şirketler olması, ilgili şirketlerin sektörlerine yön veren bir konuma yerleşmesini sağlayabilecektir.

1.5.3. Finans Kurumları

KÖİ finansman modelinin uygulandığı projeler genellikle yüksek yatırım ve işletme maliyetlerini bünyesinde barındırmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018). 3996 sayılı Kanun'da da projelerin KÖİ finansman modeli ile yaptırılması için yüksek yatırım tutarı ve ileri teknoloji gibi özelliklerinin olması gerektiği bir ön gereklilik olarak belirtilmiştir.

Yatırım ve işletme maliyetlerinin finansmanı, projelerin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Proje şirketleri ihtiyaç duyulan finansmanı yerli veya yabancı finans kuruluşlarına başvurarak uzun vadeli kredilerle karşılamaktadır. Yerli ve yabancı finans kuruluşlarına örnek olarak bankalar, ihracat kredi kuruluşları ve fonlar gösterilebilecektir. Türkiye'de sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerinin finansmanını sağlayan yerli ve yabancı finans kuruluşları mevcuttur. Elazığ Şehir Hastanesi'nin proje şirketi, Fransa merkezli bir finansman şirketinden 2016 yılında 288 milyon Avro kaynak sağlamıştır (Anadolu Ajansı, 2016). Dönem itibariyle sağlanan kaynak tutarı ele alındığında finansman tutarı dikkat çekmektedir. KÖİ projeleri bu anlamda özellikle gelişmekte olan ülkelerin yaşadığı döviz ihtiyacını aşmakta bir araç olarak kullanılabilir. Öte yandan, finansman şirketinin kaynak sağlamasındaki temel amaç, proje şirketi gibi kâr elde etmek olduğundan, projenin kârlı bir proje olduğu da ileri sürülebilir.

Finans kuruluşlarının proje şirketlerine kredi kullandırma kararlarında ve faiz oranları üzerinde önemli bir faktör olan “*hazine (devlet) garantisi*” şirketlerin finansman sağlama sürecinde önem arz etmektedir. Hazine Müsteşarlığınca proje şirketlerine belirli şartlarda hazine garantisi verilmektedir. Ekonomide yaşanan dalgalanmalar ve siyasi istikrarsızlık gibi proje şirketinin riskini artıran hususlar nedeniyle Türkiye'de de bu uygulamaya başvurulmuştur. 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanununun 13. maddesi bu hususu 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetimi Kanununa atıf yaparak düzenlemektedir. Buna göre; 28/3/2002 tarihli ve 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanununun 4 üncü maddesinin son fıkrası yürürlükten

kaldırılmış, beşinci bölümünün başlığı “Hazine Garantileri ve Borç Üstlenimi” şeklinde değiştirilmiş ve kanuna aşağıdaki 8/A maddesi eklenmiştir.

“Borç üstlenimi”

“MADDE 8/A- Genel bütçe kapsamındaki kamu idareleri ile özel bütçeli idareler tarafından 8/6/1994 tarihli ve 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yapı-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun hükümlerine göre yap-işlet-devret modeli ile gerçekleştirilmesi planlanan ve tutarı asgari bir milyar Türk Lirası olması öngörülen yatırım ve hizmetlere ilişkin uygulama sözleşmeleri ile Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 25/8/2011 tarihli ve 652 sayılı Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname hükümlerine göre yap-kirala-devret modeli ile gerçekleştirilmesi planlanan ve tutarı asgari beş yüz milyon Türk Lirası olması öngörülen yatırım ve hizmetlere ilişkin uygulama sözleşmelerinde, sözleşmelerin süresinden önce feshedilerek tesisin ilgili idareler tarafından devralınmasının öngörülmesi hâlinde, söz konusu yatırım ve hizmetler için yurt dışından sağlanan finansmanın ve varsa bu finansmanın teminine yönelik türev ürünlerden kaynaklananlar da dâhil olmak üzere mali yükümlülüklerin Müsteşarlık tarafından üstlenilmesine karar vermeye, üstlenime konu mali yükümlülüklerin kapsam, unsur ve ödeme koşullarını belirlemeye ve teyit edilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemeye, genel bütçe kapsamındaki kamu idareleri için Bakanın teklifi, özel bütçeli kamu idareleri için ilgili Bakanın talebi ve Bakanın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu yetkilidir.”

Yukarıda açıklanan hazine garantisi ile borç üstlenimi için yatırımın belirli bir alt limitin üstünde olması kararlaştırılmıştır. Öte yandan, KÖİ finansman modeli sözleşmelerinde yer aldığı iddia edilen talep garantisi ile hazine garantisi karıştırılmamalıdır. Bu hususlar sözleşmenin tarafları arasında maliyet ve finansman unsurları göz önüne alınarak belirlenmiş ve idarenin sorumluluğunda olan hususlardır, borç üstlenimine dönük paylaşılan madde ise hazine garantisinin doğrudan merkezi yönetim bütçesinden karşılanmasını ifade etmektedir.

1.5.4. Sigorta Şirketleri

KÖİ finansman modelinin uygulandığı projelere ilişkin tanımlamalar yapılırken, sözleşmelerde yatırım ve işletme süresi gibi ayrımların söz konusu olduğu ifade edilmiş ve projelerin maruz kalabileceği riskler sıralanmış idi. Projelerin yatırım aşamasında dünya genelinde yaşanan bir ekonomik kriz veya deprem felaketi sonucunda yaşanan ağır kayıplar, projelerin aksamasına veya durmasına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda ise proje şirketleri, kâr elde etmek bir yana zarara uğrayabilecektir. Proje şirketleri, projelerin yatırım ve işletme aşamasında öngörülemeyen olaylardan kaynaklanan zararları tazmin etmek amacıyla sigorta şirketlerine üstlendikleri riskleri bir poliçe çerçevesinde belirli bir prim karşılığında devretmektedirler. Böylelikle sigorta şirketleri dolaylı olarak KÖİ projelerinin tarafı haline gelmektedirler. Çalışmanın esas inceleme konusunu oluşturan şehir hastanelerinden Adana, Elazığ ve Yozgat Şehir Hastaneleri, Dünya Bankası'nın sigorta kuruluşu olan Çok Taraflı Yatırım Garanti Anlaşması (MIGA) tarafından siyasi risk sigortası kapsamında sigortalanmıştır (Erbaş, 2016). Ayrıca İslam Kalkınma Bankası'nın bir yan kuruluşu olan İhracat Kredisi ve Yatırımların Sigortası Kuruluşu ile Türkiye'nin resmi ihracat kredi kuruluşu olan Türk Eximbank'ın da yatırımların sigortalanması ile alakalı olarak çalışmalarını sürdürdüğü bilinmektedir (Anadolu Ajansı, 2018).

1.5.5. Danışmanlar ve Uzmanlar

KÖİ finansman modelinin uygulanacağı projelerin planlama ve merkezi idareden izin alma aşamalarında idarelerin ön fizibilite (yapılabilirlik) raporu adı verilen bir fizibilite raporunu hazırlayarak Cumhurbaşkanlığı'na sunmaları gerekmektedir (3996 sayılı Kanun, 1994). Ön fizibilite raporunda teknik, hukuki ve finansal unsurlar yer almaktadır. Kamu idareleri ve özel şirketler, ilgili hususlara ilişkin Cumhurbaşkanlığı tarafından yöneltilecek soruları kendi bilgi, donanım ve personel ile karşılama yetersiz kalabilmektedir. Ayrıca proje süreçlerinin karmaşıklığı ve finansal konularda da kamu kesiminin danışmanlık ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi durumlarda ulusal veya uluslararası alandaki özel müşavirlik

şirketlerinden hizmet alım yoluna başvurulmaktadır (Delmon, 2011; Karahanoğulları, 2012).

T.C. Sağlık Bakanlığı, yapımı süren veya işletme sürecine giren her bir sağlık kampüsü projesi için bir hukuk firması ile danışmanlık hizmet sözleşmesi imzalamıştır (Çakır, 2016, s:37). Sözleşmelerin uzun süreli olması ve projelerin sağlam bir hukuki zemine oturması açısından danışmanlık hizmetlerinden etkili bir şekilde faydalanılması projelerin sürdürülebilirliği ve başarısı için önem arz etmektedir. Danışmanlık şirketlerinin kamu idarelerini ve proje şirketlerini kendi bilgi ve deneyimleri ile yönlendirme noktasındaki tutumları danışmanları da dolaylı olarak KÖİ finansman modelinde taraf hâline getirebilmektedir. 6428 sayılı Kanun sağlık hizmetlerine yönelik olarak yapılacak KÖİ projeleri için alınacak danışmanlık hizmetlerinin usul ve esaslarını düzenlemektedir.

Şenel Tekin (2010, s:38), kamu idarelerinin KÖİ proje süreçlerinde danışmanlık aldığı alanları 3 ana başlık altında sıralamıştır. Bunlar; finansal danışmanlık, teknik danışmanlık ve hukuki (yasal) danışmanlık alanlarıdır. Kamu kesiminin artan danışman ihtiyacı beraberinde bu alanda faaliyet gösteren danışmanlık firmalarının artışı getirmiştir. Örneğin İngiltere’de KÖİ finansman modeli üzerine faaliyet gösteren Pricewaterhouse Coopers, Klynveld Peat Marwick Goerdeler, Ernst&Young ve Deloitte danışmanlık firmaları KÖİ projeleri üzerinde küresel bir etkiye sahiptir (Jubilee Debt Campaign, 2017). Türkiye’de KÖİ alanında faaliyet gösteren firmaların da ciddi anlamda know-how geliştirdiği ifade edilmektedir (Yatırım Destek ve Tanıtma Ajansı, 2015).

Kamu kesiminin KÖİ projelerinde danışmanlık hizmetlerinden faydalanması çeşitli açılardan eleştirilmektedir. Karahanoğulları (2012), devletin özel danışmanlık şirketlerinden sürekli danışmanlık hizmeti almasının sonucunda kamuda görevli uzmanların ilgili işlere yabancılaşacağını ve kamunun danışmanlık şirketlerine olan bağımlılığının artacağını ifade etmektedir. Her ne kadar Avrupa Komisyonu, üye ülkelere ücretsiz danışmanlık hizmeti verse de (Karahanoğulları, 2012), sadece İngiltere’de 15 tane hastanenin KÖİ finansman modeli ile inşa edilmesi sürecinde danışmanlık şirketlerine 45 milyon Pound ödeme yapılmıştır (Şenel Tekin, 2010,

s:48). Karasu (2011) çalışmasında, KÖİ finansman modelinin yaygınlaşmasını destekleyen tarafları; neo-klasik politikaları benimseyen hükümetler ve sermaye olarak ayırmakta, danışmanlık şirketlerini ise sermaye kesimine dâhil etmektedir. Gerçekten de KÖİ projelerinin karmaşıklığı ve kamu kesiminin bu alana ilişkin yeterli nitelikte uzman personele sahip olmayışı danışmanlık firmalarına olan ihtiyacı artırmaktadır. Ancak bu noktada önemli olan, danışmanlık firmalarının objektif kriterlere göre, kamu yararını gözeterek danışmanlık hizmeti sunması ve kamu idarelerinin de danışmanlık firmalarının görüşlerini dikkate almasıdır.

1.6. Türkiye’de Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği Modeli

Çalışmanın bu bölümünde, Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerine yönelik Sağlık Bakanlığı’ndaki örgütlenme yapısı, projelere ilişkin sözleşmeler ve sözleşme süreçleri ile hali hazırda gerçekleştirilen projelerin güncel durumu incelenecektir.

1.6.1. Kamu Özel İşbirliğine Yönelik Sağlık Bakanlığı’ndaki Örgütlenme

KÖİ finansman modelinin karmaşık yapısı nedeniyle mühendislik, hukuk ve finans gibi alanlardaki know-how’ın önemi çalışmada belirtilmiş idi. Bu kapsamda incelenen örneklerde başta İngiltere olmak üzere bir çok ülkede danışmanlık şirketleri faaliyet göstermektedir. KÖİ finansman modelinde kamu idarelerinin müşavirlik hizmetlerinden faydalanması ve tüm işlemlerin bu şekilde sürdürülmesinin sakıncaları olacaktır (Karahanoğulları, 2012). Bu kapsamda kamu idarelerinin projelere ilişkin iş ve işlemlere ilişkin örgütlenmesi, nitelikli personel yetiştirmesi hususu önem arz etmektedir. Bu görüşe uygun olarak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın KÖİ finansman modelini yürütecek birimi yeniden düzenlenmiştir. Çalışmanın bu kısmında ilgili birimler incelenecektir.

Türkiye’de KÖİ finansman modeli çerçevesinde yapılan sağlık yerleşkelerine ilişkin iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü’nce yürütülmektedir. Birim, 1979 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde

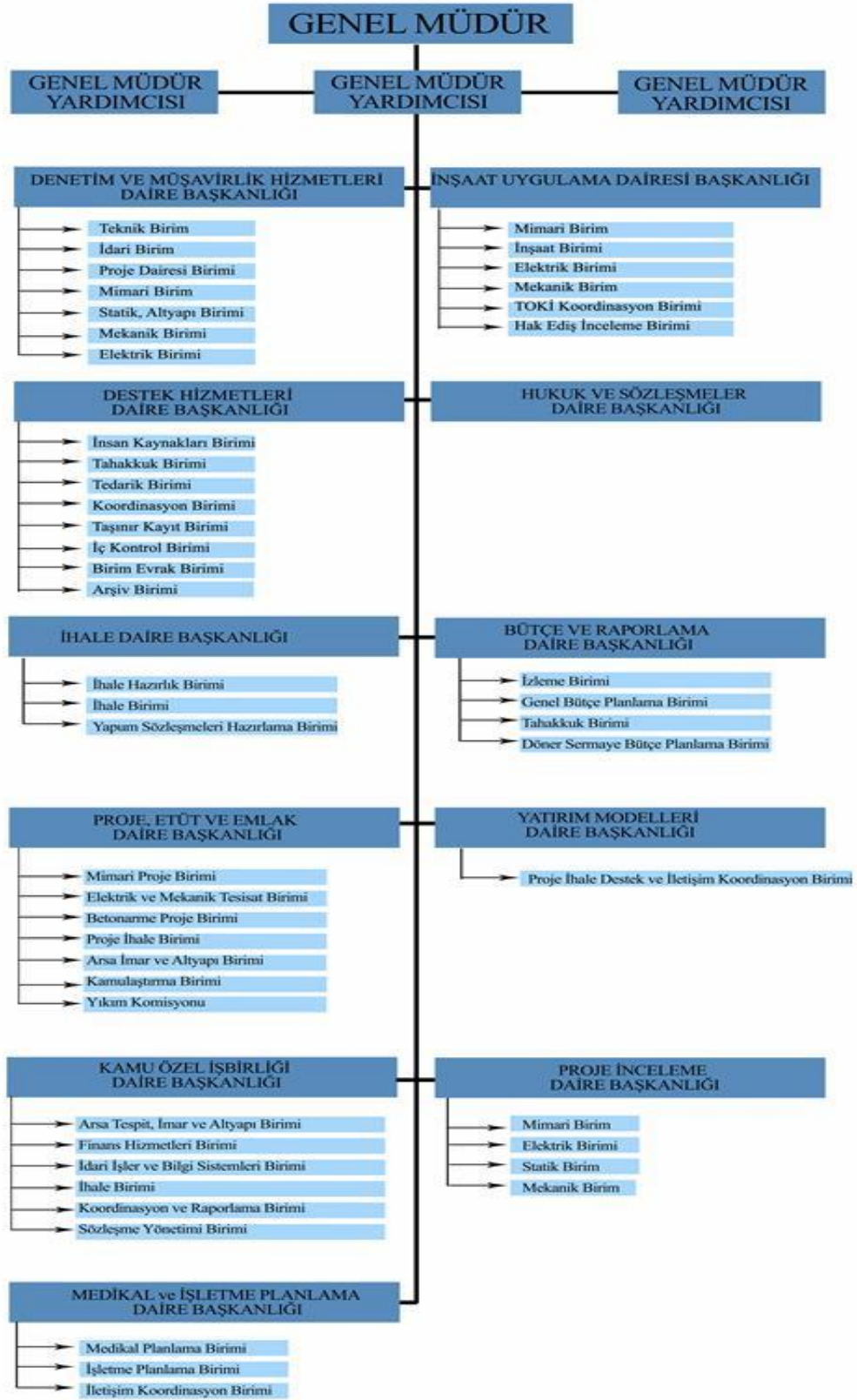
İnşaat Müdürlüğü olarak kurulduktan sonra, 2002 yılında müstakil daire başkanlığı haline getirilmiş ve 2013 yılında genel müdürlük şekline dönüştürülmüştür. Genel müdürlüğe bağlı daire başkanlıkları şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2018b):

- a) Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı,
- b) Proje İnceleme Daire Başkanlığı,
- c) Denetim ve Müşavirlik Hizmetleri Daire Başkanlığı,
- ç) Medikal ve İşletme Planlama Daire Başkanlığı,
- d) Yatırım Modelleri Daire Başkanlığı,
- e) Hukuk ve Sözleşmeler Daire Başkanlığı,
- f) Bütçe ve Raporlama Daire Başkanlığı,
- g) Proje, Etüd ve Emlak Daire Başkanlığı,
- ğ) İhale Daire Başkanlığı,
- h) İnşaat Uygulama Daire Başkanlığı,
- ı) Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı.

Daire başkanlıkları incelendiğinde projelerin planlama ve modelleme aşamasından başlayarak iş birimi olarak mühendislik, hukuk, sağlık ve destek birimlerine ayrıldığı dikkat çekmektedir. KÖİ projelerinin çok yönlü yapısı düşünüldüğünde projelerin uygulama ve denetiminden sorumlu kamu idaresinin örgütlenmesinin projeleri değerlendirme kapsamında etkili olabileceği ileri sürülebilecektir. Ancak ilgili birim çalışanlarının KÖİ finansman modeline ilişkin yetkinlik düzeyleri bilinmemektedir. Bu kapsamda ilgili personele yurtiçi ve yurtdışı eğitim programlarının sağlanması faydalı olacaktır. Belirtilen görüşe uygun olarak Sağlık Bakanlığı şehir hastanelerinin yönetimi konusunda 2017 yılında ilk defa yurtdışına eğitim amacıyla personel gönderme ilanına çıkmıştır. Personelin eğitim alacağı ülkeler olarak KÖİ finansman modelinin ilk uygulandığı ülkelerden olan AB üye ülkeleri ile OECD üye ülkelerinin seçilmesi yerinde bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Nitekim Karahanoğulları (2012) çalışmasında, İngiltere’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinin geçmişini 1992’ye götürmektedir. Türkiye ile İngiltere arasında yaklaşık 20 yıllık zaman farkı, uzmanlar arasındaki bilgi, deneyim ve tecrübelerin aktarımı açısından önemlidir.

Daire başkanlıklarına bağlı birimlerin tespiti açısından organizasyon şemasının incelenmesi gerekli görülmektedir. Şekil 1.5.'e göre, Kamu Özel İşbirliği dairesine bağlı altı tane alt birim yer almaktadır. Bu birimler; arsa tespit imar ve altyapı birimi, finans hizmetleri birimi, idari işler ve bilgi sistemleri birimi, ihale birimi, koordinasyon ve raporlama birimi ile sözleşme yönetimi birimidir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı da KÖİ çerçevesinde görev yapmaktadır. Bu dairenin görevi şehir hastaneleri projeleri ile Sağlık Bakanlığı arasındaki koordinasyonun sağlanmasıdır.

Sağlık alanında gerçekleştirilen proje sayılarının fazlalığının kurumun organizasyonel yapısına etki ettiği değerlendirilmektedir. Ancak her bir KÖİ projesine ilişkin birden fazla danışmanlık hizmet alımı yapıldığı düşünüldüğünde ilgili birimlerin etkin kullanılmaması gibi risklerin mevcut olduğu da ileri sürülebilecektir (Çakır, 2016, s:37).



Şekil 1.5. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması (Sağlık Bakanlığı, 2018c)

1.6.2. Kamu Özel İşbirliği Sözleşmeleri ve Sözleşme Süreci

KÖİ sözleşmeleri, projelerin uzun vadeli olması, risk paylaşımına yer verilmesi ve klasik alım yöntemlerinden farklı oluşu nedeniyle projelerin sürdürülebilirliği ve süre sonunda tesisin sağlam ve çalışır bir hâlde idareye devri açısından oldukça önemlidir (Emek, 2017). Projelerdeki taraf sayısının fazlalığı ve taraflar arasındaki ilişkinin sağlam bir şekilde düzenlenmesi gerekliliği nedeniyle sözleşmelerin önemi artmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, KÖİ sözleşmelerine ilişkin yerli ve yabancı danışmanlık şirketlerinden hizmet almaktadır (Çakır, 2016, s:37). Ancak ilgili projelere ilişkin sözleşmeler birer özel hukuk sözleşmesi olduğu ve ticari sır barındırdığı gerekçesiyle kamuoyu ile paylaşılmamaktadır (Emek, 2017; Sözer, 2013; Yalçın, 2014). Dolayısıyla sözleşmelerin içeriğine ilişkin bir bilgi paylaşımında bulunulamamaktadır. Ancak KÖİ projelerine ilişkin yasal düzenlemelerle çeşitli vergi muafiyetleri getirildiği kamuoyu tarafından bilinmektedir (Tükel, 2018, s:217). Her bir KÖİ projesine ilişkin hazırlanan sözleşmelerin birbirinden farklı şartlar ve düzenlemeler barındırması nedeniyle KÖİ projelerine ilişkin sözleşmelerin de ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2005).

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerine ilişkin izlenen süreç, 3996 ve 6428 sayılı kanunlar ve Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığının Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmeliğin 6, 7 ve 8. maddelerinde açıklığa kavuşturulmuştur. Projeye ilişkin sözleşmelerin yapılmasına kadar geçerli süreç Çizelge 1.2.’de sıralanmıştır.

Çizelge 1.2. Kamu Özel İşbirliği Modelinde İzlenen İhale Süreci (Kerman ve ark., 2012)

Süreç	Yapılan İş
1. Aşama	Proje-Ön fizibilite-Yer Belirleme Sunulması
2. Aşama	Proje-Ön fizibilite-Yer Belirleme Değerlendirmesi
3. Aşama	Ön Proje, Fizibilite Raporu, Temel Standartlar Dokümanı ile İhale Dokümanı Hazırlanması
4. Aşama	İhale İlanı Süreci
5. Aşama	Ön Yeterlik Değerlendirme Süreci
6. Aşama	İhale Tekliflerinin Alınması ve Değerlendirilmesi Süreci
7. Aşama	Teklifin Kabulü ve Sözleşmenin Yapılması Süreci

Çizelge 1.2.'ye göre, Sağlık Bakanlığı'nın plan, program ve politikaları çerçevesinde belirlediği ve belli kriterlere dayalı olarak seçimini yaptığı projeleri, ön fizibilite raporları ve arsa/arazi teminine yönelik çözüm önerileri ile birlikte Cumhurbaşkanlığı'na sunması gerekmektedir. İkinci aşamada Cumhurbaşkanlığı, Sağlık Bakanlığı'nın proje önerilerini inceledikten sonra karara bağlamaktadır. Eğer bu karar olumlu ise yani proje kabul edilmişse, üçüncü aşamada Sağlık Bakanlığı'nın, Cumhurbaşkanlığı tarafından yapılması onaylanan her bir proje için, ihale iş ve işlemlerinde kullanılmak üzere; ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanlarının hazırlanmasını sağlaması gerekmektedir. Dördüncü aşamada ise ihale ilan süreci başlamaktadır. İdare tarafından yaptırılmak istenen yapım veya yenileme işleri ve ön yeterlik ilanı, Resmî Gazete ile Türkiye çapında yayımlanan yüksek tirajlı iki gazetede ve internette, belirlenen ihale tarihinden en az doksan gün önce olmak üzere ve en az birer defa ilan yapılarak duyurulması gerekmektedir. Alınan başvurular doğrultusunda yapılan ön yeterlik değerlendirme süreci ile bir diğer aşama gerçekleştirilir. Ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda yeterliği belirlenen adaylara ihale gününden en az altmış gün önce davet mektubu gönderilmektedir. Bakanlık tarafından davetiye gönderilmiş olan gerçek ve/veya tüzel kişiler, yapılacak işle ilgili tekliflerini sunarak değerlendirme süreci başlatılmış olmaktadır. Yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda teklifler içerisinde en az maliyetle en yüksek verimlilik özelliğine sahip teklif kabul edilerek, teklif veren kişi/kişiler ile bakanlık arasında bir sözleşme imzalanmaktadır (Kerman ve ark., 2012). Süreç içerisinde rol oynayan aktörler; Sağlık Bakanlığı, istekli şirketler ve fizibilite ile diğer raporları hazırlayan danışmanlık şirketleri olarak sıralanmaktadır (Karasu, 2011).

Projelere ilişkin sözleşmelerin taraflarca imzalanmasını takiben proje şirketleri yatırım aşamalarına geçebilmektedirler. Uygulamada projelerin yatırım sürelerinin 2 yıl olduğu gözlemlense de, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi örneğinde olduğu gibi projelerin işletme dönemine geçmesinde gecikmeler söz konusu olabilmektedir (Dünya Gazetesi, 2013). KÖİ projelerinde ortalama işletme süresi ise 20-30 yıl aralığında olmaktadır (Kulaksız, 2018, s:15). Şehir hastaneleri projelerinde ise, işletme süresi 25 yıl olarak belirlenmiştir (Pala, 2018). Projelere ilişkin sözleşmelerin sona ermesi ile birlikte yatırım ve hizmetler, her türlü borç ve taahhütlerinden arı, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda bedelsiz olarak kendiliğinden idareye geçmektedir (3996 sayılı Kanun, 1994).

1.6.3. Sağlık Alanındaki Kamu Özel İşbirliği Projelerinin Mevcut Durumu

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedefleri doğrultusunda Türkiye'de sağlık alanında KÖİ finansman modeli çerçevesinde şehir hastaneleri inşa edilmektedir. Sağlık alanında KÖİ modeli ile yapılan, sözleşmesi imzalanmış proje sayısı 2018 yılı itibarıyla 21 adet olup hastane isimleri, yatak sayıları ve hedeflenen bitim tarihleri Çizelge 1.3'te sıralanmıştır.

Çizelge 1.3. Kamu Özel İşbirliği Projeleri (Sağlık Bakanlığı, 2018a)

Proje Adı	Yatak Sayısı	Açılış Durumu
Adana Şehir Hastanesi	1550	Açıldı
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3660	2018
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3566	2019
Bursa Şehir Hastanesi	1355	2019
Elazığ Şehir Hastanesi	1040	Açıldı
Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	Açıldı
FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2400	2019
Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü	1575	2019
Isparta Şehir Hastanesi	755	Açıldı
İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü	2682	2020
İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	2060	2020
Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü	1584	Açıldı
Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü	1180	2020
Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü	1250	2019
Kütahya Şehir Hastanesi	600	2020
Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi	560	Açıldı
Mersin Entegre Sağlık Kampüsü	1250	Açıldı
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	2021
Tekirdağ Şehir Hastanesi	480	2019
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü	-	2020
Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi	475	Açıldı

Şehir hastanelerine ilişkin gelişmeler incelendiğinde yaklaşık 5 yıl gibi bir sürede tüm şehir hastanesi projelerince ciddi aşamalar kaydedildiği, çalışmanın hazırlandığı tarih itibarıyla ise 8 tanesinin hasta kabulüne başladığı tespit edilmiştir. Ancak hasta kabulüne başlayan hastanelerde çeşitli eksikliklerin olduğu aktarılmaktadır. Örneğin Türk Tabipleri Birliği'nin Adana Şehir Hastanesi'ne yaptıkları ziyarette hastanede personel eksikliği, ağır çalışma koşulları, hastane içi fiziki sorunlar, yönetimde aksaklıklar, bilgi işlem sistemlerinde sorunlar ve sağlık hizmetlerinin sunumunda aksaklıkların olduğu ifade edilmektedir (Tükel, 2018, s:223). Avrupa'da gerçekleştirilen bir araştırmada da, Avrupa'daki sağlık projelerinde benzer eksiklikler saptanmıştır (European Commission, 2013, s:65). Dolayısıyla projeler her ne kadar hızlı bir şekilde işletme dönemine alınsa da, projelerin büyüklüğü ve sözleşmelerden kaynaklanabilecek sorunlar nedeniyle uygulamada sorunlarla karşılaşabilmektedir. Örneğin uygulama sözleşmelerinin sona ermesi ile hastaneler

kamu idarelerine devredilecektir. Kamu idarelerinin hastaneleri teslim almasında izlenecek süreç oldukça önemlidir. Bu nedenle projelere ilişkin sözleşmelerin tasarımının ve yönetiminin profesyonel uzmanlarca yapılması gerekmektedir. (Kulaksız, 2018, s:121).

1.6.4. Kamu Özel İşbirliğinin Avantaj ve Dezavantajları

Türkiye’de son yıllarda sağlık, eğitim ve ulaştırma alanlarında KÖİ finansman modelinin uygulanması literatürde tartışılan bir konudur. Karasu (2011), KÖİ projelerine karşı verilen tepkilerin nedenlerinin birden fazla olduğunu aktarmaktadır. Bu nedenlerin ekonomik, politik ve sosyal nedenler olduğunu belirtmekte ve nedenler arasında sıkı bir illiyet bağının olduğunu savunmaktadır. Karasu (2011), sağlık alanında uygulanan yap-kirala-devret uygulaması ile projelerin teknik, yönetsel ya da mali yönleriyle mevcut yöntemlerle ilgili bir başarısızlıktan ya da yapılamazlıktan değil, bir siyasal tercihten kaynaklandığını ileri sürmektedir.

Nüfusun artması ve giderek yaşlanmasının bir sonucu olarak sağlık alanında yapılacak harcamaların artması beklenmektedir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı alternatif finansman kaynaklarına yönelmiştir. Gerekçe olarak kamu kesiminin bütçe kısıtı altında hareket etmesi gösterilmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan raporda SDP’nin başarısı için finansal sürdürülebilirliğe dikkat çekilmiş ve KÖİ finansman modelinin uygulanması savunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012b).

KÖİ finansman modeline getirilen eleştirilerden bir diğeri, projeye ilişkin sözleşmelerin 25-30 yıl gibi uzun sürelerle yayılması ve mevcut hükümetten sonra gelecek yeni hükümetler açısından riskli bir alan oluşturmasıdır. Gelecek dönemde siyasilerin devlet bütçesini kontrol etme ve yeni yatırımlara yönlendirme imkân ve kabiliyetlerinin sınırlandırılacağı bu görüşü desteklemektedir. Bu olgu literatürde bütçe esnekliğinin azalması olarak ifade edilebilmektedir (Karasu, 2011). Gerçekten de, uzun yıllar boyunca kamunun özel sektöre her bir hastane için yıllık kira ödemesi yapacağı düşünüldüğünde, sağlık politikasını değiştirmek veya yeni bir uygulamayı deneme olasılığının hükümetler açısından azalacağı düşünülmektedir. KÖİ projelerinin yatırım dönemlerinde bütçe kalemlerine tabi olmaması (bilanço dışılık)

mevcut hükümetleri bu modeli uygulamaya yönelten bir diğer unsurdur (Karahanoğulları, 2012).

Şehir hastanesi projelerinde, mevcut hastanelerin, arazisi hazine tarafından verilen şehir hastanelerine taşınması öngörülmektedir. Ancak bu husus açıklığa kavuşturulmamıştır. Hangi hastanelerin taşınacağı veya kapatılacağı konusu ile mevcuttaki hastanelerin arazi ve binalarına ne olacağı hususu da kamuoyu tarafından bilinmemektedir (Erbaş ve ark., 2012).

Şehir hastanesi projelerinde birçok hizmetin özel sektöre devri çeşitli nedenlerle eleştirilmektedir. Erbaş ve ark. (2012), özel sektöre devredilecek tıbbi destek hizmetlerini şu şekilde sıralamaktadır; tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme, ısıtma, asansör, ambulans hizmetleri. Bu hizmetlerin özel sektöre devri ile hastanenin her birimi yalnızca kendi alanında uzmanlaşacak, taşeron sistemi yaygınlaşacak ve hizmet verilmesi değil işin görülmesi ana hedef olarak belirlenecektir. Bu durumda hastane adeta kendi kendine yabancılaşacaktır (Karasu, 2011). Karasu'nun görüşüne karşıt olarak, mevcut kamu hastanelerinde birçok hizmetin ihale yoluyla hastaneler tarafından alındığı bilinmektedir (Öztürk, 2018). Ancak laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin özel sektöre devriyle gereksiz kullanım sayısının artacağı ileri sürülebilecektir. Bu kapsamda özel sektör ve hekim ilişkisinin etik boyutları itibarıyla ne şekilde dezavantajlarının olabileceği öngörülememektedir.

KÖİ finansman modelinin sağlık alanında uygulanıyor olmasının çeşitli olumlu yönleri bulunmaktadır. Eski hastanelerin yerini yeni ve modern binaların alması, tıbbi ve diğer alanlarda kullanılan malzemelerin ve ekipmanların yeni ve teknolojik olması, hasta odalarının büyük ve ferah olması hasta memnuniyet düzeyini artırabilecek unsurlar olarak ileri sürülmektedir. Buna karşıt olarak, hastanelerin genellikle şehrin yeni gelişen uzak bölgelerine yapılması, tıbbi sekreterlerin olmaması, hastanelerin büyüklüğü ve hastane içi ulaşım ile otoparkların ücretli olması gibi unsurlar hasta memnuniyet düzeyini düşüren unsurlar olarak ileri sürülmektedir (Gökkaya ve ark., 2018).

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli başta sağlık olmak üzere siyasal, ekonomik ve sosyal alanda çeşitli sonuçlar doğuracaktır. Uygulamaya ilişkin sonuçların ve etkilerinin ilerleyen dönemlerde daha net anlaşılacağı düşünülmektedir. Şenel Tekin (2010, s:226) çalışmasında, Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ modeline ilişkin finansman, hukuk, yönetim ve organizasyon gibi konunun kapsamına giren birçok alanda bilimsel araştırma yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Modelin nispeten yeni uygulanan bir model olması nedeniyle modelin gelecek dönemlerde geliştirilebileceği ve eksikliklerin giderilerek hastaların ve toplumun ilgili kesimlerinin memnuniyetinin artacağı düşünülmektedir.

1.7. Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Ülke Örnekleri

Çalışmanın bu bölümünde KÖİ finansman modelinin uygulandığı iki ülkeye ilişkin olarak bilgi paylaşımında bulunulacak ve Türkiye’de uygulanan KÖİ finansman modeli ile aralarındaki benzerlik ve farklılıklar değerlendirilecektir.

1.7.1. Birleşik Krallık

Birleşik Krallık’ta KÖİ’nin gelişiminin kültürel olarak bir dönüşümü de içeren özelleştirme uygulamasıyla beraber başladığı ileri sürülmektedir. 1979 yılında Margaret Thatcher liderliğinde seçilen muhafazakâr hükümet, kamu sektörünün devam eden iktisadi faaliyetlerden çekilmesi politikasını başlatmıştır. Öncelikle kamu hizmetlerinde temizlik ve yemek gibi faaliyetlerin hizmet alımı yöntemiyle karşılanması düşüncesi ön plana çıkmıştır. Ardından, kamu teşebbüsleri ve yerel yönetimler başta olmak üzere kamunun faaliyetlerinin özel sektör tarafından finanse edildiği model önerileri ortaya çıkmıştır (Spackman, 2002). Bu model önerilerinden en önemlisi KÖİ finansman modelidir. Şöyle ki 1992 yılında “*özel finansman girişimi*” olarak adlandırılan uygulama ile özel sektörün hizmet sunumunda ve altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesinde daha fazla alana dâhil edilmesi ve devletin de özel sektöre doğrudan ödeme yapması öngörülmüştür (Alican, 2008, s:19). Özel finans girişimi modeli, bir anlamda KÖİ finansman modelinin Birleşik Krallık’ta uygulanan türünün adıdır. Özel finans girişimi, “tasarla-yap-finanse et-işlet” modeli olarak ifade

edilmektedir (Ruane, 2001). Bu modelde bakanlıklara bağılı olarak ancak özerk statüde özel finansman girişim birimleri kurulmakta ve KÖİ projeleri için kurulmuş olan özel amaçlı şirketlerle sözleşme imzalanmaktadır (Karahanoğulları, 2012). Böylelikle projelerde ortaya çıkabilecek risk durumlarında maliyet yalnızca iki imza sahibi üzerinde kalmaktadır. Bu uygulama ile Birleşik Krallık'ta sağlık hizmetlerinde altyapı özelleştirilmeye başlanmıştır. Hastane ve birinci basamak sağlık merkezleri binaları artık özel şirketler tarafından inşa edilmeye ve klinik olmayan hizmetlerle donatılmış bu binalar, Ulusal Sağlık İdaresi'ne kiralanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu değişime paralel olarak, Ulusal Sağlık İdaresi'nin temel işleyiş ilkeleri de değiştirilmeye başlanmıştır (Şenel Tekin, 2010, s:66). Bu amaçla, hükümet, 1997 yılında sağlık hizmetlerinde on yıllık modernizasyon planını başlatmıştır. Devamında çeşitli kanunlar ile Ulusal Sağlık İdaresi vakıflarının özel finans girişimi projelerine girmeye ve sözleşme süresince ilgili konsorsiyuma finansal ödemeleri garanti etmeye yetkili kılınmıştır. 2000 yılında ise KÖİ projelerinin örgütlenmesine yönelik Hazine'ye bağılı olarak “*Partnership UK*” adında bir birim oluşturulmuştur. Kuruluşun %51 hissesi 2001 yılında özel sektöre satılmıştır. Bu süreçte yapılan sağlık yatırımlarından ilk hastane 2000 yılında tamamlanmıştır (Shaw, 2003).

Sağlık alanında uygulanan modelde, kamuya ait hastanelerin vakıflara dönüştürülerek özerk bir yapı hâline getirildiği ve KÖİ projelerine bu şekilde dâhil oldukları aktarılmaktadır (Karasu, 2011). Hizmet sunumunda hastaneler yalnızca çekirdek sağlık hizmetini vermekte, diğer tüm hizmetler proje şirketlerince karşılanmaktadır. Proje şirketlerine her yıl düzenli kira ödemeleri öngörülmekte ve sözleşme süreleri 67 yıl gibi uzun sürelerle yayılmaktadır (Karasu, 2011; Karahanoğulları, 2012). Bu uygulama sonucunda 2009 yılı itibariyle Birleşik Krallık'ta 159 tane özel finansman girişimi kurulmuş ve hastanelerin %90'ında bu model uygulanmıştır (Sözer, 2013). Uygulanan bu model ile KÖİ projeleri için yapılan harcamaların bütçe dışına çıkarıldığı ve bütçe açıklarının önlendiği ifade edilmektedir (NAO, 2009, s:19). İngiliz Tabipler Birliği'nin (British Medical Association, BMA) 2013 yılı verilerine göre 1997-2013 yılları arası Birleşik Krallık'ta sağlık alanında sözleşmesi imzalanmış projelerin yatırım tutarı yaklaşık 16 milyar Amerikan Dolarıdır (www.bma.org.uk, 2017).

Öte yandan, Birleşik Krallık'ta sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeline ilişkin eleştiriler de mevcuttur. Bu eleştiriler maliyet, risk, hesap verilebilirlik ve sağlık alanına ilişkin olarak 4 ana başlıkta değerlendirilebilecektir. Getirilen eleştirilerden ilki projelerin topluma öngörülenden daha fazla maliyet getirdiğine ilişkindir (Jubilee Debt Campaign, 2017). Karasu (2011), projelere ilişkin ihale öncesi maliyet hesaplamaları ile uygulamadaki maliyetler arasında ciddi farklılıklar olduğunu savunmaktadır. Özellikle danışmanlık hizmet alımları için ödenen bedeller ile yüksek kira ödemeleri Birleşik Krallık'taki KÖİ projelerine getirilen başlıca eleştirilerdir. Proje risklerine ilişkin olarak ise, riskin kamuya, kârın ise özel sektöre devredildiği savunulmaktadır (Price, 2011). Ancak risklerin tamamının kamuya devredildiği hususu yerinde bir değerlendirme olmayacaktır. Nitekim Alican (2008, s:107) çalışmasında, inşaat döneminde kötü hava koşulları riskinin özel sektöre devredildiğini, bu ve benzeri risklerin sözleşmelerin feshi için geçerli bir neden olmadığını ifade etmektedir. Türk Tabipler Birliği ve Birleşik Krallık'ta KÖİ projelerine ilişkin faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşunun yayınında Birleşik Krallık'ta sağlık alanında uygulanan KÖİ modeli ile sağlık sisteminin yara aldığı ifade edilmektedir. Bir çok hastanenin mali sıkıntı içerisinde olduğu ancak projelerin büyüklüğü nedeniyle devletin hastanelerin iflasına izin vermediği ve 2005 yılında Queen Elizabeth Hastanesi örneğinde olduğu gibi teknik açıdan iflasların olduğu aktarılmaktadır (Erbaş ve ark., 2012; Jubilee Debt Campaign, 2017).

Birleşik Krallık'ta sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinin faydalı ve yapılması gerekli bir uygulama olduğunu savunan görüşler de mevcuttur. Delmon (2011) çalışmasında, Birleşik Krallık'ta uygulanan modelin belirli bir standardizasyona ulaştığını ve dünyadaki en etkili ve verimli KÖİ pazarının Birleşik Krallık'ta olduğunu savunmaktadır. Noel ve Brzeski (2004, s:36) çalışmalarında, OECD ülkelerinde uygulanan KÖİ projelerinin öncülünün Birleşik Krallık modeli olduğunu, Birleşik Krallık'taki KÖİ sözleşmelerinin şeffaflık ve standartlar yönüyle örnek alınması gerektiğini ifade etmektedirler. Alican (2008, s: 147), Birleşik Krallık'ta uygulanan KÖİ modelinde performans izleme ve değerlendirmesine dikkat çekerek, resmi ve resmi olmayan denetimlerle etkin denetim yapıldığını ifade

etmektedir. Birleşik Krallık'ta KÖİ projelerinin başarı ile sürdürüldüğünü savunan görüşe göre ise, bu başarının kaynağı projeye katılım sağlayan konsorsiyumların mali açıdan oldukça güçlü olmasıdır (Li ve ark., 2005).

Birleşik Krallık ve Türkiye'de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinin bir çok açıdan birbirine benzediği ileri sürülebilecektir. Örneğin kamu hastane birliklerinin oluşturularak hastanelerin özerk bir konuma getirilmesi, proje şirketlerine yıllık kira ödemelerinin öngörülmesi, çekirdek sağlık hizmeti dışındaki tüm hizmetlerin özel sektör tarafından görülmesi, projelere ilişkin alınan danışmanlık hizmetleri ve projelerin süresi gibi unsurların Türkiye ve Birleşik Krallık KÖİ finansman modelinin birbirine benzeyen hususlarıdır.

1.7.2. İtalya

KÖİ finansman modeline ilişkin gelişmeler, Birleşik Krallık ve Türkiye'ye benzer şekilde İtalya'da da meydana gelmiştir. İtalya'da 2002-2003 yılları arasında merkezi yönetim tarafından hazırlanan Ekonomik ve Mali Plan'da özel sektörün, "kamu hizmetlerinin ve altyapısının finansmanı, yapımı ve işletmesinde yer alması" bir öncelik olarak ifade edilmiştir. 2001-2004 yılları için hazırlanan Ekonomik ve Mali Plan'da da özel sektörün altyapıya 9 milyar Euro katkı yapmasının gerektiği öngörülmüştür (Güngör, 2012).

İtalya, özel sektöre ilişkin öngördüğü hedeflerini KÖİ finansman modeline uyarlamak amacıyla yasal düzenlemelerini yaparak sağlık alanına yönelmiştir. Bu süreçte, yerel yönetimlerin sağlık hizmet sunumundaki yetkileri artırılmış ve Yerel Sağlık Otoritelerinin (*Aziende Sanitarie Locali*) ekonomik ve finansal kısıtlar altında özel bir kuruluş gibi davranabileceği düzenlenmiştir. Bu kapsamda Yerel Sağlık Otoritelerine, yıllık gelirlerinin yüzde 15'ine kadar 10 yıl vade ile borçlanma yetkisi verilmiştir. Düzenlemelerle birlikte İtalya'da sağlık alanında proje sayısı hızla artmış ve AB ülkeleri içinde proje sayısı ve büyüklüğü açısından ikinci sıraya yerleşmiştir. 2007 yılı rakamlarına göre İtalya'da 63 adet projede KÖİ finansman modelleri uygulanmış olup, projelerin toplam büyüklüğü 3,9 milyar Avro'yu bulmaktadır (Güngör, 2012).

İtalya’da sağlık alanında uygulanan KÖİ projelerinde özel sektör aşağıda belirtilen hizmetlerin sunumunu üstlenmiştir (www.unece.org, 2012):

- Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri
- Tıbbi Cihazların Temini ve Bakımı
- Atık Yönetimi
- Çamaşır, Yemek, Temizlik
- Bahçe Düzenleme.

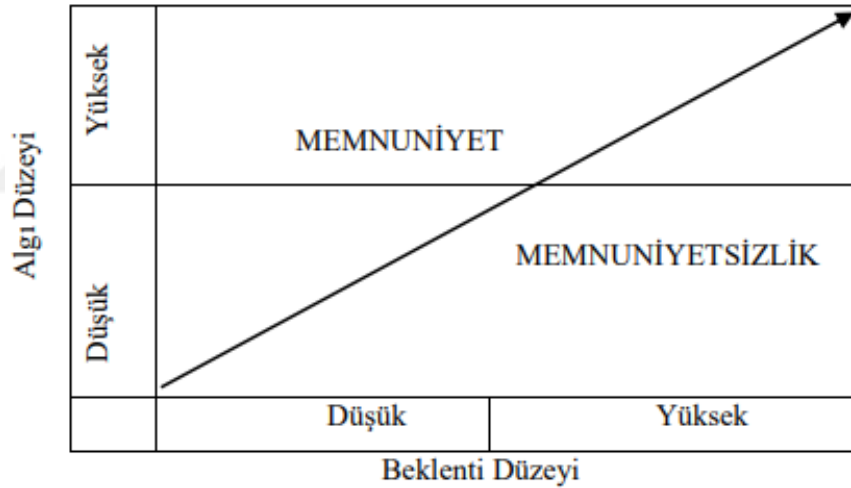
Özel sektör yukarıda belirtilen hizmetlerin sunumunun yanı sıra restoran, ticari alanlar ve otopark işletmesini de yapmaktadır.

Birleşik Krallık’ta hastanelerin vakıflaşarak, Türkiye’de ise kamu hastane birlikleri adı altında özerkleşmesine giden süreç çerçevesinde İtalya’da da yerel sağlık otoriteleri KÖİ projelerine giden süreçte ön plana çıkmıştır. KÖİ projelerinde çekirdek sağlık hizmetinin kamu kesimince sunumu, hastanelerin işletilmesinin özel sektöre bırakılması ve proje şirketlerine yıllık kira ödemeleri yapılarak devletin kiracı konumuna gelmesi gibi hususlar sayılan ülkeler arasındaki benzerlikler olarak ileri sürülebilecektir.

Ülkeler arasında uygulanan KÖİ modellerinin benzerlik göstermesinde küreselleşme olgusunun etkili olduğu düşünölmektedir. Küreselleşmenin etkisiyle sermayenin hızlı bir şekilde hareket edebilmesi, ülkeler arasındaki bilgi paylaşımını da artırmıştır. Örneğin İtalya’da KÖİ projelerinde aktif olarak yer alan bir inşaat şirketi, Ankara Etlik şehir Hastanesi işini üstlenen konsorsiyum içerisinde yer almaktadır (Hürriyet Gazetesi, 2016). Farklı ülkelerde KÖİ’ye ilişkin edinilen tecrübelerin bu örnekte olduğu gibi modelin yeni uygulandığı ülkelere aktarılması modelin başarıya ulaşması aşıından önemli bir husus olarak değerlendirilmektedir (şenel Tekin, 2010, s:16).

1.8. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Kaliteli ve hasta odaklı bir sağlık hizmet sunumu anlayışı 20. yüzyılda hizmet sektörünün gelişmesi ve sağlık alanında rekabetin artmasıyla birlikte gündeme gelmiştir (Emhan ve Bez, 2010). Hastaların sağlık kurumlarında sunulan başta sağlık olmak üzere tıbbi ve diğer destek hizmetlerinden hoşnut olması durumu hasta memnuniyeti olarak tanımlanabilecektir. Yapılan diğer bir tanıma göre hasta memnuniyeti; beklenen hizmet düzeyi ile deneyim ve algılanan hizmet düzeyi arasındaki farktır (Kavuncubaşı, 2000). Tanıma göre hastaların tedavi öncesinde hizmete ilişkin beklentilerinin olduğu ve deneyim sonrası beklentilerinin ne düzeyde karşılandığına bağlı olarak bir memnuniyet düzeyi oluşmaktadır. Bu husus Şekil 1.6.'da gösterilmiştir. Şekil 1.6.'ya göre, algı ile beklenti düzeyinin düşük veya yüksek olmasına bağlı olarak memnuniyet veya memnuniyetsizlik seviyeleri oluşmaktadır.



Şekil 1.6. Hasta Memnuniyeti, Algı ve Beklentiler (Kavuncubaşı, 2000)

Beklentiler hastanın cinsiyetine, yaşına, mesleğine ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterebilecektir. Hasta memnuniyetinin yüksek olması, sağlık hizmet sunumunda kalite ölçümünün belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Kırılmaz ve Öztürk, 2018). Sağlık hizmetlerinde kalite, uygun tedavi ve bakım hizmet sunumunda hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanmaktadır (Taşlıyan ve Gök, 2012). Kalitenin sağlık hizmetleri alanında kullanımının oldukça uzun bir geçmişi olduğu ifade edilmektedir (Esatoğlu, 1997). Dolayısıyla hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi kavramları arasında neden-sonuç ilişkisi

kurulabilecektir. Hasta memnuniyetinin yüksek olması ve kaliteli bir hizmet sunumu için hastanelerin gerekli tetkik ve tedavileri uygularken bu iki unsuru dikkate almaları gerektiği ifade edilmektedir (Taşlıyan ve Gök, 2012). Çünkü sağlık kurumlarında sunulan hizmetten memnun kalan hastaların genellikle tedavi oldukları sağlık kurumlarını tekrar tercih ettikleri ileri sürülmektedir (Gülmez, 2005, s: 148).

Sağlık hizmet sunumu bir çok değişkenden etkilenmektedir. Bir üretim süreci çerçevesinde sunulan sağlık hizmet sunumu, hastalara ulaşana kadar bir çok değişkenden etkilenmektedir. Bu kapsamda hasta memnuniyeti, sağlık bakım hizmetlerinin yapı, süreç ve sonuçları hakkında önemli bilgiler vermektedir.

Sağlık alanında yapılan hasta memnuniyeti araştırmalarının temel amacı hastaların sunulan hizmet sonucunda oluşan memnuniyet seviyelerinin ölçülmesidir. Ancak sağlık hizmet sunumu esnasında hizmet kalitesini etkileyen faktörlerin fazla olması ve faktörlerin net olarak tanımlanamaması gibi nedenlerden dolayı hasta memnuniyetinin ölçülmesi zorlaşmaktadır (Yanık, 2000, s:8). Öte yandan, hastaların beklenti, öneri ve geri bildirimlerinin sağlık kurumlarınca öğrenilmesi ve hizmet sunumundaki kalite düzeyini artıracak şekilde stratejik kararlara dönüşmesi memnuniyet araştırmalarının yapılmasını gerekli kılmaktadır (Tengilimoğlu, 2015).

1.8.1.Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmet sağlayıcıları olan sağlık kurumları için bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Bu husus gerek kamuya ait sağlık kurumları için gerekse de özel sektör sağlık kurumları için geçerlidir. Çalışmanın çeşitli bölümlerinde sağlık alanında yaşanan dönüşüm nedeniyle kamu hastanelerinin birer işletme gibi hareket ettiği vurgulanmıştır. Bu kapsamda özel sağlık kurumlarının hasta memnuniyetini artırma çalışmaları ile paralel olarak kamu sağlık kuruluşları da hasta memnuniyetini artırıcı çalışmalar yapmaktadırlar. Nitekim SDP'nin bileşenleri arasında memnuniyet düzeyinin artırılması yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık kurumları gerek idari düzenlemeler gerekse de rekabetin giderek arttığı bir dönemde devamlılıklarını sağlayabilmek için tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerini artırmaya yönelik çalışmalar yapmak zorundadır.

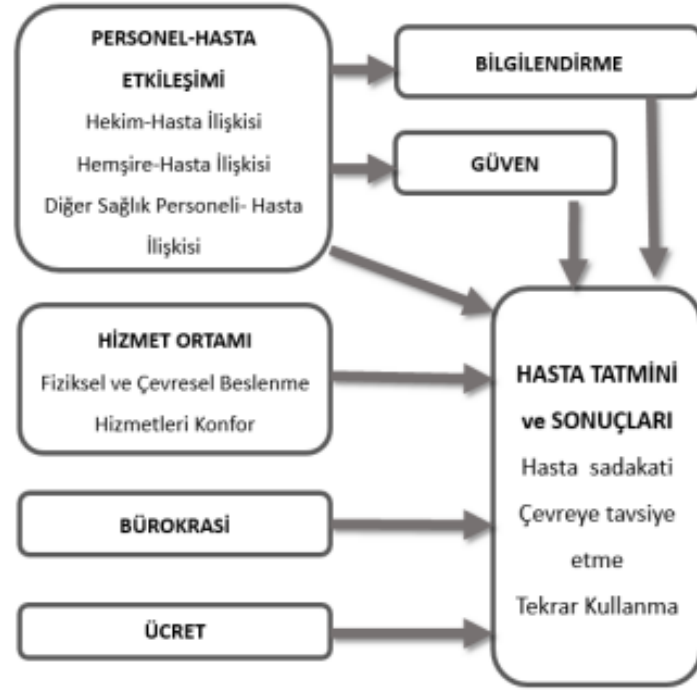
Hasta memnuniyetinin yüksek olması şüphesiz sağlık hizmet sunumu ve sürecinden bağımsız düşünülemezdir. Hasta hastaneye girdiği andan itibaren gerek personel gerekse de fiziksel ve çevresel koşullar ile yemek hizmetleri kusursuz olmalıdır. Hasta hastaneden ayrıldıktan sonra dâhi hastaların kayıtları titizlikle tutulmalı ve gerekli bilgilendirmeler hastalara zamanında yapılmalıdır. Sayılan hizmet bileşenlerinin sayısı artırılabilir.

Hasta memnuniyetinin yüksek olmasının olumlu kulaktan kulağa iletişim, yüksek kârlılık ve hastanın hekim tavsiyelerine uyması gibi etkileri söz konusudur (Dursun ve Çerçi, 2004). Dolayısıyla hasta memnuniyeti hastanın sağlıklı bir hayat sürmesini etkileyebilecektir. Buna karşılık, sağlık kurumlarının hasta memnuniyetini sağlayabilmeleri kolay değildir. Güllülü ve arkadaşları (2008, s:28), sağlık kurumlarının hasta memnuniyetini artırmaları sürecinde ön plana çıkarmaları gereken hizmetleri şöyle sıralamaktadır:

- Tedavi sürecinde optimal sağlık hizmetinin sunulması,
- Hastaların ihtiyaçlarının, isteklerinin ve beklentilerinin, hasta hakları çerçevesinde karşılanması.

1.8.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetinin tanımlandığı ve öneminin belirtildiği bölümlerde sağlık hizmet sunumunda hasta memnuniyetini birden fazla faktörün etkilediği dile getirilmişti. Şekil 1.7.'de hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ana başlıklar halinde gösterilmiştir.



Şekil 1.7. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Kavuncubaşı, 2000)

Şekil 1.7. incelendiğinde hasta memnuniyetine giden süreçte, 4 ana bileşenin yer aldığı değerlendirilmektedir. Personel hasta etkileşimi, hizmet ortamı, bürokrasi ve ücret ana bileşenlerdir. Personel hasta etkileşimi bileşeninde; hekim-hasta, hemşire-hasta ve diğer sağlık personeli-hasta ilişkisi yer almaktadır. Bu ilişkilere bağlı olarak bilgilendirme ve güven alt bileşenleri oluşmakta ve hasta memnuniyetini etkilemektedir. Sağlık hizmet sunumunun bir ekip işi olduğunu belirten Yanık (2000, s:64), hekim, hemşire ve hastanede görevli diğer personelin görev ve sorumluluklarında veya hasta ile olan etkileşimlerinde bir aksama meydana gelmesi durumunda sağlık hizmet sunumunun etkilendiğini ifade etmektedir.

Hizmet ortamı ana bileşenin alt bileşenleri olarak; fiziksel ve çevresel faktörler, beslenme hizmetleri ve konfor yer almaktadır. Sağlık hizmet sunumuna konu organizasyon ve hasta odaları hastalar tarafından önem atfedilen hususlardandır. Oda koşullarının yetersiz olması, hastanenin temiz olmaması ve hizmete konu üretim araçlarının bakımsızlığı gibi olumsuzluklar hastaların memnuniyet düzeylerinin düşmesine neden olmaktadır (Esatoğlu, 1997, s:62).

Ücret sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyini etkileyen bir diğer faktördür. Ücret, sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak hasta tarafından katlanılan maliyet olarak tanımlanabilecektir. Değişen sosyal güvenlik koşulları ve sağlık sistemi nedeniyle sağlık hizmetinin parasal karşılığı hastalar için önemli bir unsurdur. Hastanın sigortalı olup olmamasına bağlı olarak yapılan cepten ödemeler hastaların memnuniyet düzeylerini etkilemektedir (Derin ve Demirel, 2013).

Bürokrasi ve güven bileşenleri de üzerinde durulması gereken faktörlerdir. Tedavi sürecinde bürokratik işlemler nedeniyle zaman kayıplarının oluşması ve hastanın gereksiz süreçlere tabi tutulması hasta memnuniyetini düşürmektedir. Hastaların tedavi sürecinde sürekli bilgilendirilmek istemeleri ve tıbbi bakımın özelliğine bağlı olarak karar vermede yaşadıkları sorunlar nedeniyle hastaların yeterli bir şekilde bilgilendirilmeleri ve sağlık çalışanlarına güvenmeleri hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır (Esatoğlu, 1997, s:64). Sayılan tüm bu bileşenlere ve alt bileşenlere bağlı olarak hasta memnuniyet düzeyi oluşmaktadır. Hasta memnuniyet düzeyinin sonucuna göre, hasta sadakati, çevreye tavsiye etme ve tekrar kullanma gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.

1.8.3. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin tespit edilmesi sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar için önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin tespit edilmesinin faydaları şunlardır (Özer ve Çakıl, 2007, s:141):

- Sağlık hizmetlerinin yapı, süreç ve sonuçları hakkında bilgi verir.
- Sağlık kurumlarının birbirleriyle rekabetlerinde zayıf ve güçlü yönlerin öğrenilmesine olanak verir.
- Sağlık hizmet sunumunda maliyetlerin düşürülmesini sağlar.
- Sağlık hizmet sunumunda kaliteyi artırır.
- Demografik özelliklerin memnuniyet düzeyleri üzerindeki etkisinin öğrenilmesine olanak verir.

Sağlık kurumları hasta memnuniyet araştırmalarının sayılan faydalarından yararlanmak amacıyla hasta memnuniyet düzeylerini ölçmektedirler. Ek olarak, Türkiye’de performansa dayalı ek ödeme sistemi gereğince Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde hasta memnuniyeti ölçölmek zorundadır. Hasta memnuniyetinin ölçümünde genellikle tüm hizmetlerin değerlendirmeye tabi tutulduğu ifade edilmektedir (Tengilimoğlu, 2015).

Literatürde hasta memnuniyeti ölçme yöntemlerinin ikiye ayrıldığı tespit edilmiştir. Bu ayırım nitel ve nicel yaklaşımlar olarak yapılmaktadır (Vavra, 1999). Nitel araştırmalarda odak grup görüşmesi, gözlem ve video kayıtlar kullanılan başlıca tekniklerdir. Nitel araştırma tekniklerinin avantajları olarak (Vavra, 1999):

- Hastadan zengin memnuniyet bilgisi sağlanabilmesi,
- Hasta ile etkileşim olanağının bulunması,
- Hastanın kendisini ifade ederken herhangi bir sınırlılığa tabi olmaması,
- Bireysel farklılık durumlarının yansıtabilmesi gösterilmektedir.

Hasta memnuniyetini ölçmede kullanılan nicel araştırma tekniklerine anketler ve telefon görüşmeleri örnek olarak verilebilir. Nicel araştırma tekniklerinin avantajları olarak (Vavra, 1999):

- Öznelliğin azaltılması,
- İstatistiksel değerin olması,
- Maliyetin yüksek olmaması,
- Standardizasyon ve kontrol olanağının bulunması gösterilmektedir.

Hasta memnuniyetini ölçmede en fazla kullanılan yöntemlerin bu aşamada incelenmesi gerekli görölmektedir.

1.8.3.1. Anket Yöntemi

Anket yöntemi hasta memnuniyetini ölçmede en sık kullanılan yöntemdir. Anket yöntemi, kolay uygulanabilir ve ölçölebilir olması, maliyetinin düşük olması ile diğer

araştırmalarla karşılaştırılabilmesi açısından tercih edilmektedir. Hastalar tedavi surken, taburcu olurken veya taburcu olduktan sonra memnuniyet anketine katılabilmektedirler. Anketler hasta kitlesinin niteliğine gore değişebilmektedir. Yataklı servisler ile poliklinik servislerinde aynı anketin uygulanması doğru sonuçlar vermeyecektir (Haberal, 2012).

Anket yönteminin uygulama biçimleri olarak; yüz yüze, telefon ve posta yoluyla yapılan anketler olarak sıralanabilecektir. En iyi sonucun alındığı anket biçiminin yüz yüze ve tarafsız olarak evde uygulanan olduğu savunulmaktadır (Tengilimoğlu, 2015). Posta yoluyla yapılan araştırmalarda hasta memnuniyetini ölçmede kullanılmakla beraber çeşitli sorunlarla karşılaşılabilmektedir. Bu yöntemde en önemli sorun anketlerin geri dönüşü ile ilgilidir. Anketlerin hastalara sağlık kurumlarından ayrılışlarını takiben 7. günden sonra gönderilmesi gerektiği ve anket ile zarfının hastanın adına yazılmış olması gerektiği savunulmaktadır. Telefon görüşmeleri ile veri toplamada kolay uygulanabilir bir teknik olması nedeniyle sağlık kurumlarınca sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak telefon görüşmelerinden önce uygun bir konuşma metninin hazırlanması ve nitelikli bir anket formunun kullanılması önerilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s:486-487).

1.8.3.2. Odak Grup Görüşmeleri

Odak grup görüşmeleri, nitel bir veri toplama aracıdır. Sistemantik veri toplama özelliği ve elde edilen detaylı verilerle birebir ve görüşmeler ve anketler için sağlam bir temel oluşturduğu ifade edilmektedir (Kitzinger, 1995). Kruger (1994) odak grup görüşmesini, araştırmaya katılanların düşüncelerini rahatlıkla söyleyebileceği bir ortamda titizlikle planlanmış bir tartışma olarak tanımlamaktadır.

Odak grup görüşmelerinin ekonomik olduğu ve uygulamasının kolay olduğu belirtilmektedir (McNair ve ark., 2006). Sağlık alanında odak grup görüşmeleri, sağlık kurumlarında tedavi hizmeti alan hastalara yönelik olarak hastaların deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Grup moderatrnn belirlediği tartışma başlıkları etrafında, ortalama 8-12 hasta ile yarım saatten iki saate kadar süren bir zaman dilimi içerisinde tartışan insan grubu yer almaktadır. Odak grup

görüşmeleri, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler hakkında ayrıntılı bilgi edinme olanağı sağlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000).

Bu tez çalışması ile gelecek 25 yılın sağlık politikası üzerinde ciddi etkileri olacağı değerlendirilen sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli ile inşa edilen ve hasta kabulüne başlayan Adana Şehir Hastanesi'ndeki hasta memnuniyetinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının tespiti bu araştırmanın bir diğer amacıdır.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Türkiye’de sağlık alanında yap-kirala-devret adı verilen KÖİ finansman modeli çerçevesinde şehir hastaneleri inşa edilmektedir. İnşa edilen şehir hastaneleri, projeyi üstlenen şirket veya şirketler tarafından işletilmekte, “*çekirdek (temel) sağlık hizmetleri*” ise kamu kesimi tarafından sunulmaktadır (Karasu, 2011). Klasik kamusal hizmet sunumundan farklı bir model ile işleyen bu süreçte hastaların sunulan hizmetlerden memnun olup olmadıkları merak edilen bir husustur.

Bu çalışmanın amacı; sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli ile inşa edilen ve hasta kabulüne başlayan Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesidir. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasında ilişkiler istatistiksel yöntemlerle test edilecektir.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma hipotezleri aşağıda sunulmuştur:

H₁: Araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H₂: Araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H₃: Araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeyleri eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

H₄: Araştırmaya katılan hastaların memnuniyet düzeyleri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.

2.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma sürecinde öncelikle Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı'na başvurularak araştırmanın etik açıdan incelenmesi talep edilmiştir. Etik Kurul tarafından araştırmanın gerçekleştirilmesinin etik açıdan uygunluğu hususunda oybirliği ile karar verilmiştir. Ardından Adana Şehir Hastanesi'nde araştırmayı gerçekleştirmek amacıyla Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılacak ölçeği geliştiren Prof. Dr. Neslihan Derin ve Doç. Dr. Erkan Turan Demirel'den ölçek kullanma izinleri alınmıştır. İlgili izin dokümanları Ek 1, Ek 2 ve Ek 3'te yer almaktadır.

2.4. Evren ve Örneklem

Araştırma, Adana ili metropol alan sınırları içinde T.C. Sağlık Bakanlığı ve yüklenici firma tarafından hizmet sunulan Adana Şehir Hastanesi'nin yataklı servislerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Adana Şehir Hastanesi'nin yataklı servislerinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Hastane yönetiminden alınan bilgiye göre 19-26 Mart 2018 tarihleri arasında Adana Şehir Hastanesi'nin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hasta sayısı 1300'dür. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında aşağıda paylaşılan formül kullanılmıştır (Özdamar, 2003, s:116-118):

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 Z_{\alpha}}{(N - 1) \cdot d^2} = n = \frac{1300 \times (0,71)^2 \times 1,96}{(1300 - 1) \times (0,05)^2} = 395$$

N: Evren birim sayısı

n: Örneklem büyüklüğü

Z_{α} : $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d: Örneklem hatası

σ : Evren standart sapması

Formüle göre evren büyüklüğü 1300 olan araştırmada örneklem büyüklüğünün 395 olması yeterlidir. Bu kapsamda yataklı servislerde tedavi olan hastalara uygulanmak amacıyla anket formu hazırlanmış ve basit tesadüfi örnekleme yöntemi

ile anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta sayısı 326 olarak gerçekleşmiştir. Hastalardan 73'ünün doldurduğu anketlerde hasta memnuniyetine ilişkin kayıp veri sayısı nedeniyle 73 hastanın doldurduğu anketlerin dikkatlice doldurulmadığına karar verilmiş ve anketler dikkate alınmamıştır. İstatistiksel analizler 253 hastadan elde edilen veri üzerinden değerlendirilmiştir.

2.5. Kısıtlılıklar ve Varsayımlar

Bu araştırma, Adana Şehir Hastanesi'nin yataklı servislerinde tedavi gören 18 ve üzeri yaşta olan hastalara yönelik olarak uygulanmıştır. Araştırmanın kısıtlılıkları şunlardır:

1. Adli Psikiyatri Hastanesi ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi yataklı servislerinde yatan hastalara anket uygulanmamıştır.
2. Araştırmaya yalnızca hastalar dâhil edilmiş, hasta yakınları araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.
3. Hasta memnuniyet ölçeğinin hastaneden ayrılma boyutu, araştırmanın yalnızca yatan hastalara uygulanması nedeniyle araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Araştırma esnasında katılımcılara yönelik olarak çeşitli varsayımlarda bulunulmuştur. Bu varsayımlar:

1. Katılımcıların devlet hastaneleri ile şehir hastaneleri arasındaki farkları bildikleri varsayılmıştır.
2. Katılımcıların ankette yer alan ifadelere cevap verebilecek eğitim düzeyine sahip oldukları varsayılmıştır.
3. Katılımcıların anket esnasında kimsenin baskısı altında olmadan ifadeleri bağımsız bir şekilde puanladıkları varsayılmıştır.
4. Araştırma sonucu toplanan verilerin araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek düzeyde ve yeterli olduğu varsayılmıştır.

Araştırmaya ilişkin kısıtlılıklar ve varsayımlar nedeniyle araştırma sonuçları diğer şehir hastanelerine genellenemez.

2.6. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırma 19-26 Mart 2018 tarihleri arasında Adana Şehir Hastanesi'nin yataklı servislerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Ek 4) kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan hasta memnuniyeti ölçeği, Prof. Dr. Neslihan Derin ve Doç. Dr. Erkan Turan Demirel tarafından 2013 yılında geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alfa (α) değeri 0,875'dir (Derin ve Demirel, 2013).

Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcının demografik bilgilerine ilişkin sorular yer almaktadır. Bu kapsamda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleklerine ilişkin sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise katılımcıdan, hastaneye ilişkin olarak değerlendirme yapması istenilen toplam 82 ifade yer almaktadır. Ölçek, 5'li Likert dereceleme ölçeğidir. Seçenekler; (1) Tamamen katılıyorum, (2) Katılıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılmıyorum, (5) Tamamen katılmıyorum şeklinde sıralanmıştır. Ölçek, 11 faktörden oluşmaktadır. Faktörlerin isimleri ve madde sayıları şöyle sıralanmaktadır: Sistem (9 madde), Temizlik (6 madde), Çevre (12 madde), Yemek (5 madde), Doktor (12 madde), Hemşire (12 madde), Destek (7 madde), Güvenlik (4 madde), Gece (5 madde), Acil (6 madde), Ayrılma (4 madde, araştırmaya dahil edilmemiştir) (Derin ve Demirel, 2013).

Her bir faktör kendi içerisinde aritmetik ortalamasının alınmasıyla değerlendirilmektedir. Aritmetik ortalaması 3,40'ın üzerinde olan bir faktörde hasta memnuniyetinin yüksek olduğu, aritmetik ortalaması 2,60-3,40 arasında olan bir faktörde hasta memnuniyetinin vasat olduğu ve aritmetik ortalaması 1,00-2,60 arasında bir faktörde hasta memnuniyetinin düşük olduğu esas alınacaktır. Ölçekten alınacak genel aritmetik ortalamada da aynı hususlar geçerlidir (Derin ve Demirel, 2013).

Anketler hastalar ile birebir görüşülerek ve bırak-topla yöntemi ile uygulanmıştır (Kılıç, 2013). Anketler katılımcılara uygulanmadan önce araştırmanın konusu hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılma konusunda herhangi bir zorunluluğun olmadığı ve anket formlarına ad soyadı gibi tanımlayıcı bilgilerin girilmesinin

katılımcı inisiyatifinde olduğu belirtilmiştir. Böylelikle araştırmaya katılanların gönüllük esasına göre anketleri doldurması amaçlanmıştır.

2.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizi sosyal bilimler için istatistik paketi (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) 24.0 ile yapılmış ve sonuçları %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmada uygulanacak testler için ölçek puanının normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk için puanların çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiştir. Ayrıca Shapiro-Wilk testi ile normallik varsayımı sınanmıştır. Çizelge 2.1.'de hasta memnuniyet ölçeğinin çarpıklık ve basıklık katsayıları ile Shapiro-Wilk testi sonuçları paylaşılmıştır.

Çizelge 2.1. Memnuniyet Ölçeğinin Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları

	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alfa	Shapiro-Wilk	p
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	-0,291	-0,795	0,881	0,949	0,00
Temizlik Hizmetleri	-0,849	0,227	0,868	0,859	0,00
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	-0,797	0,894	0,858	0,921	0,00
Yemek Hizmetleri	-0,707	0,012	0,816	0,879	0,00
Doktor Bakımı	-0,597	-0,430	0,939	0,831	0,00
Hemşire Bakımı	-1,172	0,994	0,969	0,855	0,00
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	-0,939	1,170	0,878	0,879	0,00
Güvenlik Hizmetleri	-0,348	-1,078	0,823	0,891	0,00
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	-0,759	0,094	0,873	0,895	0,00
Acil Servis Hizmetleri	-0,007	-1,134	0,900	0,909	0,00
Genel Memnuniyet	-0,340	-0,643	0,978	0,864	0,00

p<0,05

Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (De Carlo, 1997; Groeneveld ve Meeden, 1984; Hopkins ve Weeks, 1990; Moors, 1986). Analiz sonucunda Çizelge 2.1.'de gösterildiği üzere, puanların çarpıklık ve basıklık değerlerinin istenen aralıkta olduğu belirlenmiş ve Shapiro-Wilk testi ile normallik varsayımı sınanmıştır. Shapiro-Wilk testinin sonucu anlamlı farklılık vermemiştir ($p < 0,05$). Dolayısıyla çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda karşılaştırma analizleri t testi ve tek yönlü varyans analizi (Analysis of Variance, ANOVA) kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca her test istatistiği sonucunda ulaşılan bulgular Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Çalışmada ölçeğin güvenilirlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla Cronbach's Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Memnuniyet ölçeğinin tüm alt boyutlarında Cronbach's Alfa katsayısının 0,800'den daha büyük olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı ise 0,978 olarak hesaplanmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde hasta memnuniyet araştırmasına katılan hastaların demografik özellikleri ve hasta memnuniyetine ilişkin bulgular paylaşılacaktır.

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgileri

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri Çizelge 3.1.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	119	47,0
	Erkek	134	53,0
Yaş	20 yaş ve altı	11	4,3
	21-30 yaş	57	22,5
	31-40 yaş	77	30,4
	41-50 yaş	39	15,4
	51-59 yaş	30	11,9
	60 yaş ve üstü	39	15,4
Eğitim	Okuryazar	10	4,0
	İlkokul	37	14,6
	Ortaokul	39	15,4
	Lise	93	36,8
	Üniversite	74	29,2
Meslek	Emekli	58	22,9
	Ev hanımı	33	13,0
	Öğrenci	18	7,1
	Serbest	40	15,8
	Memur	57	22,5
	İşçi	47	18,6
Toplam		253	100

Katılımcıların %53'ü erkeklerden, %47'si kadınlardan oluşmaktadır. Ankete en fazla katılım gösteren yaş grubu %30,4 ile 31-40 yaş grubudur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ağırlık olarak %36,8 lise ve %29,2 üniversite düzeyindedir. Katılımcılardan %22,9'u emekli, %22,5'i memur, %18,6'sı işçi, %15,8'i serbest meslek erbâbı, %13'ü ev hanımı, %7,1'i öğrencidir.

3.2. Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Hasta memnuniyetine ilişkin bulgular bu bölümde paylaşılacaktır. Bulguların paylaşılmasındaki sıralama, ölçekteki faktörler ve ilgili madde numaralarına göre yapılmıştır. Tüm faktörlerde ortalama hasta memnuniyet düzeyleri ve genel hasta memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular Çizelge 3.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. Hasta Memnuniyet Düzeyi, Tüm Faktörler

	n	Ort.	ss
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	253	3,55	0,95
Temizlik Hizmetleri	253	4,23	0,76
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	253	4,00	0,73
Yemek Hizmetleri	253	4,15	0,78
Doktor Bakımı	253	3,75	1,01
Hemşire Bakımı	253	3,93	1,05
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	253	4,18	0,74
Güvenlik Hizmetleri	253	4,00	0,89
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	253	3,93	0,98
Acil Servis Hizmetleri	253	3,85	0,85
Genel Memnuniyet Düzeyi	253	3,93	0,71

Çizelge 3.2.'ye göre araştırma sonucunda genel hasta memnuniyet düzeyi 5 puan üzerinden $3,93 \pm 0,71$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hastane sistemi ve örgütlenmesi için puan ortalaması $3,55 \pm 0,95$; temizlik hizmetleri için puan ortalaması $4,23 \pm 0,76$; fiziksel ve çevresel koşullar için puan ortalaması $4,00 \pm 0,73$; yemek hizmetleri için puan ortalaması $4,15 \pm 0,78$; doktor bakımı için puan ortalaması $3,75 \pm 1,01$; hemşire bakımı için puan ortalaması $3,93 \pm 1,05$; idari ve destek hizmetleri personeli için puan ortalaması $4,18 \pm 0,74$; güvenlik hizmetleri için puan ortalaması $4,00 \pm 0,89$; geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti için puan ortalaması $3,93 \pm 0,98$; acil servis hizmetleri için puan ortalaması $3,85 \pm 0,85$ 'tir.

Çizelge 3.3. Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastanede muayene olmak için gereken işlemler karmaşık ve uzundur.	30	11,9	61	24,1	39	15,4	68	26,9	55	21,7	3,23	1,34
Hastanenin işleyişi hakkında verilen danışmanlık hizmetleri yetersizdir.	28	11,1	65	25,7	15	5,9	76	30,0	69	27,3	3,37	1,40
Hastanenin yatış ve çıkış işlemleri karmaşık ve uzundur.	16	6,3	43	17,0	24	9,5	100	39,5	70	27,7	3,65	1,22
Tıbbi tetkikler için bekleme süreleri çok fazladır.	27	10,7	29	11,5	54	21,3	62	24,5	81	32,0	3,56	1,32
Otomasyon aracılığıyla yapılan arşiv sistemi yetersizdir, kayıplara yol açmaktadır.	14	5,5	5	2,0	74	29,2	70	27,7	90	35,6	3,86	1,10
Refakatçi işlemleri yetersizdir.	17	6,7	27	10,7	14	5,5	100	39,5	95	37,5	3,91	1,20
Ziyaret saatleri yetersizdir.	47	18,6	45	17,8	26	10,3	54	21,3	81	32,0	3,30	1,52
Hastanede işler tanıdıklar aracılığıyla yürütülmektedir.	34	13,4	28	11,1	37	14,6	73	28,9	81	32,0	3,55	1,38
Hastaların hastaneye iletişim kuracağı (telefon, e-mail, mektup, şikâyet, dilekçesi vb.) materyalleri azdır veya yetersizdir.	35	13,8	25	9,9	39	15,4	84	33,2	70	27,7	3,51	1,35
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi											3,55	0,95

Hastane sistemi ve örgütlenmesi boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $3,55 \pm 0,95$ 'tir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların hastane sistemi ve örgütlenmesi ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Refakatçi işlemleri yetersizdir (3,91).
- Otomasyon aracılığıyla yapılan arşiv sistemi yetersizdir, kayıplara yol açmaktadır (3,86).
- Hastanenin yatış ve çıkış işlemleri karmaşık ve uzundur (3,65).
- Tıbbi tetkikler için bekleme süreleri çok fazladır (3,56).

Çizelge 3.4. Temizlik Hizmetleri ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tuvalet ve banyo temizliği yetersizdir.	10	4,0	22	8,7	9	3,6	87	34,4	125	49,4	4,17	1,10
Böcek problemi vardır.	0	0,0	6	2,4	17	6,7	95	37,5	135	53,4	4,42	0,72
Hasta odalarının temizliği yetersizdir.	10	4,0	17	6,7	7	2,8	108	42,7	111	43,9	4,16	1,03
Hasta yataklarının temizliği yetersizdir.	9	3,6	17	6,7	12	4,7	103	40,7	112	44,3	4,15	1,02
Çöpler için yeterince kova yoktur.	3	1,2	25	9,9	10	4,0	85	33,6	130	51,4	4,24	1,00
Ortamın pis olmasından dolayı mikrop kapma olasılığı çok yüksektir.	4	1,6	12	4,7	24	9,5	86	34,0	127	50,2	4,26	0,92
Temizlik Hizmetleri											4,23	0,76

Temizlik hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $4,23 \pm 0,76$ 'dır. Araştırma sonuçlarına göre hastaların temizlik hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Böcek problemi vardır (4,42).
- Ortamın pis olmasından dolayı mikrop kapma olasılığı çok yüksektir (4,26).
- Çöpler için yeterince kova yoktur (4,24).
- Tuvalet ve banyo temizliği yetersizdir (4,17).

Çizelge 3.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastanede genel onarım ve bakım eksikliği vardır.	20	7,9	8	3,2	25	9,9	105	41,5	95	37,5	3,98	1,14
Asansör hizmetleri yetersizdir.	0	0,0	28	11,1	19	7,5	92	36,4	114	45,1	4,15	0,97
Otopark problemi vardır.	19	7,5	40	15,8	17	6,7	94	37,2	83	32,8	3,72	1,27
Ulaşım problemleri yaşanmaktadır.	48	19,0	32	12,6	29	11,5	72	28,5	72	28,5	3,35	1,48
Odalar yeterince konforlu değildir.	3	1,2	8	3,2	4	1,6	97	38,3	141	55,7	4,44	0,78
Odalarda ısı problemi vardır.	15	5,9	17	6,7	5	2,0	96	37,9	120	47,4	4,14	1,13
Hasta odalarında lavabo yetersizdir ve telefon problemi vardır.	8	3,2	7	2,8	0	0,0	99	39,1	139	54,9	4,40	0,88
Gürültülü bir ortam vardır.	22	8,7	24	9,5	14	5,5	107	42,3	86	34,0	3,83	1,23
Havalandırma yetersizdir.	27	10,7	29	11,5	7	2,8	91	36,0	99	39,1	3,81	1,34
Hastaların dini vecibelerini yerine getirmeleri konusunda yeterince hassasiyet yoktur.	11	4,3	20	7,9	14	5,5	79	31,2	129	51,0	4,17	1,11
İşaret levhaları yetersizdir.	28	11,1	19	7,5	7	2,8	80	31,6	119	47,0	3,96	1,34
Kantin hizmetleri yetersizdir.	16	6,3	19	7,5	10	4,0	89	35,2	119	47,0	4,09	1,17
Fiziksel ve Çevresel Koşullar											4,00	0,73

Fiziksel ve çevresel koşullar boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $4,00 \pm 0,73$ 'tür. Araştırma sonuçlarına göre hastaların fiziksel ve çevresel koşullar ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Odalar yeterince konforlu değildir (4,44).

- Hasta odalarında lavabo yetersizdir ve telefon problemi vardır (4,40).
- Hastaların dini vecibelerini yerine getirmeleri konusunda yeterince hassasiyet yoktur (4,17).
- Asansör hizmetleri yetersizdir (4,15).
- Odalarda ısı problemi vardır (4,14).

Çizelge 3.6. Yemek Hizmetleri ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yemek çeşidi azdır.	23	9,1	20	7,9	8	3,2	94	37,2	108	42,7	3,96	1,26
Yemeğin porsiyonu azdır.	16	6,3	20	7,9	11	4,3	105	41,5	101	39,9	4,01	1,15
Servis personelinin takdimi yetersizdir.	7	2,8	5	2,0	18	7,1	118	46,6	105	41,5	4,22	0,87
Servis personelinin eli, kıyafeti temiz değildir.	2	0,8	7	2,8	8	3,2	118	46,6	118	46,6	4,36	0,74
Yemek saatleri uygunsuzdur.	12	4,7	9	3,6	12	4,7	109	43,1	111	43,9	4,18	1,01
Yemek Hizmetleri											4,15	0,78

Yemek hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $4,15 \pm 0,78$ 'dir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların yemek hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en fazla olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Servis personelinin eli, kıyafeti temiz değildir (4,36).
- Servis personelinin takdimi yetersizdir (4,22).
- Yemek saatleri uygunsuzdur (4,18).
- Yemeğin porsiyonu azdır (4,01).
- Yemek çeşidi azdır (3,96).

Çizelge 3.7. Doktor Bakımı ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Doktorlar yanlış, eksik ve hatalı tedavi uygulamaktadır.	11	4,3	9	3,6	32	12,6	86	34,0	115	45,5	4,13	1,05
Tıbbi tedavi konusunda hastaya yeterince bilgi vermemektedir.	39	15,4	23	9,1	28	11,1	81	32,0	82	32,4	3,57	1,41
Tedavi ve bakımdan önce hastanın onayını almamaktadır.	16	6,3	21	8,3	15	5,9	104	41,1	97	38,3	3,97	1,16
Hastaya gösterdiği ilgi eksiktir.	19	7,5	23	9,1	27	10,7	89	35,2	95	37,5	3,86	1,22
Hasta için ayırmış olduğu süre yetersizdir.	30	11,9	37	14,6	22	8,7	70	27,7	94	37,2	3,64	1,40
Hastanın duygu ve hislerini anlamaya çalışmamaktadır.	31	12,3	22	8,7	27	10,7	68	26,9	105	41,5	3,77	1,38
Hastanın kültürel değerlerine saygı göstermemektedir.	18	7,1	21	8,3	13	5,1	80	31,6	121	47,8	4,05	1,22
Hasta muayenesinde ve tedavisinde mahremiyete saygı göstermektedir.	34	13,4	29	11,5	29	11,5	77	30,4	84	33,2	3,58	1,39
Uzman ve asistan doktorlar arasında iletişim kopukluğu vardır.	19	7,5	12	4,7	48	19,0	91	36,0	83	32,8	3,82	1,16
Hastanın problemlerini çözmeye sorularına cevap vermede isteksizdir.	31	12,3	13	5,1	37	14,6	74	29,2	98	38,7	3,77	1,34
Tedavi gördüğünüz bölüm dışında, hastane içerisinde başka bir bölümdeki doktora görünmeniz gerektiğinde işlemler sıkıntılı gerçekleşmektedir.	29	11,5	32	12,6	59	23,3	49	19,4	84	33,2	3,50	1,36
Doktor sayısı azdır.	45	17,8	33	13,0	44	17,4	61	24,1	70	27,7	3,31	1,45
Doktor Bakımı											3,75	1,01

Doktor bakımı boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $3,75 \pm 1,01$ 'dir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların doktor bakımı ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Doktorlar yanlış, eksik ve hatalı tedavi uygulamaktadır (4,13).
- Hastanın kültürel değerlerine saygı göstermemektedir (4,05).
- Tedavi ve bakımdan önce hastanın onayını almamaktadır (3,97).

Çizelge 3.8. Hemşire Bakımı ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastaya gösterdiği bakım yetersizdir.	21	8,3	24	9,5	14	5,5	91	36,0	103	40,7	3,91	1,26
Tıbbi tedavi konusunda hastaya yeterince bilgi vermemektedir.	28	11,1	17	6,7	32	12,6	80	31,6	96	37,9	3,79	1,31
Hasta için ayırmış olduğu süre yetersizdir.	19	7,5	32	12,6	16	6,3	70	27,7	116	45,8	3,92	1,30
İhtiyaç olduğu anda bulunamamaktadır.	21	8,3	14	5,5	15	5,9	97	38,3	106	41,9	4,00	1,20
Hastaya gösterdiği ilgi eksiktir.	25	9,9	14	5,5	15	5,9	91	36,0	108	42,7	3,96	1,26
İş disiplini eksiktir.	21	8,3	12	4,7	18	7,1	96	37,9	106	41,9	4,00	1,19
Davranışları kaba ve incitcidir.	17	6,7	14	5,5	13	5,1	104	41,1	105	41,5	4,05	1,13
Hastanın duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışmamaktadır.	18	7,1	16	6,3	35	13,8	82	32,4	102	40,3	3,92	1,19
Hastanın problemlerini çözmede, sorularına cevap vermede isteksizdir.	14	5,5	7	2,8	51	20,2	80	31,6	101	39,9	3,98	1,10
Hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmemektedir.	10	4,0	5	2,0	33	13,0	100	39,5	105	41,5	4,13	0,98
Hasta tedavisinde mahremiyete saygı göstermemektedir.	17	6,7	8	3,2	30	11,9	83	32,8	115	45,5	4,07	1,14
Hemşire sayısı azdır.	43	17,0	25	9,9	40	15,8	56	22,1	89	35,2	3,49	1,47
Hemşire Bakımı											3,93	1,05

Hemşire bakımı boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $3,93 \pm 1,05$ 'tir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların hemşire bakımı ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmemektedir (4,13).
- Hasta tedavisinde mahremiyete saygı göstermemektedir (4,07).
- Davranışları kaba ve incitcidir (4,05).
- İhtiyaç olduğu anda bulunamamaktadır (4,00).
- İş disiplini eksiktir (4,00).

Çizelge 3.9. İdari ve Destek Hizmetleri Personeli ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Personel genelde hastalara karşı kaba ve incitici davranmaktadır.	5	2,0	3	1,2	8	3,2	120	47,4	117	46,2	4,35	0,77
Hastalara gerekli bilgileri vermemektedirler.	19	7,5	13	5,1	6	2,4	114	45,1	101	39,9	4,05	1,14
Kılık kıyafetleri uygunsuzdur.	0	0,0	4	1,6	4	1,6	128	50,6	117	46,2	4,42	0,60
İş disiplinleri eksiktir.	3	1,2	12	4,7	13	5,1	114	45,1	111	43,9	4,26	0,85
Hastanın duyu ve hislerini anlamaya çalışmamaktadır.	7	2,8	7	2,8	18	7,1	119	47,0	102	40,3	4,19	0,89
Hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmemektedir.	7	2,8	4	1,6	4	1,6	112	44,3	126	49,8	4,37	0,83
Hastanede genel anlamda personel sayısı azdır.	40	15,8	27	10,7	17	6,7	68	26,9	101	39,9	3,64	1,48
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli											4,18	0,74

İdari ve destek hizmetleri personeli boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $4,18 \pm 0,74$ 'tür. Araştırma sonuçlarına göre hastaların idari ve destek hizmetleri personeli ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Kılık kıyafetleri uygunsuzdur (4,42).
- Hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmemektedir (4,37).
- Personel genelde hastalara karşı kaba ve incitici davranmaktadır (4,35).

Çizelge 3.10. Güvenlik Hizmetleri ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastaneye giriş çıkışlardaki kontroller yetersizdir.	18	7,1	33	13,0	18	7,1	84	33,2	100	39,5	3,85	1,27
Hastanede hırsızlık olayları olmaktadır.	0	0,0	2	0,8	54	21,3	93	36,8	104	41,1	4,18	0,79
Güvenlikçiler ziyaret saatleri dışında insanları içeri alarak diğer hastaların rahatsız olmalarına yol açmaktadır.	19	7,5	24	9,5	26	10,3	81	32,0	103	40,7	3,89	1,24
Hastane yangın, deprem vs. olaylarına karşı yeterince önlem alınmamıştır.	11	4,3	3	1,2	43	17,0	96	37,9	100	39,5	4,07	1,00
Güvenlik Hizmetleri											4,00	0,89

Güvenlik hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $4,00 \pm 0,89$ 'dur. Araştırma sonuçlarına göre hastaların güvenlik hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Hastanede hırsızlık olayları olmaktadır (4,18).
- Hastane yangın, deprem vs. olaylarına karşı yeterince önlem alınmamıştır (4,07).
- Güvenlikçiler ziyaret saatleri dışında insanları içeri alarak diğer hastaların rahatsız olmalarına yol açmaktadır (3,89).

Çizelge 3.11. Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmetleri ile İlgili Bulgular

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Geceleri ve hafta sonları tıbbi bakım hizmeti eksiktir.	18	7,1	23	9,1	31	12,3	74	29,2	107	42,3	3,91	1,24
Temizlik yetersizdir.	12	4,7	18	7,1	26	10,3	83	32,8	114	45,1	4,06	1,12
Doktor ve hemşire sayısı yetersizdir.	30	11,9	42	16,6	25	9,9	66	26,1	90	35,6	3,57	1,41
Geceleri ve hafta sonlarında gürültü olmaktadır.	8	3,2	28	11,1	10	4,0	96	37,9	111	43,9	4,08	1,09
Yemekler kötü çıkmaktadır.	18	7,1	8	3,2	19	7,5	106	41,9	102	40,3	4,05	1,11
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmetleri											3,93	0,98

Geceleri ve hafta sonları hastane hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $3,93 \pm 0,98$ 'dir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların geceleri ve hafta sonları sunulan hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Geceleri ve hafta sonlarında gürültü olmaktadır (4,08).
- Temizlik yetersizdir (4,06).
- Yemekler kötü çıkmaktadır (4,05).

Çizelge 3.12. Acil Servis Hizmetleri ile İlgili Bulgular

	Tamamen katlıyorum		Katlıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		Ort.	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ambulans hizmetleri yetersizdir.	3	1,2	0	0,0	68	26,9	99	39,1	83	32,8	4,02	0,84
Geç müdahale edilmektedir.	10	4,0	8	3,2	77	30,4	84	33,2	74	29,2	3,81	1,02
Acilden servislere geçiş süresi çok fazladır.	9	3,6	19	7,5	51	20,2	96	37,9	78	30,8	3,85	1,05
Personel sayısı azdır.	23	9,1	34	13,4	50	19,8	67	26,5	79	31,2	3,57	1,30
Yatak sayısı azdır.	12	4,7	19	7,5	48	19,0	91	36,0	83	32,8	3,85	1,10
Acilde olması gereken malzeme ve materyal yoktur.	0	0,0	8	3,2	71	28,1	81	32,0	93	36,8	4,02	0,88
Acil Servis Hizmetleri											3,85	0,85

Acil servis hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti 5 puan üzerinden ortalama $3,85 \pm 0,85$ 'tir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların acil servis hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler sırasıyla şunlardır;

- Ambulans hizmetleri yetersizdir (4,02).
- Acilde olması gereken malzeme ve materyal yoktur (4,02).
- Acilden servislere geçiş süresi çok fazladır (3,85).
- Yatak sayısı azdır (3,85).

3.3. Cinsiyet Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Cinsiyet bakımından hasta memnuniyetinin karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi sonuçları Çizelge 3.13.'te paylaşılmıştır.

Çizelge 3.13. Cinsiyet Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	Kadın	119	3,77	0,91	3,58	0,00*
	Erkek	134	3,35	0,94		
Temizlik Hizmetleri	Kadın	119	4,30	0,79	1,22	0,22
	Erkek	134	4,18	0,73		
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	Kadın	119	4,06	0,79	1,22	0,22
	Erkek	134	3,95	0,68		
Yemek Hizmetleri	Kadın	119	4,23	0,76	1,60	0,11
	Erkek	134	4,07	0,80		
Doktor Bakımı	Kadın	119	3,92	0,98	2,55	0,01*
	Erkek	134	3,60	1,01		
Hemşire Bakımı	Kadın	119	4,07	1,10	1,98	0,04*
	Erkek	134	3,81	0,99		
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	Kadın	119	4,28	0,73	2,03	0,04*
	Erkek	134	4,09	0,74		
Güvenlik Hizmetleri	Kadın	119	4,16	0,84	2,80	0,00*
	Erkek	134	3,85	0,90		
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	Kadın	119	4,07	0,95	2,01	0,04*
	Erkek	134	3,82	1,00		
Acil Servis Hizmetleri	Kadın	119	4,01	0,87	2,77	0,00*
	Erkek	134	3,72	0,82		
Genel Memnuniyet	Kadın	119	4,05	0,73	2,76	0,00*
	Erkek	134	3,81	0,68		

*p<0,05

Çizelge 3.13.'e göre hastane sistemi ve örgütlenmesi, doktor bakımı, hemşire bakımı, idari ve destek hizmetleri personeli, güvenlik hizmetleri, geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti ve acil servis hizmetleri boyutları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlar incelendiğinde; hastane sistemi ve örgütlenmesi boyutunda kadınların memnuniyet puanı ortalaması 3,77±0,91, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması 3,35±0,94; doktor bakımı boyutunda kadınların memnuniyet puanı ortalaması 3,92±0,98, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması 3,60±1,01; hemşire bakımı boyutunda kadınların memnuniyet puanı

ortalaması $4,07\pm1,10$, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması $3,81\pm0,99$; idari ve destek hizmetleri personeli boyutunda kadınların memnuniyet puanı ortalaması $4,28\pm0,73$, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması $4,09\pm0,74$; güvenlik hizmetleri boyutunda kadınların memnuniyet puanı ortalaması $4,16\pm0,84$, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması $3,85\pm0,90$; geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutunda kadınların memnuniyet puanı ortalaması $4,07\pm0,95$, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması $3,82\pm1,00$; acil servis hizmetleri boyutunda kadınların memnuniyet puanı ortalaması $4,01\pm0,87$, erkeklerin memnuniyet puanı ortalaması $3,72\pm0,82$ ve genel memnuniyet puanı ortalaması kadınlarda $4,05\pm0,73$, erkeklerde $3,81\pm0,68$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin sayılan alt boyutlarında kadınların memnuniyet düzeyleri erkeklerinkinden daha yüksektir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ve memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Çizelge 3.13). Bu çerçevede H_1 hipotezi doğrulanmıştır.

3.4. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Yaş bakımından hasta memnuniyetinin karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA testi ve ANOVA testi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi sonuçları Çizelge 3.14'te paylaşılmıştır.

Çizelge 3.14. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	Grup Fark
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	20 yaş ve altı	11	3,12	0,53	2,50	0,03*	4-6
	21-30 yaş	57	3,68	0,93			
	31-40 yaş	77	3,58	0,95			
	41-50 yaş	39	3,16	1,03			
	51-59 yaş	30	3,58	0,94			
	60 yaş ve üstü	39	3,77	0,90			
Temizlik Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	4,41	0,65	2,56	0,02*	1-5
	21-30 yaş	57	4,38	0,68			
	31-40 yaş	77	4,27	0,56			
	41-50 yaş	39	4,02	0,83			
	51-59 yaş	30	3,92	1,08			
	60 yaş ve üstü	39	4,36	0,80			
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	20 yaş ve altı	11	4,30	0,69	3,63	0,00*	1-5, 2-5
	21-30 yaş	57	4,19	0,62			
	31-40 yaş	77	4,06	0,64			
	41-50 yaş	39	3,79	0,59			
	51-59 yaş	30	3,63	1,05			
	60 yaş ve üstü	39	4,05	0,80			
Yemek Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	3,45	0,63	3,31	0,00*	1-3, 1-6
	21-30 yaş	57	4,32	0,77			
	31-40 yaş	77	4,23	0,71			
	41-50 yaş	39	3,98	0,89			
	51-59 yaş	30	3,98	0,90			
	60 yaş ve üstü	39	4,21	0,60			
Doktor Bakımı	20 yaş ve altı	11	2,91	0,98	5,54	0,00*	1-2, 1-6, 2-4
	21-30 yaş	57	3,99	0,92			
	31-40 yaş	77	3,80	0,95			
	41-50 yaş	39	3,26	1,10			
	51-59 yaş	30	3,63	1,09			
	60 yaş ve üstü	39	4,10	0,79			

Çizelge 3.14 Devamı. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Hemşire Bakımı	20 yaş ve altı	11	3,07	1,02	2,63	0,02*	1-6
	21-30 yaş	57	3,94	1,19			
	31-40 yaş	77	3,92	1,12			
	41-50 yaş	39	3,80	0,86			
	51-59 yaş	30	3,98	0,71			
	60 yaş ve üstü	39	4,30	1,00			
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	20 yaş ve altı	11	4,00	0,00	4,91	0,00*	2-3, 2-4, 2-5
	21-30 yaş	57	4,52	0,72			
	31-40 yaş	77	4,13	0,78			
	41-50 yaş	39	3,89	0,71			
	51-59 yaş	30	3,95	0,59			
	60 yaş ve üstü	39	4,30	0,75			
Güvenlik Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	3,32	0,78	7,88	0,00*	1-2, 2-4, 2-5, 3-4, 4-6
	21-30 yaş	57	4,37	0,66			
	31-40 yaş	77	4,04	0,83			
	41-50 yaş	39	3,47	0,94			
	51-59 yaş	30	3,82	0,96			
	60 yaş ve üstü	39	4,24	0,85			
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	20 yaş ve altı	11	2,98	0,95	6,03	0,00*	1-2, 1-3, 4-2, 4-6
	21-30 yaş	57	4,18	0,71			
	31-40 yaş	77	4,02	1,04			
	41-50 yaş	39	3,51	0,91			
	51-59 yaş	30	3,73	0,97			
	60 yaş ve üstü	39	4,27	1,01			
Acil Servis Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	3,32	0,44	5,68	0,00*	1-6, 3-4, 6-4, 6-5
	21-30 yaş	57	3,93	0,80			
	31-40 yaş	77	4,00	0,82			
	41-50 yaş	39	3,50	0,82			
	51-59 yaş	30	3,51	0,91			
	60 yaş ve üstü	39	4,22	0,84			

Çizelge 3.14 Devamı. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Genel Memnuniyet	20 yaş ve altı	11	3,47	0,40	4,49	0,00*	1-6, 4-2, 4-6
	21-30 yaş	57	4,10	0,60			
	31-40 yaş	77	3,97	0,72			
	41-50 yaş	39	3,62	0,70			
	51-59 yaş	30	3,76	0,77			
	60 yaş ve üstü	39	4,16	0,74			

* $p<0,05$, 1: 20 yaş ve altı, 2: 21-30 yaş, 3: 31-40 yaş, 4: 41-50 yaş, 5: 51-59 yaş, 6: 60 yaş ve üstü

Çizelge 3.14.'e göre genel memnuniyet düzeyi ortalaması en yüksek olan yaş grubu 60 yaş ve üstüdür (4,16±0,74). ANOVA testi ile Tukey HSD testi sonuçlarına göre; hastane sistemi ve örgütlenmesi (3,77±0,90), temizlik hizmetleri (4,36±0,80), doktor bakımı (4,10±0,79), hemşire bakımı (4,30±1,00), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti (4,27±1,01) ve acil servis hizmetleri (4,22±0,84) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu da 60 yaş ve üstüdür. Yemek hizmetleri (4,32±0,77), idari ve destek hizmetleri personeli (4,52±0,72) ve güvenlik hizmetleri (4,37±0,66) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek yaş grubu 21-30 yaş grubudur. Fiziksel ve çevresel koşullar boyutunda memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu ise 20 yaş ve altıdır. (4,30±0,69) (Çizelge 3.14.)

Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm boyutlarında memnuniyet düzeyleri yaş grupları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu çerçevede H_2 hipotezi doğrulanmıştır.

3.5. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi bakımından hasta memnuniyetinin karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA testi ve gruplar arasındaki farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi sonuçları Çizelge 3.15'te paylaşılmıştır.

Çizelge 3.15. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	Grup Fark
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	Okuryazar	10	4,62	0,51	5,82	0,00*	1-3, 1-4, 1-5
	İlkokul	37	3,79	0,85			
	Ortaokul	39	3,67	0,93			
	Lise	93	3,49	0,99			
	Üniversite	74	3,29	0,87			
Temizlik Hizmetleri	Okuryazar	10	4,70	0,48	6,91	0,00*	4-1, 4-3, 4-5
	İlkokul	37	4,30	0,90			
	Ortaokul	39	4,43	0,53			
	Lise	93	3,93	0,83			
	Üniversite	74	4,41	0,59			
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	Okuryazar	10	4,23	0,16	2,29	0,06	
	İlkokul	37	4,07	0,91			
	Ortaokul	39	3,96	0,49			
	Lise	93	3,85	0,80			
	Üniversite	74	4,16	0,67			
Yemek Hizmetleri	Okuryazar	10	4,20	0,16	3,58	0,00*	2-5
	İlkokul	37	4,49	0,52			
	Ortaokul	39	4,23	0,63			
	Lise	93	4,14	0,82			
	Üniversite	74	3,92	0,89			
Doktor Bakımı	Okuryazar	10	4,38	0,34	3,97	0,00*	5-1, 5-2
	İlkokul	37	4,13	0,97			
	Ortaokul	39	3,86	0,98			
	Lise	93	3,70	0,91			
	Üniversite	74	3,48	1,14			
Hemşire Bakımı	Okuryazar	10	4,57	0,42	2,37	0,05	
	İlkokul	37	4,16	1,18			
	Ortaokul	39	4,13	0,79			
	Lise	93	3,82	1,05			
	Üniversite	74	3,78	1,12			

Çizelge 3.15 Devamı. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	Okuryazar	10	4,57	0,44	2,23	0,06	
	İlkokul	37	4,34	0,70			
	Ortaokul	39	4,16	0,65			
	Lise	93	4,03	0,77			
	Üniversite	74	4,25	0,78			
Güvenlik Hizmetleri	Okuryazar	10	4,70	0,48	4,05	0,00*	1-4, 1-5
	İlkokul	37	4,29	0,99			
	Ortaokul	39	4,13	0,80			
	Lise	93	3,88	0,85			
	Üniversite	74	3,83	0,89			
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	Okuryazar	10	4,70	0,48	4,77	0,00*	1-4, 1-5, 2-5
	İlkokul	37	4,28	1,12			
	Ortaokul	39	4,15	0,81			
	Lise	93	3,79	0,97			
	Üniversite	74	3,73	0,95			
Acil Servis Hizmetleri	Okuryazar	10	4,70	0,48	13,3	0,00*	4-1,2,3, 5-1,2,3
	İlkokul	37	4,37	0,75			
	Ortaokul	39	4,20	0,65			
	Lise	93	3,66	0,80			
	Üniversite	74	3,54	0,86			
Genel Memnuniyet	Okuryazar	10	4,50	0,36	4,41	0,00*	1-4, 1-5, 2-4
	İlkokul	37	4,18	0,86			
	Ortaokul	39	4,05	0,64			
	Lise	93	3,80	0,71			
	Üniversite	74	3,82	0,64			

*p<0,05, 1: Okuryazar, 2: İlkokul, 3: Ortaokul, 4: Lise, 5: Üniversite

Çizelge 3.15.'e göre genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan eğitim düzeyi grubu okuryazar grubudur (4,50±0,36). ANOVA testi ile Tukey HSD testi sonuçlarına göre; hastane sistemi ve örgütlenmesi (4,62±0,51), temizlik hizmetleri (4,70±0,48), fiziksel ve çevresel koşullar (4,23±0,16), doktor bakımı (4,38±0,34), hemşire bakımı (4,57±0,42), idari ve destek hizmetleri personeli (4,57±0,44), güvenlik hizmetleri (4,70±0,48), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti (4,70±0,48) ve acil servis

hizmetleri (4,70±0,48) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek eğitim düzeyi grubu olarak okuryazar grubu tespit edilmiştir. Yemek hizmetleri (4,49±0,52) boyutunda memnuniyet düzeyi en yüksek olan eğitim düzeyi grubu ise ilkokul mezunlarıdır. (Çizelge 3.15.)

Analiz sonuçlarına göre fiziksel ve çevresel koşullar, hemşire bakımı ve idari ve destek hizmetleri personeli boyutları hariç olmak üzere memnuniyet düzeyleri eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu çerçevede H_3 hipotezi doğrulanmıştır.

3.6. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Meslek bakımından hasta memnuniyetinin karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA testi ve ANOVA testi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi sonuçları Çizelge 3.16’da paylaşılmıştır.

Çizelge 3.16. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	Grup Fark
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	Emekli	58	3,68	0,77	2,09	0,06	
	Ev hanımı	33	3,75	0,88			
	Öğrenci	18	3,22	0,67			
	Serbest	40	3,55	1,15			
	Memur	57	3,65	0,87			
	İşçi	47	3,24	1,11			
Temizlik Hizmetleri	Emekli	58	4,14	0,85	1,34	0,24	
	Ev hanımı	33	4,22	0,89			
	Öğrenci	18	4,64	0,57			
	Serbest	40	4,25	0,81			
	Memur	57	4,27	0,55			
	İşçi	47	4,16	0,76			

Çizelge 3.16 Devamı. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Fiziksel ve Çevresel Koşullar	Emekli	58	3,81	0,86	1,98	0,08	
	Ev hanımı	33	3,96	0,80			
	Öğrenci	18	4,31	0,50			
	Serbest	40	4,17	0,67			
	Memur	57	3,96	0,62			
	İşçi	47	4,06	0,73			
Yemek Hizmetleri	Emekli	58	4,11	0,57	2,11	0,06	
	Ev hanımı	33	4,18	0,90			
	Öğrenci	18	3,96	0,84			
	Serbest	40	4,47	0,78			
	Memur	57	4,13	0,71			
	İşçi	47	3,98	0,92			
Doktor Bakımı	Emekli	58	3,90	0,75	4,16	0,00*	2-4, 2-6
	Ev hanımı	33	4,21	0,74			
	Öğrenci	18	3,86	1,33			
	Serbest	40	3,45	1,23			
	Memur	57	3,83	0,80			
	İşçi	47	3,35	1,16			
Hemşire Bakımı	Emekli	58	4,07	0,89	6,13	0,00*	6-1, 2,4,5
	Ev hanımı	33	4,52	0,64			
	Öğrenci	18	3,63	1,32			
	Serbest	40	4,09	0,76			
	Memur	57	3,93	1,01			
	İşçi	47	3,35	1,32			
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	Emekli	58	4,11	0,72	2,79	0,01*	4-6
	Ev hanımı	33	4,26	0,50			
	Öğrenci	18	4,15	1,27			
	Serbest	40	4,43	0,56			
	Memur	57	4,29	0,59			
	İşçi	47	3,89	0,88			

Çizelge 3.16 Devamı. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Güvenlik Hizmetleri	Emekli	58	4,01	0,90	3,78	0,00*	2-5, 2-6
	Ev hanımı	33	4,45	0,66			
	Öğrenci	18	4,25	0,67			
	Serbest	40	4,03	1,05			
	Memur	57	3,89	0,82			
	İşçi	47	3,66	0,87			
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	Emekli	58	4,02	0,99	4,77	0,00*	6-1, 2,5
	Ev hanımı	33	4,44	0,74			
	Öğrenci	18	3,77	0,87			
	Serbest	40	3,94	0,95			
	Memur	57	4,02	0,72			
	İşçi	47	3,43	1,24			
Acil Servis Hizmetleri	Emekli	58	3,94	0,89	1,76	0,12	
	Ev hanımı	33	4,17	0,85			
	Öğrenci	18	3,57	0,72			
	Serbest	40	3,82	0,92			
	Memur	57	3,82	0,80			
	İşçi	47	3,70	0,83			
Genel Memnuniyet	Emekli	58	3,95	0,72	2,50	0,03*	2-6
	Ev hanımı	33	4,19	0,67			
	Öğrenci	18	3,90	0,71			
	Serbest	40	3,96	0,72			
	Memur	57	3,95	0,55			
	İşçi	47	3,65	0,84			

*p<0,05, 1: Emekli, 2: Ev hanımı, 3: Öğrenci, 4: Serbest, 5: Memur, 6: İşçi

Çizelge 3.16.'ya göre genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan meslek grubu ev hanımı grubudur (4,19±0,67). ANOVA testi ile Tukey HSD testi sonuçlarına göre; hastane sistemi ve örgütlenmesi (3,75±0,88), doktor bakımı (4,21±0,74), hemşire bakımı (4,52±0,64), güvenlik hizmetleri (4,45±0,66), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti (4,44±0,74) ve acil servis hizmetleri (4,17±0,85) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek meslek grubu olarak ev hanımları grubu tespit edilmiştir. Temizlik hizmetleri (4,64±0,57) ile fiziksel ve çevresel koşullar (4,31±0,50) boyutlarında

memnuniyet düzeyi en yüksek meslek grubu olarak öğrenciler tespit edilmiştir. Yemek hizmetleri (4,47±0,78) ile idari ve destek hizmetleri personeli (4,43±0,56) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek olan meslek grubu ise serbest meslek grubudur (Çizelge 3.16.).

Analiz sonuçlarına göre doktor bakımı, hemşire bakımı, idari ve destek hizmetleri personeli, güvenlik hizmetleri, geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutlarında memnuniyet düzeyleri eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu çerçevede H_4 hipotezi doğrulanmıştır.



4. TARTIŞMA

Adana Şehir Hastanesi'nin yataklı servislerinde yapılan hasta memnuniyet araştırması sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastalar, hastanede sunulan sağlık ve diğer tıbbi ve destek hizmetlerinden memnun kalmaktadırlar. Memnuniyet düzeyleri, hastanede sunulan hizmetlere göre farklılaşmaktadır. Anket sonuçlarına göre hastaların memnuniyet puanı ortalamalarının en yüksek olduğu hizmet faktörleri sırasıyla; temizlik hizmetleri (4,23±0,76), idari ve destek hizmetleri personeli (4,18±0,74), yemek hizmetleri (4,15±0,78), güvenlik hizmetleri (4,00±0,89), fiziksel ve çevresel koşullar (4,00±0,73), geceleri ve hafta sonları hastane hizmetleri (3,93±0,98), hemşire bakımı (3,93±1,05), acil servis hizmetleri (3,85±0,85), doktor bakımı (3,75±1,01) ve hastane sistemi ile örgütlenmesi (3,55±0,95) şeklindedir. Genel hasta memnuniyet düzeyi 5 puan üzerinden ortalama 3,93±0,71 olarak hesaplanmıştır.

Hasta memnuniyetine yönelik yapılan çalışmalarda, hastaların cinsiyetlerinin, yaşlarının, eğitim seviyelerinin, mesleklerinin ve kültürel özelliklerinin hastaların hastanede sunulan hizmeti algılama seviyelerini ve memnuniyet düzeylerini ciddi şekilde etkilediği savunulmaktadır (Davis ve Bush, 2003, s: 272-273; Erdem ve ark., 2008, s:106; Gökkaya ve ark., 2018). Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezler çerçevesinde hasta memnuniyet düzeyi, hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve meslek gibi sosyo demografik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

Araştırma kapsamında hasta memnuniyeti puan ortalamaları, hastaların cinsiyetine göre t testi ile karşılaştırılmış ve kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin erkek hastaların memnuniyet düzeylerinden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Memnuniyet düzeylerinin erkek ve kadın hastalar arasında farklılaşması erkek ve kadın hastaların sunulan hizmeti algılama ve beklenti düzeylerinin farklı olduğu sonucu çıkarabilecektir. Özellikle temizlik ve yemek hizmetlerinde kadınların erkeklere göre daha titiz oldukları ileri sürülebilecektir. Hasta memnuniyeti ile hastaların cinsiyetleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda çeşitli sonuçlara ulaşıldığı tespit edilmiştir. Taşlıyan ve Gök (2012), Kahramanmaraş ilindeki kamu ve özel hastanelerde sağlık hizmeti alan hastaların hastanenin çeşitli boyutlarındaki

memnuniyet düzeylerini cinsiyetleri bakımından karşılaştırmıştır. Araştırma sonucunda kadınların memnuniyet düzeyinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığı ifade edilmektedir ($p<0,05$). Karasu (2018, s:62), Aksaray ilinde yerleşik hasta ve hasta yakınlarının acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin cinsiyet bakımından farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. Araştırma sonucuna göre kadınların acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri erkeklerinkine göre daha yüksektir. Emül (2018, s:85) Sivas'ta bir kamu hastanesinde sağlık hizmeti alan hastaların hasta memnuniyetleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonucunda erkeklerin memnuniyet düzeylerinin kadınlarinkinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Taşlıyan ve Gök (2012) ve Karasu'nun (2018) araştırma sonuçları ile Emül'ün (2018) araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Gökkaya ve arkadaşları (2018) tarafından Isparta Şehir Hastanesi'nde yapılan hasta memnuniyet araştırması sonuçlarına göre, hastaların cinsiyetleri ve memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Özkan (2012, s:93), SDP'nin hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelediği çalışmada kadınların memnuniyet düzeylerinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğunu ancak istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın olmadığını belirtmektedir ($p>0,05$). Özbek (2017, s:76) Sivas ilinde yaptığı hasta memnuniyet araştırmasına göre hasta memnuniyet düzeyleri ile hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını tespit etmiştir ($p>0,05$).

Araştırma kapsamında hasta memnuniyet puan ortalamaları, hastaların yaşlarına göre ANOVA testi ile karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Araştırma kapsamında ulaşılan sonuçlara göre, hasta memnuniyet puan ortalamaları hastaların yaşlarına göre ölçeğin tüm boyutlarında farklılaşmaktadır. Genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu 60 yaş ve üstüdür ($4,16\pm0,74$). Hastane sistemi ve örgütlenmesi boyutunda ($3,12\pm0,53$), doktor bakımı boyutunda ($2,91\pm0,98$), güvenlik hizmetleri boyutunda ($3,32\pm0,78$), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutunda ($2,98\pm0,95$) ve acil servis hizmetleri ($3,32\pm0,44$) boyutunda 20 yaş ve altı yaş grubu hariç tüm yaş gruplarının hasta memnuniyeti puan ortalaması 3,40'm üzerindedir (Çizelge 3.14.). Memnuniyet düzeylerinin hastaların

yaşına göre farklılaşmasından, hastaların hastanede sunulan hizmeti algılama ve beklenti düzeylerinin yaşa göre farklılaştığı sonucu çıkarabilecektir. Ortalama gelir seviyesinin yıllara göre artışı, yaşam standartlarının yükselmesi gibi etkenler gençlerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini artıran unsurlar olarak ileri sürülebilecektir. Yaş ilerledikçe memnuniyet düzeyinin artması, yaş daha büyük olan hastaların geçmiş deneyimleri ile mevcut deneyimlerini kıyaslamaları sonucu meydana geldiği ileri sürülebilecektir. Nguyen ve arkadaşları (2002, s:493) çalışmalarında, yaş bakımından hasta memnuniyet düzeylerinin farklılaşabileceğini savunmuşlardır. Özkan (2012), Gökkaya ve arkadaşları (2018), Karasu (2018) ve Emül (2018) yaptıkları hasta memnuniyet araştırmalarında yaş arttıkça hasta memnuniyet düzeyinin arttığını ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğunu tespit etmişlerdir ($p<0,05$). Emül (2018) ise çalışmasında, yaptığı araştırma sonuçlarına göre farklı yaş gruplarındaki hasta memnuniyet düzeyi puan ortalamalarının farklılaşmadığını tespit etmiştir ($p>0,05$).

Araştırma kapsamında hasta memnuniyet puan ortalamaları, hastaların eğitim düzeylerine göre ANOVA testi ile karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Araştırma kapsamında hasta memnuniyet puanları hastaların eğitim düzeylerine göre ölçeğin tüm boyutlarında farklılaşmaktadır. Fiziksel ve çevresel koşullar, hemşire bakımı ve idari ve destek hizmetleri personeli boyutları hariç olmak üzere hasta memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yemek hizmetleri hariç olmak üzere ölçeğin tüm boyutlarında okuryazar grubu en yüksek memnuniyet puan ortalamasına sahip eğitim düzeyi grubudur. Eğitim düzeyi bakımından memnuniyet ortalamalarının paylaşıldığı Çizelge 3.15.'e göre ölçeğin tüm boyutlarında hasta memnuniyeti puan ortalaması 3,40'ın üzerindedir. Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin eğitim düzeyine göre farklılaşabileceği ifade edilmektedir (Lewis, 1994, s:655-656; Sarp ve Tükel, 1999, s:149). Taşlıyan ve Gök (2012), Özbek (2017), Çiçin (2018), Emül (2018) ve Karasu (2018) yaptıkları hasta memnuniyet araştırmaları sonuçlarına göre, hastaların eğitim düzeyleri arttıkça memnuniyet düzeylerinin azaldığını ve bu hususun istatistiksel anlamlılık taşıdığını tespit etmişlerdir ($p<0,05$). Eğitimli hastaların sağlık konusunda

daha bilinçli olmaları, beklentilerinin yüksek olması ve sunulan hizmetlerden daha zor tatmin olma durumları hasta memnuniyetinin eğitim düzeyi arttıkça azalmasına neden olan etkenler olarak ileri sürülebilecektir.

Araştırma kapsamında hasta memnuniyet puan ortalamaları, hastaların mesleklerine göre ANOVA testi ile karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Araştırma kapsamında hasta memnuniyet puan ortalamaları hastaların mesleklerine göre, memnuniyet ölçeğinin doktor bakımı, hemşire bakımı, idari ve destek hizmetleri personeli, güvenlik hizmetleri ve geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutlarında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutlarına hastalar tarafından verilen yanıtların ortalamaları incelendiğinde işçilerin hastane sistemi ve örgütlenmesi boyutunda memnuniyet puan ortalaması $3,24\pm 1,11$ ve hemşire bakımı boyutunda $3,35\pm 1,32$ olduğu tespit edilmiştir. İşçilerin hastane sistemi ve örgütlenmesi boyutunda ve hemşire bakımı boyutunda memnuniyet düzeyleri vasattır. Çizelge 3.16.'ya göre genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan meslek grubu ise ev hanımı grubudur ($4,19\pm 0,67$). Ekinci (2015, s:97) çalışmasında ev hanımlarının memnuniyet düzeyinin memurlara göre yüksek çıkmasını anlamlı bulmuştur ($p<0,05$). Emül (2018) çalışmasında, emekli olan hastaların hasta memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu, öğrenci olan hastaların memnuniyet düzeylerinin ise düşük olduğunu tespit etmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da hasta memnuniyet düzeyinin mesleklere göre farklılaşabileceği ifade edilmektedir (Davis ve Bush, 2003, s:272-273; Nguyen ve ark, 2002, s:493). Hasta memnuniyet düzeylerinin hastaların mesleklerine göre farklılaşmasının nedeni olarak, yapılan işten sağlanan iş tatmini, ücret düzeyi ve sosyal statü gibi etkenler gösterilebilecektir. Ayrıca sağlık hizmet sunumu esnasında hastanın dış görünüşünün sağlık personelinin hastaya karşı sergileyeceği tutum ve davranışlar üzerinde etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Adana ilindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerinin hangi kalite boyutlarından etkilendiğinin tespitine yönelik yapılan bir çalışmada, refakatçilere sunulan hizmetler, oda hizmetleri, hekim hizmetleri, hemşire hizmetleri, görünüm ve ulaşım

hizmetleri, yemek hizmetleri, kayıt öncesi ve bilgilendirme hizmetleri ile hastalara sunulan hizmetlerin hasta memnuniyet düzeyini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Yaşa, 2012). Araştırmada hizmet kalitesi boyutlarının hastane türlerine göre hasta memnuniyeti üzerinde etkilerinin farklılık gösterdiği, kamu hastanelerinde yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyleri üzerinde en önemli etkiye sahip faktörlerin yemek hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri; özel hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyleri üzerinde en önemli etkiye sahip faktörlerin refakatçilere sunulan hizmetler, hemşirelik hizmetleri ve genel görünüm ile ulaşım hizmetleri; üniversite hastanelerinde hasta memnuniyet düzeyleri üzerinde en önemli etkiye sahip faktörün ise hastalara sunulan hizmetler olduğu tespit edilmiştir (Yaşa, 2012).

Baliga ve arkadaşları'nın (2016), Güney Hindistan'da KÖİ finansman modeli ile inşa edilen iki hastanede yaptıkları hasta memnuniyet araştırmasına göre hasta memnuniyet düzeyi her iki hastanede de yüksektir. Benzer şekilde, Dünya Bankası'nın bir yan kuruluşu olan Uluslararası Finans Kurumu (International Finance Corporation, IFC) tarafından hazırlanan bir raporda, Lesotho'da KÖİ finansman modelinin sağlık alanında uygulanmasıyla genel hasta memnuniyetinin %22 arttığı ifade edilmektedir (www.ifc.org, 2009). Isparta Şehir Hastanesi'nde yapılan hasta memnuniyet araştırması sonuçlarına göre hasta memnuniyeti fiziksel ortam, genel memnuniyet, personel memnuniyeti ve zaman boyutlarında oldukça yüksektir (Gökkaya ve ark., 2018). Araştırma sonuçları ile bu çalışmada ulaşılan sonuçlar birbirini destekler niteliktedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli çalışmada çeşitli yönleriyle incelenerek kavramın tarihsel gelişimine ilişkin bilgiler paylaşılmış ve sağlık alanında uygulanan projeler esas alınarak, modelin temel özellikleri ile modele taraf kurumlar incelenmiştir. Ayrıca Birleşik Krallık ve İtalya’da sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelleri incelenerek Türkiye’de uygulanan model ile aralarındaki benzerlikler ve farklılıklar değerlendirilmiştir.

Çalışmanın araştırma kısmında, Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda genel hasta memnuniyet düzeyi 5 puan üzerinden ortalama $3,93 \pm 0,71$ olarak hesaplanmıştır. Adana Şehir Hastanesi’ndeki hasta memnuniyet düzeyi araştırmada kullanılan ölçeğin boyutlarına göre farklılık göstermiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların temizlik hizmetleri için puan ortalaması $4,23 \pm 0,76$; idari ve destek hizmetleri personeli için puan ortalaması $4,18 \pm 0,74$; yemek hizmetleri için puan ortalaması $4,15 \pm 0,78$; güvenlik hizmetleri için puan ortalaması $4,00 \pm 0,89$; fiziksel ve çevresel koşullar için puan ortalaması $4,00 \pm 0,73$; geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti için puan ortalaması $3,93 \pm 0,98$; hemşire bakımı için puan ortalaması $3,93 \pm 1,05$; acil servis hizmetleri için puan ortalaması $3,85 \pm 0,85$; doktor bakımı için puan ortalaması $3,75 \pm 1,01$; hastane sistemi ve örgütlenmesi için puan ortalaması $3,55 \pm 0,95$ ’tir. Hasta memnuniyet düzeyini ölçmede kullanılan ölçeğe göre hasta memnuniyet düzeyi ortalama puanının $3,40$ ’ın üzerinde olması durumunda hasta memnuniyeti yüksektir. Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hastalara yönelik gerçekleştirilen araştırma sonucunda hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında dört adet hipotez ortaya konmuştur. Araştırma bulgularına göre hasta memnuniyet düzeyi ile hastaların demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek) arasında farklılık vardır. Yapılan analiz sonuçlarına göre ortaya konan hipotezlerin tümü kabul edilmiştir.

Araştırma sonuçları ve sonuçlara bağlı olarak yapılacak öneriler, araştırmada kullanılan ölçeğin faktör sırasına göre sunulacaktır. Hastane sistemi ve örgütlenmesi bakımından hasta memnuniyeti, hastaların memnuniyet düzeyinin göreceli olarak en düşük olduğu ölçek boyutudur ($3,55\pm 0,95$). Hasta memnuniyetinin en düşük olduğu ifadeler incelendiğinde, hastanede muayene olmak için gerekli işlemlerin karmaşıklığı ve uzunluğu ($3,23\pm 1,34$), ziyaret saatlerinin yetersiz olması ($3,30\pm 1,52$) ve hastanenin işleyişi hakkında verilen danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olması ($3,37\pm 1,40$) memnuniyet düzeyinin vasat olduğu unsurlar olarak tespit edilmiştir. Adana Şehir Hastanesi'nin yatak sayısı dikkate alındığında hastanenin büyüklüğü nedeniyle tedavi işlemlerinin karmaşık bir hâl alması anlamlı bir sonuç olarak değerlendirilebilecektir. Bu nedenle hastanede sunulan danışmanlık hizmetleri artırılmalı ve hastanedeki tüm iş süreçleri iyileştirilmelidir. Hasta ziyaret saatlerinin düzenlenmesi hastane yönetimi ile hekimlerin kontrolü altında olan bir süreç olduğundan tarafların bir araya gelerek mevcut kuralları gözden geçirmeleri önerilebilecektir.

Temizlik hizmetleri bakımından hasta memnuniyeti, hastaların memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu ölçek boyutu olarak tespit edilmiştir ($4,23\pm 0,76$). Böcek probleminin olmaması ($4,42\pm 0,72$), ortamdaki kirlilik düzeyinin düşük olması ($4,26\pm 0,92$) ve çöp kovalarının yeterli olması ($4,24\pm 1,00$) katılım gösterilen ifadelerden başlıcalarıdır. Hastane yönetiminin temizlik hizmetleri boyutunda sağladığı başarısının devamlılığının sürdürülmesi önerilmektedir.

Fiziksel ve çevresel koşullar boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $4,00\pm 0,73$ 'tür. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, ulaşım problemlerinin yaşanması ($3,35\pm 1,48$) hasta memnuniyet düzeyinin vasat olarak tespit edildiği tek ifadedir. Fiziksel ve çevresel koşullar boyutunda hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ancak göreceli olarak genel memnuniyet düzeyinin altında kalan ifadeler incelendiğinde, otopark problemleri ($3,72\pm 1,27$), havalandırma yetersizliği ($3,81\pm 1,34$) ve gürültülü ortam ($3,83\pm 1,23$) hastane yönetimi tarafından incelenmesi gereken hususlar olarak gösterilebilecektir. Şehir hastanelerinin şehrin uzak bölgelerine yapılması nedeniyle ulaşım problemlerinin yaşanması anlamlı bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan, hastanede

kapalı ve açık otoparklar yapılmış olmasına rağmen otopark probleminin yaşanmasının nedeni saptanamamıştır. Otopark ile hastane arasındaki mesafe ve ücretlendirme gibi hususlar, hasta memnuniyet düzeyinin belirtilen ifadelerde göreceli olarak düşük çıkmasına neden olan unsurlar olarak ileri sürülebilecektir. Havalandırma koşullarının iyileştirilmesi ve gürültü probleminin ortadan kaldırılması amacıyla mimari ve teknolojik çözümlere başvurulması, ulaşım problemlerinin giderilmesi amacıyla yerel yönetim ile işbirliğine gidilerek şehir içi ulaşım olanaklarının iyileştirilmesi ve gerekli otopark düzenlemelerinin hastane yönetimi tarafından yapılması önerilmektedir. Hasta odalarının konforlu olması ($4,44\pm 0,78$), hasta odalarında lavabo ve telefon probleminin olmayışı ($4,40\pm 0,88$) ve dini hassasiyetlere saygı gösterilmesi ($4,17\pm 1,11$) hastaların en fazla katılım gösterdiği ifadelerdir. Hastane binasının yeni olması ve kullanılan araç gereçlerin modern olması hastaların memnuniyet düzeyini artıran unsurlar olarak gösterilebilecektir.

Yemek hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $4,15\pm 0,78$ 'dir. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, servis personelinin kıyafetinin temiz olması ($4,36\pm 0,74$), servis personelinin yemeği takdimi ($4,22\pm 0,87$) ve yemek saatleri ($4,18\pm 1,01$) hastaların en fazla memnun olduğu hususlardır. Yemek hizmetleri boyutunda göreceli olarak en az katılım gösterilen ifade yemek çeşidinin az olmasıdır ($3,96\pm 1,26$). Hasta memnuniyeti puan ortalaması yüksek çıkan bu ifadede memnuniyet düzeyini artırmak için yemek çeşitlerinin artırılması hastane yönetimine önerilebilecektir.

Doktor bakımı boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $3,75\pm 1,01$ 'dir. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, doktor sayısının az olması ($3,31\pm 1,45$) hasta memnuniyet düzeyinin vasat olarak tespit edildiği tek ifadedir. Bu kapsamda doktor bakımına ilişkin olarak hasta memnuniyet düzeyinin artırılması amacıyla doktor sayısı artırılarak etkili ve verimli bir sağlık hizmet sunumunun en önemli unsurlarından biri olan insan kaynağı sorunu çözümlenmelidir. Doktor bakımına ilişkin hasta memnuniyeti puan ortalamasının ölçeğin hastane sistemi ve örgütlenmesi ($3,55\pm 0,95$) boyutu hariç diğer boyutlarından düşük çıkması dikkat çekmektedir. Doktorların çalışma koşulları ile alakalı sorunların tespiti ve

çalışma koşullarının iyileştirilmesiyle hasta memnuniyet düzeyinin artacağı değerlendirilmektedir.

Hemşire bakımı boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $3,93 \pm 1,05$ 'tir. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, hastaların kültürel değerlerine saygı gösterilmesi ($4,13 \pm 0,98$), mahremiyete saygı ($4,07 \pm 1,14$) ve hemşire davranışları ($4,05 \pm 1,13$) hasta memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu ifadelerdir. Hemşire sayısı ile alakalı ($3,49 \pm 1,47$) ifadede hasta memnuniyet düzeyi yüksek olmasına rağmen diğer ifadelere göre düşük kalması dikkat çekmektedir. Bu kapsamda, doktor bakımında yapılan öneriler ile benzer şekilde hemşire sayısının artırılması, personele hizmet içi eğitim olanakları sunulması ve çalışan memnuniyetinin artırılması sonucunda hasta memnuniyet düzeyinin artacağı değerlendirilmektedir.

İdari ve destek hizmetleri personeli boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $4,18 \pm 0,74$ 'tür. Ölçeğin bu boyutunda hasta memnuniyet düzeyinin temizlik hizmetlerinden sonra katılımcıların en fazla memnun olduğu hizmet boyutu olması dikkat çekmektedir. Hasta memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu ifadeler, çalışan kıyafetlerinin yapılan işe uygun olması ($4,42 \pm 0,60$), hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmesi ($4,37 \pm 0,83$) ve hastaya karşı tutum ve davranışların incitici olmamasıdır ($4,35 \pm 0,77$). Hastanede genel anlamda personel sayısının az olmasına ilişkin ifade memnuniyet düzeyinin en düşük olduğu ifadedir ($3,64 \pm 1,48$). Bu kapsamda idari ve destek hizmetleri personeli sayısının artırılması önerilmektedir.

Güvenlik hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $4,00 \pm 0,89$ 'dur. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, hastanede hırsızlık olaylarının yaşanmaması ($4,18 \pm 0,79$) ve yangın, deprem gibi olaylara karşı alınan önlemler ($4,07 \pm 1,00$) memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu ifadelerdir. Hastane giriş çıkışlarındaki kontrol yetersizliği ($3,85 \pm 1,27$) ve güvenlik personelinin bazı hasta yakınlarını ziyaret saatleri dışında içeri alarak diğer hastaların rahatsız olmasına neden olması ($3,89 \pm 1,24$) ifadelerinde memnuniyet düzeyi yüksek olmasına rağmen diğer ifadelere göre memnuniyet düzeyi düşüktür. Bu kapsamda

güvenlik personeline hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve iç kontrol sistemlerinin iyileştirilmesi önerilmektedir.

Geceleri ve hafta sonları hastane hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $3,93\pm 0,98$ 'dir. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, doktor ve hemşire sayısına ilişkin memnuniyet düzeyinin diğer ifadelerle göre düşük olması dikkat çekmektedir ($3,57\pm 1,41$). Bu kapsamda geceleri ve hafta sonları vardiyalı çalışan personel sayısının artırılması önerilmektedir.

Acil servis hizmetleri boyutunda hasta memnuniyeti puan ortalaması $3,85\pm 0,85$ 'tir. Hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ölçeğin bu boyutunda, personel sayısına ilişkin ifadeye hasta memnuniyeti puan ortalamasının göreceli olarak düşük olması dikkat çekmektedir ($3,57\pm 1,30$). Doktor bakımı, hemşire bakımı, idari ve destek hizmetleri personeli ile geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutlarında da personel sayısına ilişkin memnuniyet düzeyi ortalamaları, diğer ifadelerle verilen puan ortalamalarına göre düşük kalmıştı. Bu kapsamda ilgili hizmet boyutlarında yapılan önerilere benzer şekilde, acil servis hizmetlerinde çalışan personel sayısının artırılması önerilmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre hasta memnuniyet düzeyleri ile hastaların demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta memnuniyet düzeyinin artırılması amacıyla puan ortalamaları göreceli olarak düşük olan hizmetlere yönelik başta erkekler olmak üzere gençlerin, öğrencilerin, eğitim düzeyi yüksek hastaların ve işçilerin talepleri alınmalı, personel sayısı artırılmalı ve sağlık hizmet sunumundaki iş süreçleri iyileştirilmelidir. Ayrıca çalışan memnuniyetinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması ve personele hizmet içi eğitim olanaklarının sunulmasıyla hasta memnuniyet düzeyinin artacağı değerlendirilmektedir.

ÖZET

Adana Şehir Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma

Kamu özel işbirliği finansman modeli, son yıllarda sağlık alanındaki büyük ölçekli yatırım projelerinde yoğunlukla uygulanmaya başlamıştır. Hukuki, teknik ve finansman konuları ile karmaşık bir sözleşme yapısına sahip KÖİ finansman modeli, riskleri, etkileri ve sonuçları bakımından ilgi uyandıran bir alan haline gelmiştir. Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modeli çeşitli yönleriyle incelenmiş, kavramın tarihsel gelişimine ilişkin bilgiler paylaşılmış ve model tanımlanmaya çalışılmıştır. Ardından, sağlık alanında uygulanan projeler esas alınarak, modelin temel özellikleri ve modele taraflar incelenmiştir. Ayrıca Birleşik Krallık ve İtalya’da sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelleri incelenerek Türkiye’deki model ile aralarındaki benzerlikler ve farklılıklar değerlendirilmiştir.

Araştırmanın amacı; gelecek 25 yılın sağlık politikası üzerinde ciddi etkileri olacağı düşünülen KÖİ finansman modeli ile hayata geçirilen şehir hastanelerinden birisi olan Adana Şehir Hastanesi’ndeki hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve hastaların demografik özellikleri ile hasta memnuniyet düzeyi arasında farklılık olup olmadığının tespit edilmesidir. Araştırmanın evrenini Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde tedavi gören 1300 hasta oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde basit tesadüfi örnekleme yöntemi uygulanmış ve toplam 253 hastaya ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket uygulanmıştır. Ankette demografik özelliklere ilişkin tanımlayıcı sorular ve Derin ve Demirel (2013) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmış, Cronbach’s Alpha değeri 0,875 olan hasta memnuniyet ölçeği yer almaktadır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hastalara yönelik gerçekleştirilen araştırma sonucunda hastaların genel memnuniyet düzeyinin tüm boyutlarda yüksek olduğu tespit edilmiştir ($3,93\pm 0,71$). Araştırma sonuçlarına göre hastaların temizlik hizmetleri için puan ortalaması $4,23\pm 0,76$; idari ve destek hizmetleri personeli için puan ortalaması $4,18\pm 0,74$; yemek hizmetleri için puan ortalaması $4,15\pm 0,78$; güvenlik hizmetleri için puan ortalaması $4,00\pm 0,89$; fiziksel ve çevresel koşullar için puan ortalaması $4,00\pm 0,73$; geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti için puan ortalaması $3,93\pm 0,98$; hemşire bakımı için puan ortalaması $3,93\pm 1,05$; acil servis hizmetleri için puan ortalaması $3,85\pm 0,85$; doktor bakımı için puan ortalaması $3,75\pm 1,01$; hastane sistemi ve örgütlenmesi için puan ortalaması $3,55\pm 0,95$ ’tir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre hasta memnuniyet düzeyleri ile hastaların demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Hasta memnuniyet düzeyinin artırılması amacıyla puan ortalamaları göreceli olarak düşük olan hizmetlere yönelik başta erkekler olmak üzere gençlerin, öğrencilerin, eğitim düzeyi yüksek hastaların ve işçilerin talepleri alınmalı, personel sayısı artırılmalı ve sağlık hizmet sunumundaki iş süreçleri iyileştirilmelidir. Ayrıca çalışan memnuniyetinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması ve personele hizmet içi eğitim olanaklarının sunulmasıyla hasta memnuniyet düzeyinin artacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Adana Şehir Hastanesi, Hasta Memnuniyeti, Kamu Özel İşbirliği, Şehir Hastaneleri, Yap-Kirala-Devret.

SUMMARY

A Study on Patient Satisfaction in Adana City Hospital

The public private partnership financing model has been intensively implemented in large-scale investment projects in the field of health in recent years. The PPP financing model, which has a complicated contractual structure with legal, technical and financial issues, has become an area of interest in terms of its risks, impacts and results. In this study, the PPP financing model implemented in the health sector in Turkey examined various aspects, historical development of concepts and models identified were tried to be shared. Then, based on the projects implemented in the field of health, the basic features of the model and the parties to the model were examined. In addition, implemented the PPP financing model in health sector in United Kingdom and Italy, including models by examining the similarities and differences in Turkey were evaluated.

The purpose of this research; measuring the patient satisfaction and to determine the differences between the demographic characteristics of the patients and patient satisfaction level in the Adana City Hospital, which is one of the city hospitals implemented the PPP financing model, which is thought to have serious effects on the health policy of the next 25 years. The population of the study consisted of 1300 patients who were treated in Adana City Hospital's inpatient services. Simple random sampling method was applied in the sample selection and a total of 253 patients were reached. The questionnaire was used as a data collection tool. The questionnaire includes descriptive questions about demographic characteristics and validity and reliability tests developed by Derin and Demirel (2013), and the patient satisfaction scale with Cronbach's Alpha value of 0.875. Data were analyzed by using SPSS 24.0 software.

As a result of the research conducted for the patients receiving health services in Adana City Hospital's inpatient services, it was found that the overall satisfaction level of the patients was high in all dimensions (3.93 ± 0.71). According to the results of the study, the mean score of the patients for cleaning services was 4.23 ± 0.76 ; the mean score for the administrative and support services staff was 4.18 ± 0.74 ; the mean score for catering was 4.15 ± 0.78 ; the mean score for security services was 4.00 ± 0.89 ; the mean score for physical and environmental conditions was 4.00 ± 0.73 ; the mean score for hospital service at night and weekends was 3.93 ± 0.98 ; the mean score for nursing care was 3.93 ± 1.05 ; the mean score for emergency services was 3.85 ± 0.85 ; the mean score for doctor care is 3.75 ± 1.01 ; the mean score for hospital system and organization was 3.55 ± 0.95 .

According to the results of the analysis, it was concluded that there was a significant differences between patient satisfaction levels and demographic characteristics (gender, age, education level, profession) ($p < 0.05$). In order to increase the level of patient satisfaction, demands must be received of young people, students, high-educated patients and workers, the number of staff should be increased and the work processes in health service provision should be improved. In addition, it is evaluated that the satisfaction of the patient will increase with the provision of in-service training opportunities and increase the employee satisfaction.

Keywords: Adana City Hospital, Built-Lease-Transfer, City Hospitals, Patient Satisfaction, Public Private Partnership.

KAYNAKLAR

- ACARTÜRK E, KESKİN S (2012). Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **17(3)**: 25-51.
- AKBULUT Y (2015). Değişen Sağlık Sistemlerinin Kamu Hastanelerine Etkileri. İçinde: *Türkiye ve Almanya sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi*, Ed.: Akbulut Y., Yenimahalleli Yaşar G., Yıldırım T., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara. s.: 9-25.
- AKYÜREK ÇE (2013). Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- ALAGÖZ M, YOKUŞ T (2018). Kamu özel işbirliği yatırımları ve dış borç ödeme projeksiyonu. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **73(3)**: 867-889.
- ALİCAN N (2008). Avrupa Birliği Mevzuatı ve Uygulamaları Işığında Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları. Uzmanlık Tezi, Maliye Bakanlığı, Ankara.
- ANADOLU AJANSI (2016). “Elazığ Şehir Hastanesine 288 milyon Avro Kaynak Sağlandı.” Erişim Adresi: [<http://aa.com.tr/tr/ekonomi/elazig-sehir-hastanesine-288-milyon-avro-finansman-saglandi/710421>]. Erişim Tarihi: 17.05.2018.
- ANADOLU AJANSI (2018). “Türk Eximbank ve ICIEC Sigorta Poliçesi İmzaladı.” Erişim Adresi: [<https://www.aa.com.tr/tr/sirkethaberleri/finans/turk-eximbank-ile-iciec-sigorta-policesi-imzaladi/644547>]. Erişim Tarihi: 10.11.2018.
- ATALAY AS (2015). Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı. İçinde: *Türkiye’de sağlık, siyaset, piyasa*, Ed.: Yenimahalleli Yaşar G., Göksel A., Birler Ö., Notabene Yayınları, İstanbul. s.: 57-85.
- BALIGA BS, RAVIKIRAN SR, RAO SS, COUTINHO A, JAIN A (2016). Public– private partnership in health care: a comparative cross-sectional study of perceived quality of care among parents of children admitted in two government district-hospitals: Southern India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, **10(2)**: 5-9. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800611/>]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER (2018). Üye Devletler Listesi. Erişim Adresi: [<http://www.un.org/en/member-states/>]. Erişim Tarihi: 12.04.2018.
- BOSTAN S, ÇİFTÇİ F (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: Sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **7(2)**: 1-8.

- BOZ SS (2013). Kamu özel işbirliği (PPP) modeli. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **4(2)**: 277-332.
- BUDAYAN C (2018). Analysis of critical success factors in public private partnership projects by triangulation method: Turkey perspective. *Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University*, **33(3)**: 1029-1044.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (2017). Value of PPP Projects. Erişim Adresi: [<https://www.bma.org.uk/library>] Erişim Tarihi: 15.06.2017.
- ÇAKIR MK (2016). Kamu Özel İşbirliği Kavramı ve Yeni Bir Model: Yap, Kirala, Devret. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- ÇAL S (2018). Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması. İçinde: *Türkiye’de sağlıkta kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri*, Ed.: Bora T., İletişim Yayınları, İstanbul. s.: 35-55.
- ÇEKİRGE HL (2006). Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- ÇİÇİN FN (2018). Kanserli Hastalara Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Trakya Üniversitesi Balkan Odyoloji Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- ÇIMRIN F (2009). Küreselleşme, neo-liberalizm ve refah devleti ilişkisi üzerine. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **23**: 195-204. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/217276>]. Erişim Tarihi: 12.04.2018.
- ÇINAR NF, TÜRKOĞLU Ç, TÜTÜNSATAR A (2017). Kamu-özel ortaklığı/işbirliği modeli ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetinin ölçülmesi: Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) için bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **29(4)**: 215-232.
- DAVIS B ve BUSH H (2003). Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia, and Australia. *Journal of Nursing Care Quality*, **18(4)**: 267-274. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556583>]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.
- DE CARLO LT (1997). On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods*, **2(3)**: 292-307.
- DELMON J (2011). Public-Private Partnership Projects in Infrastructure: An Essential Guide for Policy Makers. New York: Cambridge University Press.

- DERİN N, DEMİREL ET (2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması. *The Journal of Academic Social Sciences Studies*, **6(2)**: 1111-1130. Erişim Adresi: [<http://toad.edam.com.tr/sites/default/files/pdf/hasta-memnuniyeti-olcegi-toad.pdf>]. Erişim Tarihi: 10.07.2017.
- DIAMOND J (2004). Tüfek, Mikrop ve Çelik. (Çev: Ülker İnce). Ankara: Tübitak Popüler Bilim Kitapları.
- DURSUN Y, ÇERÇİ M (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi*, **23**: 1-16.
- DÜNYA GAZETESİ (2013). “Bilkent Şehir Hastanesi’nin Temeli Atıldı.” Erişim Adresi: [<https://www.dunya.com/ekonomi/bilkent-sehir-hastanesi039nin-temeli-atildi-haberi-222033>]. Erişim Tarihi: 10.10.2018.
- EKER AY (2007). Kamu özel ortaklıkları. *Bütçe Dünyası Dergisi*, **2(25)**: 59-67.
- EKİNCİ B (2015). Kamu Hastanelerinin Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- EMEK U (2017). Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği sözleşmeleri: Beklenti ve gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, **7(1)**: 139-168.
- EMHAN A, BEZ Y (2010). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **37**: 241-247.
- EMÜL B (2018). Sağlık Kurumlarında Kurumsal İmajın Hasta Memnuniyetine Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- EPDK (2018). Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu Web Sitesi. Erişim Adresi: [<http://www.epdk.org.tr/>]. Erişim Tarihi: 03.11.2018.
- ERBAŞ Ö, YAVUZ CI, İLHAN B (2012). Soru ve Yanıtlarla Kamu Özel Ortaklığı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- ERBAŞ Ö (2016). Şehir Hastanelerine Siyasi Risk Sigortası. Erişim Adresi: [<https://m.bianet.org/biamag/saglik/176691-sehir-hastanelerine-siyasi-risk-sigortasi>]. Erişim Tarihi: 25.04.2018.
- ERDEM R, RAHMAN S, AVCI L, DEMİREL B, KÖSEOĞLU S, FIRAT G, KIRMIZIGÜL Ş, KUBAT C, KESİCİ T, ÜZEL S (2008). Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **31**: 95-110. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/66512>]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.

- ERDOĞDU M (2009). Neo-liberal iktisatta sonun başlangıcı ve keynezyen iktisadın reenkarnasyonu. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, **3(6-7)**: 1-40 Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/210907>]. Erişim Tarihi: 15.04.2018.
- EROL H, ÖZDEMİR A (2014). Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, **4(1)**: 9-34.
- ERSÖZ M (2010). Avrupa Birliği ve Türk Hukuku Işığında Public Private Partnership Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- ESATOĞLU AE (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- EUROPEAN COMMISSION (2004). Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions. Brussels.
- EUROPEAN COMMISSION (2013). Health and Economics Analysis For An Evaluation Of The Public Private Partnerships In Health Care Delivery Across EU. Epos Health Management.
- FİŞEK N (1991). Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları. *Toplum ve Hekim Dergisi*, **48**: 2-4.
- GÖKKAYA D, İZGÜDEN D, ERDEM R (2018). Şehir hastanesinde hasta memnuniyet araştırması: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, **9(20)**: 136-148. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/vizyoner/issue/35731/363783>]. Erişim Tarihi: 29.05.2018.
- GÖZÜBÜYÜK AŞ (2005). Yönetim Hukuku. Ankara: Turhan Kitapevi.
- GRIMSEY D, LEWIS MK (2005). Are public private partnerships value for money? Evaluating alternative approaches and comparing. *Accounting Forum*, **29(4)**: 345-378.
- GROENEVELD RA, Meeden G (1984). Measuring skewness and kurtosis. *The Statistician*, **33**: 391-399.
- GÜLAN A (1988). Kamu hizmeti kavramı. *İdare Hukuku ve İlimler Dergisi*, **9(1-3)**: 147-159. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/iuihid/issue/1251/14697>]. Erişim Tarihi: 19.05.2018.
- GÜLLÜLÜ U, ERCİŞ A, ÜNAL S, YAPRAKLI Ş (2008). Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti. Ankara: Detay Yayıncılık.

GÜLMEZ M (2005). Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir uygulama. *C.U. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **6(2)**: 147-169.

GÜNDAY M (2011). İdare Hukuku. Ankara: İmaj Yayınevi.

GÜNGÖR H (2012). Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye için Değerlendirme. Uzmanlık Tezi, Kalkınma Bakanlığı, Ankara.

HABERAL EB (2012). Hasta ve Refakatçi Tatmini: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara

HAMZAOĞLU O (2017). Dünya'da Sağlık Reformu Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm?. İçinde: *İnsana karşı piyasa: Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik*, Ed.: Yenimahalleli Yaşar G., Göksel A., Birler Ö., Notabene Yayınları, İstanbul. s.: 21-43.

HOPKINS KD, WEEKS DL (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, **50(4)**: 717-729.

HÜRRİYET GAZETESİ (2016). "Ekonomi Haberleri-Şehir Hastaneleri". Erişim Adresi: [<http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/patronlar-bu-sisteme-hasta-oldu-40119998>]. Erişim Tarihi: 25.07.2018.

INTERNATIONAL FINANCE CORPORATION (2009). Public-Private Partnership Impact Stories. Lesotho: Public Health Network. Erişim Adresi: [https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/af1890004276da499bf9bf0dc33b630b/PPPImpactStories_Lesotho_PublicHealthNetwork.pdf?MOD=AJPERES]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.

INTERNATIONAL MONETARY FUND (2006). Public Private Partnerships, Government Guarantees and Fiscal Risk. Fiscal Affairs Department. Washington.

JUBILEE DEBT CAMPAIGN (2017). Lessons On Private Finance For The Rest Of The World. Erişim Adresi: [<https://jubileedebt.org.uk/report/uks-ppps-disaster-lessons-private-finance-rest-world>]. Erişim Tarihi: 10.11.2018.

KALKINMA BAKANLIĞI (2015). Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı Raporu. Ankara.

KALKINMA BAKANLIĞI (2018). Dünya'da ve Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2017. Ankara.

KAPLAN İ (2012). Borçlar Hukuku Dersleri (Genel Hükümler). Ankara: İmaj Yayınevi.

- KARABIÇAK M (2000). Türkiye’de ekonomik istikrarsızlığın tarihsel gelişim süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **5(2)**: 49-65.
- KARADENİZ O (2012). Türkiye’de yoksullar için sağlık hizmetleri kapsamının genişlemesi: Sosyal yardımlardan genel sağlık sigortasına. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, **2(2)**: 103-123.
- KARAHANOGULLARI Y (2012). Kamu özel ortaklığı modelinin mali değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **67(2)**: 95-125.
- KARASU K (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **66(3)**: 217-262. Erişim Adresi: [<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ausbf/article/view/5000053257>]. Erişim Tarihi: 13.04.2018.
- KARASU E (2018). 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- KAVUNCUBAŞI Ş (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- KAVUNCUBAŞI Ş, YILDIRIM S (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- KERMAN U, ALTAN Y, AKTEL M, EKE E (2012). Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **17(3)**: 1-23. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/sduiibfd>]. Erişim Tarihi: 15.05.2018.
- KESKİN B (2006). Kamu Hizmetinin Görülmesine İlişkin Sözleşmeler ve Bu Sözleşmelerden Doğan Uyuşmazlıkların Tahkim Yoluyla Çözümü. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- KESKİN S (2011). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği). Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- KEŞLİ A (2012). PPP Projelerinin Hukuki Rejimi. İstanbul: Grup Hbs Yatırım Danışmanlık Yayınevi.
- KILIÇ S (2013). Örnekleme yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, **3(1)**: 44-46.
- KIRILMAZ H, ÖZTÜRK K (2018). Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **5(1)**: 60-70.

- KITZINGER J (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, **311**: 299-302. Erişim Adresi: [<https://www.bmj.com/content/311/7000/299.full>]. Erişim Tarihi: 15.05.2018.
- KÖKCÜ AT (2014). Türkiye’de Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, **22(3)**: 98-105.
- KRUEGER RA (1994). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. London: SAGE.
- KULAKSIZ S (2018). Kamu Hizmet Tedarik Yönteminin Belirlenmesinde Kamu Özel İşbirliği Yöntemi ve Geleneksel Tedarik Yönteminin Bir Sağlık Sektörü Projesi Üzerinde İncelenmesi. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- LEWIS JR (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science and Medicine*, **39(5)**: 655-670. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7973865>]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.
- LI B, AKINTOYE A, EDWARDS PJ, HARDCASTLE C (2005). Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry. *Construction Management and Economics*, **23(5)**: 459-471.
- MARŞAP A (2015). Sağlıkta Stratejik Yönetim. Ankara: Beta Yayınları.
- MCNAIR A, GARDINER P, SANDRY JR, WILLIAMS AC (2006). A qualitative study to develop a tool to examine patients’ perceptions of NHS orthodontic. *Journal of Orthodontics*, **33**: 97-106. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16751431>]. Erişim Tarihi: 15.05.2018.
- MOONEY G (2014). Ulusların Sağlığı, Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru. (Çev: Cem Terzi). İstanbul: Yordam Kitabevi.
- MOORS JJA (1986). The meaning of kurtosis: Darlington Reexamined. *The American Statistician*, **40(4)**: 283-284.
- NATIONAL AUDIT OFFICE (2009). Private Finance Projects, A Paper for the Lords Economic Affairs.
- NGUYEN TPL, BRIANCON S, EMPEREUR F, GUILLEMIN F (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine*, **54(4)**: 493-504. Erişim Adresi: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11848270>]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.
- NOEL M, BRZESKİ WJ (2004). Mobilizing Private Finance for Local Infrastructure in Europe and Central Asia. Washington: World Bank Papers No: 46.

- ODYAKMAZ Z (1998). Genel olarak idarenin sözleşmeleri. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **2(1)**: 1-2.
- ÖKMEN M, CANAN K (2009). Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde Türk kamu yönetimi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, **16(1)**: 139-171. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/146011>]. Erişim Tarihi: 21.10.2018.
- ÖNCÜ TS (2018). Talan Yoluyla Sermaye Birikim Aracı Olarak Kamu Özel Ortaklığı: Verimsiz ve Pahalı Bir Finansman Modeli. İçinde: *Türkiye'de sağlıkta kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri*, Ed.: Bora T., İletişim Yayınları, İstanbul. s.: 13-35.
- ÖZAY İH (1996). Gün Işığında Yönetim. İstanbul: Filiz Kitabevi.
- ÖZBEK R (2017). Sağlık Kuruluşları Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması (Sivas İli Ağız Diş Sağlığı Merkezi ve Diş Hekimliği Fakültesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- ÖZDAMAR K (2003). Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- ÖZELLEŞTİRME İDARESİ BAŞKANLIĞI (2008). 2009-2013 Stratejik Plan. Erişim Adresi: [<http://www.oib.gov.tr/dokuman/stratejik-planlar/2009-2013-stratejik-plani.pdf>]. Erişim Tarihi: 25.10.2018.
- ÖZER A, ÇAKIL E (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen etmenler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **5(3)**: 140-143.
- ÖZKAN D (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- ÖZTÜRK H (2018). Kamu Sağlık Sektöründe Hizmet İhaleleri; Ankara İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- PALA K (2017). Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. İçinde: *İnsana karşı piyasa: Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik*, Ed.: Yenimahalleli Yaşar G., Göksel A., Birler Ö., Notabene Yayınları, İstanbul. s.: 43-75.
- PALA K (2018). Sunuş. İçinde: *Türkiye'de sağlıkta kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri*, Ed.: Bora T., İletişim Yayınları, İstanbul. s.: 7-13.
- PIERSON C (1991). Beyond The Welfare State?: The New Political Economy of Welfare. Michigan: Pennsylvania State University Press.
- PRICE D (2011). Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011. Ankara.

RESMÎ GAZETE (2017). 2018 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/12/20171231m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/12/20171231m1.htm>] Erişim Tarihi: 10.11.2018.

RESMÎ GAZETE (2018a). Trabzon ve Rize Katı Atık Birliği Entegre Katı Atık Tesisi'nin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılmasına İlişkin İhale İlanı. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/ilanlar/eskiilanlar/2018/10/20181025.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/ilanlar/eskiilanlar/2018/10/20181025-3.htm>]. Erişim Tarihi: 10.11.2018.

RESMÎ GAZETE (2018b). 2018/4 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180803.htm>]. Erişim Tarihi: 10.11.2018.

RUANE S (2001). Corporate and political strategy in relation to the private finance initiative in the UK. *Critical Social Policy*, **30(4)**: 519-540.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012a). Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012b). Stratejik Plan, 2013-2017. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2018a). Kamu Özel İşbirliği Projeleri. Erişim Adresi: [<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>]. Erişim Tarihi: 25.06.2018.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2018b). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne Bağlı Birimler. Erişim Adresi: [<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,32392/daire-baskanlari.html>]. Erişim Tarihi: 25.06.2018.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2018c). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Organizasyon Şeması. Erişim Adresi: [<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,28698/teskilat-semasi.html>]. Erişim Tarihi: 25.06.2018.

SARIKAMIŞ C (2005). Türkiye'de özelleştirme çabaları. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, **28**: 9-12. Erişim Adresi: [<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/425941>]. Erişim Tarihi: 15.05.2018.

SARISU A (2007). Kamu ve Özel Sektör İşbirlikleri-Türkiye İçin Bir Model Önerisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

SARP N, TÜKEL B (1999). İbn-i Sina hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **52(3)**: 147-151. Erişim Adresi: [<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/910/11351.pdf>]. Erişim Tarihi: 25.05.2018.

- SEZER Ö (2008). Kamu hizmetlerinde müşteri (vatandaş) odaklılık: Türkiye’de kamu hizmeti anlayışı açısından bir değerlendirme. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, **4(8)**: 147-171. Erişim Adresi: [<http://194.27.40.129/index.php/zkesbe/article/view/183/132>]. Erişim Tarihi: 03.11.2018.
- SHAW E (2003). Privatization by stealth? The Blair government and public-private partnerships in the national health service. *Contemporary Politics*, **9(3)**: 277-292.
- SHEN LY, PLATTEN A, DENG XP (2006). Role of public private partnerships to manage risks in public sector projects in Hong Kong. *Journal of Management in Engineering*, **24(4)**: 421-428.
- SOYER A (2000). 1980 sonrası sağlıkta neler oldu? *Toplum ve Hekim Dergisi*, **4**: 259-264.
- SÖNMEZ (2018). Sermaye Birikimi, Kamu-Özel İşbirliği ve Şehir Hastaneleri. İçinde: *Türkiye’de sağlıkta kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri*, Ed.: Bora T., İletişim Yayınları, İstanbul. s.: 55-71.
- SÖZER AN (2013). Sağlıkta yeniden yapılanmanın devamı olarak şehir hastaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **15**: 215-253. Erişim Adresi: [<http://hukuk.deu.edu.tr/dosyalar/dergiler/dergimiz-15-ozel/1-ishukuku/9-alinazimsozer.pdf>]. Erişim Tarihi: 14.04.2018.
- SPACKMAN M (2002). Public-private partnerships: Lessons from the British approach. *Economic Systems*, **26(3)**: 283-301.
- ŞENEL TEKİN P (2010). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- T.C. ANAYASASI (1982). Erişim Adresi: [<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>] Erişim Tarihi: 01.01.2017
- T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI (2018). 2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/10/20181027M1.pdf>]. Erişim Tarihi: 02.11.2018.
- TAN T (2011). İdare Hukuku. Ankara: Turhan Kitabevi.
- TAŞLIYAN M, GÖK S (2012). Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta bir alan çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, **2(1)**: 69-94.
- TEKER D (2008). Sağlık sektöründe proje finansman modelleri: Türkiye için bir model önerisi ve bir hastane projesinin fizibilite analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, **37**: 1-18. Erişim Adresi: [<http://www.mufad.org.tr/journal/attachments/article/301/11.pdf>]. Erişim Tarihi: 15.04.2018.

- TEKER S, TEKER D, ÇİMEN M (2013). Ulaştırma projeleri finansmanı için bir model önerisi: Kamu-özel sektör ortaklığı ile yap-işlet-devret. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, **5(1)**: 116-129. Erişim Adresi: [http://www.isarder.org/isardercom/2013vol5issue1/vol5_issue1_article07full_text.PDF]. Erişim Tarihi: 25.04.2018.
- TENGİLİMOĞLU D (2015). Sağlık Kurumlarında Hasta Memnuniyeti. İçinde: *Sağlık kurumlarında kalite*, Ed.: Kaya S., Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir. s.: 31-58.
- TOKER Ç (2018). Bütçeyi Hasta Eden Bir Sağlık Modeli: Şehir Hastaneleri. İçinde: *Türkiye’de sağlıkta kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri*, Ed.: Bora T., İletişim Yayınları, İstanbul. s.: 249-261.
- TUNÇ G, ÖZSARAÇ E (2015). Türkiye’deki Kamu Özel İşbirliği Modelinin İyileştirilmesine Ait Öneriler. 3. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı, 14-16 Ekim 2015. İzmir.
- TÜKEL R (2018). Sağlıkta Dönüşümde Son Dönem: Şehir Hastaneleri. İçinde: *Türkiye’de sağlıkta kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri*, Ed.: Bora T., İletişim Yayınları, İstanbul. s.: 209-227.
- TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ (2011). Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğü-Sosyal Bilimler. Ankara.
- UNECE (2012). Case Study: PPP in Italian Health Sector. Erişim Adresi: [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/ppp/ppp_days/Day1/Ricchi.pdf]. Erişim Tarihi: 25.06.2018.
- ÜN L (2014). Kamu Hizmetinin Görülmesinde Kamu-Özel Sektör-Vatandaş İşbirliği Örneği: Kadişehri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- VAVRA TG (1999). Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları. (Çev: Günhan Günay). İstanbul: Kalde Yayınları.
- YALÇIN FC (2014). Kamu Özel İşbirlikleri. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- YALÇIN FC (2016). Geleneksel kamu hukuku sistematiğinde kamu özel işbirliğine eleştirel bir bakış: 6428 sayılı kanun ve yasal yapılanma ve uygulama için öneriler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **15(30)**: 163-190.
- YANIK A (2000). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- YAŞA E (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

YATIRIM DESTEK VE TANITMA AJANSI (2015). “Basın Bülteni”. 28 Nisan 2015.
Erişim Adresi: [<http://www.invest.gov.tr/tr-TR/infocenter/pressrelease/Documents/28-04-2015-TYDTA-KOI-SAGLIK-ZIRVESI.pdf>]. Erişim Tarihi: 10.11.2018.

YATIRIM DESTEK VE TANITMA AJANSI (2018). Investing In Infrastructure And Public Private Partnership In Turkey. Erişim Adresi: [<http://www.invest.gov.tr/en-US/infocenter/publications/Documents/INFRASTRUCTURE.INDUSTRY.pdf>].
Erişim Tarihi: 10.11.2018.

YAVUZ CI (2017). Verilerle Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda “Etkililik, Verimlilik ve Hakkaniyet”. İçinde: *İnsana karşı piyasa: Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik*, Ed.: Yenimahalleli Yaşar G., Göksel A., Birler Ö., Notabene Yayınları, İstanbul. s.: 75-103.

YENİMAHALLELİ YAŞAR G (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

YENİMAHALLELİ YAŞAR G (2010). Prof. Dr. Kurthan Fişek İçin Yönetim Üzerine. İçinde: *Türk sağlık politikasında neo-liberal dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme*, Ed.: Sayan İÖ., Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara. s: 269-288.

YENİMAHALELİ YAŞAR G (2011). Health transformation programme in Turkey: an assessment. *International Journal of Health Planning and Management*, **26**: 110-133.

YILMAZ IC (2017). Proje Finansmanı ve Kamu Özel Ortaklığı. Erişim Adresi: [<http://fazliogluhukuk.com/Proje%20Finansman%C4%B1%20ve%20K%C3%96SO.pdf>]. Erişim Tarihi: 15.04.2018.

3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun. Erişim Adresi: [<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=1.5.3996&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>]. Erişim Tarihi: 15.05.2018.

6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun. Erişim Adresi: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm>]. Erişim Tarihi: 16.05.2018.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı

GİZLİ

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

12 Ocak 2018

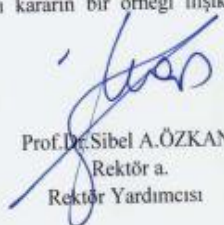
Sayı : 56786525-050.04.04 / 2637
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

Sayın Emre SARCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yüksek Lisans Öğrencisi

İlgi: 17/11/2017 tarihli başvurunuz.

"Türkiye'de Sağlık Alanında Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelinin Uzman Görüşleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi ve Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi: Adana Şehir Hastanesinde Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 08/01/2018 tarihli toplantısında alınan 01/01 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Sibel A. ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

Ek 1. Devamı. Etik Kurul Kararı

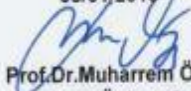
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 08/01/2018
Toplantı Sayısı : 01
Karar Sayısı : 01

01-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencilerinden **Emre Sercan**'ın "Türkiye'de Sağlık Alanında Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelinin Uzman Görüşleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi ve Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi: Adana Şehir Hastanesinde Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili 17/11/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Emre Sercan**'ın "Türkiye'de Sağlık Alanında Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelinin Uzman Görüşleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi ve Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi: Adana Şehir Hastanesinde Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezi araştırma projesinin, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
08/01/2018


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek 2. Araştırma İzin Yazısı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 27350520/799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz bünyesinde bulunan yüksek lisans öğrencisi Emre SARCAN'ın "Türkiye'de Sağlık Alanında Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelinin Uzman Görüşleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi ve Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi: Adana Şehir Hastanesinde Bir Araştırma" başlıklı tez çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup , çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

e-İmzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
26.1.02/2018
Hamit ŞAHİN
Evrak Kayıt Birimi

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

Faks No:0322 344 15 72

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

Bilgi için:Şerife KÖSE
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0322 344 03 03 Dahili: 3280
Evrakan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fb766ba3-034b-4364-94bf-d3992c210c77 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. Hasta Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
(Etik Kurul Başkanlığı'na)

Konu: Ölçek kullanma izni (Emre SARCAN)

“Türkiye’de Sağlık Alanında Uygulanan Kamu Özel İşbirliği Modelinin Uzman Görüşleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi ve Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi: Adana Şehir Hastanesinde Bir Araştırma ” konu başlıklı yüksek lisans araştırmasında, Doç. Dr. Neslihan DERİN ile birlikte oluşturduğumuz hasta memnuniyet ölçeğini kullanması için araştırmacı Emre Sarcan’a izin veriyorum.

Bilgilerinize arz ederim. 14.11.2017



Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL

Bilgi (Söz konusu ölçeğin yayımlandığı makalenin künyesi):

Derin, N. ve Demirel, E. (2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması. The Journal of Academic Social Science Studies, 6(2), 1111-1130.

İletişim:

Fırat Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İşletme Bölümü
23119, Merkez – ELAZIĞ

0 424 2370000 – 4179
edemirel@firat.edu.tr

Ek 4. Hasta Memnuniyet Anket Formu

Veri Toplama Aracı: Hasta Memnuniyeti Anketi	
<p>Değerli Katılımcı; Bu çalışma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hazırlanmakta olan yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla yapılmaktadır. Aşağıda yer alan soruların gerçekçi bir şekilde yanıtlamanız daha kaliteli hizmet sunumuna katkıda bulunacaktır. Sizden beklenen, verilen cümleler konusundaki kanaatinizi, Tamamen Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum ve Tamamen Katılmıyorum ifadeleri arasından size en yakın gelen seçeneği belirterek bildirmenizdir. Bu konuda göstermiş olduğumuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz.</p> <p>Doç. Dr. Gülbıye YENİMAHALLELİ YAŞAR Emre SARCAN(Yüksek Lisans Öğrencisi)</p>	
Kişisel Bilgiler:	
Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek	
Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz. ()20 ve altı ()21-30 ()31-40 ()41-50 ()51-59 ()60 ve üstü	
Eğitim durumunuzu belirtiniz. ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite	
Mesleğiniz: ()Emekli ()Ev Hanımı ()Öğrenci ()Serbest ()Memur ()İşçi	

No	İfadeler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1-9	Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi (A)					
A.51	Hastanede muayene olmak için gereken işlemler karmaşık ve uzundur.					
A.52	Hastanenin işleyişi hakkında verilen danışmanlık hizmetleri yetersizdir.					
A.53	Hastanenin yatış ve çıkış işlemleri karmaşık ve uzundur.					
A.54	Tıbbi tetkikler için bekleme süreleri çok fazladır.					
A.55	Otomasyon aracılığıyla yapılan arşiv sistemi yetersizdir, kayıplara yol açmaktadır.					
A.56	Refakatçi işlemleri yetersizdir.					
A.57	Ziyaret saatleri yetersizdir.					
A.58	Hastanede işler tanıtıklar aracılığıyla yürütülmektedir.					
A.59	Hastaların hastaneyle iletişim kuracağı (telefon, e-mail, mektup, şikâyet, dilekçesi vb.) materyalleri azdır veya yetersizdir.					

Ek 4. Devamı. Hasta Memnuniyet Anket Formu

No	İfadeler	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılmıyorum
10-15	Temizlik Hizmetleri (B)					
B.51	Tuvalet ve banyo temizliği yetersizdir.					
B.52	Böcek problemi vardır.					
B.53	Hasta odalarının temizliği yetersizdir.					
B.54	Hasta yataklarının temizliği yetersizdir.					
B.55	Çöpler için yeterince kova yoktur.					
B.56	Ortamın pis olmasından dolayı mukrop kapma olasılığı çok yüksektir.					
16-27	Fiziksel ve Çevresel Koşullar (C)					
C.51	Hastanede genel onarım ve bakım eksikliği vardır.					
C.52	Asansör hizmetleri yetersizdir.					
C.53	Otopark problemi vardır.					
C.54	Ulaşım problemleri yaşanmaktadır.					
C.55	Odalar yeterince konforlu değildir.					
C.56	Odalarda ısı problemi vardır.					
C.57	Hasta odalarında lavabo yetersizdir ve telefon problemi vardır.					
C.58	Gürültülü bir ortam vardır.					
C.59	Havalandırma yetersizdir.					
C.510	Hastaların dini vecibelerini yerine getirmeleri konusunda yeterince hassasiyet yoktur.					
C.511	İşaret levhaları yetersizdir.					
C.512	Kantin hizmetleri yetersizdir.					
28-32	Yemek Hizmetleri (D)					
D.51	Yemek çeşidi azdır.					
D.52	Yemeğin porsiyonu azdır.					
D.53	Servis personelinin takdimi yetersizdir.					
D.54	Servis personelinin eli, kıyafeti temiz değildir.					
D.55	Yemek saatleri uygunsuzdur.					
33-44	Doktor Bakımı (E)					
E.51	Doktorlar yanlış, eksik ve hatalı tedavi uygulamaktadır.					
E.52	Tıbbi tedavi konusunda hastaya yeterince bilgi vermemektedir.					
E.53	Tedavi ve bakımdan önce hastanın onayını almamaktadır.					
E.54	Hastaya gösterdiği ilgi eksiktir.					
E.55	Hasta için ayrılmış olduğu süre yetersizdir.					
E.56	Hastanın duyuğu ve hislerini anlamaya çalışmamaktadır.					
E.57	Hastanın kültürel değerlerine saygı göstermemektedir.					
E.58	Hasta muayenesinde ve tedavisinde mahremiyete saygı göstermemektedir.					
E.59	Uzman ve asistan doktorlar arasında iletişim kopukluğu vardır.					
E.510	Hastanın problemlerini çözmede sorularına cevap vermede isteksizdir.					

Ek 4. Devamı. Hasta Memnuniyet Anket Formu

No	İfadeler	Tamamen Kathıyorum	Kathıyorum	Kararsızım	Kathıyorum	Tamamen Kathıyorum
E.S11	Tedavi gördüğünüz bölüm dışında, hastane içersinde başka bir bölümdaki doktora görünmeniz gerektiğinde işlemler sıkıntılı gerçekleşmektedir.					
E.S12	Doktor sayısı azdır.					
45-56	Hemşire Bakımı (F)					
F.S1	Hastaya gösterdiği bakım yetersizdir.					
F.S2	Tıbbi tedavi konusunda hastaya yeterince bilgi vermemektedir.					
F.S3	Hasta için ayırmış olduğu süre yetersizdir.					
F.S4	İhtiyaç olduğu anda bulunamamaktadır.					
F.S5	Hastaya gösterdiği ilgi eksiktir.					
F.S6	İş disiplini eksiktir.					
F.S7	Davranışları kaba ve incitcidir.					
F.S8	Hastanın duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışmamaktadır.					
F.S9	Hastanın problemlerini çözmede, sorularına cevap vermede isteksizdir.					
F.S10	Hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmemektedir.					
F.S11	Hasta tedavisinde mahremiyete saygı göstermemektedir.					
F.S12	Hemşire sayısı azdır.					
57-63	İdari ve Destek Hizmetleri Personeli (G)					
G.S1	Personel genelde hastalara karşı kaba ve incitici davranmaktadır.					
G.S2	Hastalara gerekli bilgileri vermemektedirler.					
G.S3	Kılık kıyafetleri uygunsuzdur.					
G.S4	İş disiplinleri eksiktir.					
G.S5	Hastanın duygu ve hislerini anlamaya çalışmamaktadır.					
G.S6	Hastanın kültürel değerlerine saygı gösterilmemektedir.					
G.S7	Hastanede genel anlamda personel sayısı azdır.					
64-67	Güvenlik Hizmetleri (H)					
H.S1	Hastaneye giriş çıkışlardaki kontroller yetersizdir.					
H.S2	Hastanede hırsızlık olayları olmaktadır.					
H.S3	Güvenlikçiler ziyaret saatleri dışında insanları içeri alarak diğer hastaların rahatsız olmalarına yol açmaktadır.					
H.S4	Hastane yangın, deprem vs. olaylarına karşı yeterince önlem alınmamıştır.					
68-72	Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti (I)					
I.S1	Geceleri ve hafta sonları tıbbi bakım hizmeti eksiktir.					
I.S2	Temizlik yetersizdir.					
I.S3	Doktor ve hemşire sayısı yetersizdir.					
I.S4	Geceleri ve hafta sonlarında gürültü olmaktadır.					
I.S5	Yemekler kötü çıkmaktadır.					

Ek 4. Devamı. Hasta Memnuniyet Anket Formu

No	İfadeler	Tamamen Kabuluyorum	Kabuluyorum	Kararsızım	Kabulmuyorum	Tamamen Kabulmuyorum
73-78	Acil Servis Hizmetleri (J)					
J.S1	Ambulans hizmetleri yetersizdir.					
J.S2	Geç müdahale edilmektedir.					
J.S3	Acilden servislere geçiş süresi çok fazladır.					
J.S4	Personel sayısı azdır.					
J.S5	Yatak sayısı azdır.					
J.S6	Acilde olması gereken malzeme ve materyal yoktur.					
79-82	Hastaneden Ayrılma (K)					
K.S1	Hastaneden ayrılmadan önce, evdeki tedavi hakkında yeterince bilgi verilmedi.					
K.S2	Hastaneden ayrılmadan önce, kontrol muayenesinin zamanı hakkında yeterince bilgi verilmedi.					
K.S3	Tedavi olduğum servis tarafından ihtiyaç olduğunda iletişim kurulabilecek bir telefon numarası verilmedi.					
K.S4	Hastaneden ayrılmadan önce, yaşam stilim (spor, beslenme, uyku vb.) nasıl olacağı hakkında bilgi verilmedi.					

ÖZGEÇMİŞ

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı: Emre

Soyadı: SARCAN

Doğum Yeri ve Tarihi: Tuzluca, 04.02.1994

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Bekar

Askerlik Durumu: Tecilli

İletişim Adresi ve Telefonu: Türk Eximbank Genel Müdürlüğü - Saray Mah.
Ahmet Tevfik İleri Cad. No:19 Ümraniye/İstanbul, Tel: 0542 661 97 01

II. EĞİTİM

Lise: Ankara Akyurt Anadolu Lisesi (2007- 2011)

Yabancı Dil Hazırlık Okulu: Ankara Üniversitesi Yabancı Diller
Yüksekokulu (2011-2012)

Lisans: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve
Endüstri İlişkileri Bölümü (2012- 2016)

Değişim Programı: Panevezys College, İşletme Bölümü, Litvanya (Ocak-
Temmuz 2015)

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık
Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı (2016-...)

Yabancı Dil: İngilizce, Fransızca

III. MESLEKİ DENEYİM

Türkiye İhracat Kredi Bankası A.Ş. (TÜRK EXIMBANK)

Hazine ve Sigorta Operasyon Daire Başkanlığı, Uzman Yardımcısı

(2018 Ocak- ...)

IV. DİĞER BİLGİLER

2018 - Ms Excel İleri, Word, Outlook Eğitimi, Network Akademi, İstanbul

2018 - Powerpoint ve Outlook Eğitimi, Bilge Adam Bilişim Grubu, İstanbul

2018 - Fransızca Dil Kursu- Fransız Kültür Derneği, İstanbul

2018 - Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Para Politikası ve Bilanço Analizi
- Türkiye Bankalar Birliği

2018 - Bilanço Analizi Yoluyla Pazarlama ve Satış Becerileri - Türk Eximbank

2018 - Pazarlama ve Satış Teknikleri-Simülasyon Eğitimi - Türk Eximbank

2018 - Finans Kuruluşlarının Uluslararası Piyasalardan Kullandıkları Kısa ve Uzun Vadeli Krediler ve Finansman Yönetimi - Türkiye Bankalar Birliği

2018 - Mali Analiz - Türk Eximbank

2018 - Uluslararası Ticaret ve Finansmanı - Türk Eximbank

2018 - Standby Akreditif, Direkt Garanti, Kontrgaranti ve Teminat Mektupları - Türkiye Bankalar Birliği