



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI İLE
YAPILAN ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİNİN
HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN İNCELENMESİ:
YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ**

ERGÜN ÖNDER

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

MART 2019



**TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI İLE YAPILAN
ENTEĞRE SAĞLIK KAMPÜSLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ: YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Ergün ÖNDER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

MART 2019

Ergün ÖNDER tarafından hazırlanan “Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüslerinin Hasta Memnuniyeti Açısından İncelenmesi: Yozgat Şehir Hastanesi Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

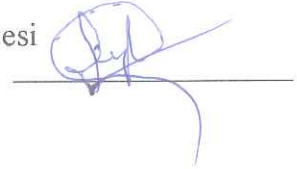
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan: Doç. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman OKUR

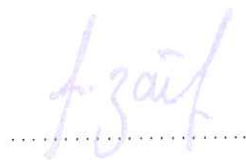
Bankacılık Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 26/03/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Figen ZAİF

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Ergün ÖNDER

26/03/2019

TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI İLE YAPILAN ENTEGRE
SAĞLIK KAMPÜSLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİ AÇISINDAN İNCELENMESİ:
YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Ergün ÖNDER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Mart 2019

ÖZET

Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Türkiye’de bu hizmet, yalnızca devlet eliyle verilebileceği gibi liberalleşme politikalarının devamı niteliğinde ortaya çıkan özelleşmelerle kamu özel sektör ortaklığı şeklinde de verilmeye başlanmıştır. Daha önce yalnızca kamu sektörünün sunduğu mal ve hizmetler, özelleştirme ve çeşitli yöntemlerle özel sektör veya kamu özel sektör ortaklığıyla da verilebilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sektöründe meydana gelen reformlardan biri de Şehir Hastaneleri projesidir. Bu bağlamda, bu araştırma, Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan, Yozgat Şehir Hastanesi’nden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Veriler 2019 yılı 17 Ocak – 17 Şubat tarihleri arasında, sağlık hizmeti alan 500 hastaya uygulanan anketlerden oluşmaktadır. Yozgat Şehir Hastanesi’nden sağlık hizmeti alan kişilere gönüllülük esasına göre yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket formları aracılığıyla veriler toplanmıştır. Araştırmada kullanılan anketin geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılmış olup, anketin ilk 9 sorusu demografik özelliklerden (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, meslek, sosyal güvence, hizmet alınan bölüm, hastaneyi tekrar tercih etme) sonraki 19 soru poliklinik memnuniyetine ilişkin beşli likert (1) “Kesinlikle Katılmıyorum” (2) “Katılmıyorum” (3) “Kararsızım” (4) “Katılıyorum” (5) “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde sorulardan oluşmaktadır. Yapılan bu araştırmada hasta memnuniyetinin yüksek olduğu görülmüştür.

Bilim Kodu : 115402

Anahtar Kelimeler : Sağlık, Hasta Memnuniyeti, Kamu Özel Sektör Ortaklığı

Sayfa Adedi : 100

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN

INVESTIGATION OF PATIENT SATISFACTION IN TERMS OF TURKISH PUBLIC
PRIVATE PARTNERSHIPS WITH THE INTEGRATED HEALTH CAMPUS:
YOZGAT CITY HOSPITAL EXAMPLE

(M.S. Thesis)

Ergün ÖNDER

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

March 2019

ABSTRACT

Health care is a public service. This service in Turkey not can only be given by the state but also with the privatization of the liberalization policies it started to be given as a public private partnership. Previously, only the public sector can offer goods and services through privatization and various methods of private sector or public private sector partnership. One of the reforms in the health sector is the City Hospitals project within the scope of Health Transformation Program. In this context, this study made public in Turkey in partnership with the private sector, Yozgat City Hospital service area is carried out to evaluate the level of satisfaction of patients. The data consisted of questionnaires applied to 500 patients receiving health care services between January 17 and February 17, 2019. Data were collected through questionnaire forms using face-to-face interview method on a voluntary basis. The validity and reliability analysis of the questionnaire used in the study was conducted. The first 9 questions of the questionnaire were demographics (gender, age, educational status, marital status, income status, occupation, social security, service department, re-admittance of the hospital) and the next 19 questions were five likert (1) “Strongly Disagree” (2) “I Disagree” (3) “Undecided” (4) “Agree” (5) “Strongly Agree” Patient satisfaction seems to be high in this study.

Science Code : 115402

Key Words : Health, Patient Satisfaction, Public Private Partnership

Page Number : 100

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Ersin AYHAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada, değerli katkıları ile beni yönlendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN başta olmak üzere, Gazi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nın saygıdeğer bütün hocalarına, hoşgörü ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli eşime, oğlum Eymen ve kızım Erva'ya teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xiii
RESİMLERİN LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
GİRİŞ.....	1

1. BÖLÜM

KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI MODELİNİN GENEL ÇERÇEVESİ VE TÜRKİYE’DE ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ

1.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığının Tarihsel Gelişimi	6
1.1.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Doğuşu	6
1.2. Kamu Özel Sektör Ortaklığı’nın Hukuki Yapısı	8
1.2.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı’nın Hukuki Dayanağı	9
1.2.2. Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Tarihçesi.....	10
1.2.3. Yasal Düzenlemeler.....	16
1.3. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Tercih Edilmesindeki Nedenler	18
1.4. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulama Çeşitleri	21
1.4.1. Yap Kirala Devret.....	21
1.4.2. Yap İşlet.....	21
1.4.3. Yap İşlet Devret.....	23
1.4.4. Yap Sahiplen İşlet.....	24
1.5. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamalarından Sağlanan Faydalar	24

	Sayfa
1.6. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Özelleştirme Uygulamalarından Farkı	26
1.7. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Dezavantajları	26
1.8. Bazı Ülkelerde KÖSO Uygulamaları.....	28
1.8.1. Amerika Birleşik Devletleri.....	28
1.8.2. İngiltere.....	30
1.8.3. Fransa.....	31
1.9. Entegre Sağlık Kampüslerine Geçiş Süreci	32
1.9.1. Entegre Sağlık Kampüslerinin Yapılmasında Yap Kirala Devret Modelinin Genel Yapısı ve Özellikleri	36
1.9.2. Yap Kirala Devret Modelinin Seçilmesindeki Faktörler	39
1.10. Yap Kirala Devret Modeli ve Maliyet	41
1.11. Projenin Yapımı ve İşletilmesinde Hazine Garantisi	43
1.12. Hazine Garantisini Yerine Getirme Koşulları.....	44
1.13. Firmaların Hazine Garantisi Kapsamında Avantaj ve Dezavantajları	44
1.14. Türkiye’de Entegre Sağlık Kampüsleri	45

2. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

2.1. Sağlık Kavramı	47
2.2. Sağlık Hizmetleri	47
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	48
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	49
2.3.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	50
2.3.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	50
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	51
2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	52
2.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	52

	Sayfa
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	53
2.5. Hasta (Müşteri) Kavramı	54
2.6. Hasta (Müşteri) Memnuniyetinin Önemi.....	55
2.6.1. İnsancıl Nedenler.....	55
2.6.2. Ekonomik Nedenler.....	55
2.6.3. Pazarlama Nedenleri.....	56
2.6.4. Klinik Etkililik.....	56
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....	56
2.8. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	59
2.8.1. Personel - Hasta Etkileşimi.....	60
2.8.2. Hekim - Hasta Etkileşimi.....	60
2.8.3. Hemşire - Hasta Etkileşimi.....	60
2.8.4. Bilgilendirme	61
2.8.5. Beslenme Hizmetleri	61
2.8.6. Fiziksel ve Çevresel Koşullar	62
2.8.7. Bürokrasi.....	62
2.8.8. Güven.....	62
2.8.9. Ücret	63

3. BÖLÜM

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİNDE POLİKLİNİK HASTALARINA UYGULANAN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırma İle İlgili Genel Bilgiler.....	65
3.1.1. Araştırma Yapılan Sağlık Kuruluşu Hakkında Bilgiler.....	65
3.1.2. Araştırmanın Problemi.....	67
3.1.3. Araştırmanın Amacı.....	68
3.1.4. Araştırmanın Önemi	68

	Sayfa
3.1.5. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	68
3.1.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	68
3.1.7. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	69
3.1.8. Araştırmanın Veri Toplama Aracı.....	69
3.1.9. Analiz Yöntemi.....	70
3.1.10. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	70
3.1.11. Güvenirlilik Analizi.....	70
3.1.12. Geçerlik ve Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	71
3.2. Araştırma Bulguları ve Bulguların Analizi.....	73
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
KAYNAKLAR.....	87
EKLER.....	95
Ek-1. Anket Formu.....	96
Ek-2. Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	100

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. Kamu özel sektör ortaklıklarındaki taraflar	4
Çizelge 1.2. Kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan proje sayılarının yıllara göre dağılımı.....	11
Çizelge 1.3. Sözleşmesi tamamlanan projeler, kapasiteleri ve bitim tarihleri	46
Çizelge 1.4. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri dağılımı	46
Çizelge 2.1. Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler	55
Çizelge 3.1. Özel sektörün sunmakla yükümlü olduğu hizmetler	66
Çizelge 3.2. Miktarla bağlı olmayan hizmetler	66
Çizelge 3.3. Miktarla bağlı tıbbi destek hizmetleri puan	67
Çizelge 3.4. Poliklinik memnuniyeti ölçeği KMO ve Bartlett sonuçları.....	71
Çizelge 3.5. Poliklinik memnuniyeti ölçeği faktör analizi sonuçları.....	72
Çizelge 3.6. Kişisel bilgiler.....	73
Çizelge 3.7. Memnuniyet ifadelerine katılım düzeyi.....	75
Çizelge 3.8. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarına ait betimsel istatistikler	75
Çizelge 3.9. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından incelenmesi.....	76
Çizelge 3.10. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının yaş açısından incelenmesi	76
Çizelge 3.11. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının eğitim durumu açısından incelenmesi	77
Çizelge 3.12. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının medeni durum açısından incelenmesi	77
Çizelge 3.13. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının gelir durumu açısından incelenmesi	78
Çizelge 3.14. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının meslek açısından incelenmesi	78

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.15. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının sosyal güvence açısından incelenmesi.....	79
Çizelge 3.16. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının hizmet alınan bölüm açısından incelenmesi	79
Çizelge 3.17. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının hastaneyi tekrar tercih etme durumu açısından incelenmesi	80
Çizelge 3.18. İki Şehir Hastanesi'nin karşılaştırması	81



ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. KÖSO uygulamalarının önemi	4
Şekil 1.2. Kamu özel sektör ortaklığı uygulamasında ödeme.....	5
Şekil 1.3. Geleneksel kamu tedarik kapsamında ödeme.....	6
Şekil 1.4. Kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değerlerinin yıllara göre dağılımı.....	11
Şekil 1.5. Kamu özel sektör ortaklığı yatırım tutarlarının yıllara göre dağılımı.....	12
Şekil 1.6. Kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değeri ve yatırım tutarı	13
Şekil 1.7. Ortaklık türüne göre kamu özel sektör ortaklığı proje sayısı	13
Şekil 1.8. Ortaklık türüne göre kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değeri ve yatırım tutarı.....	14
Şekil 1.9. Sektöre göre kamu özel sektör ortaklığı proje sayısı.....	15
Şekil 1.10. Sektöre göre kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değeri ve yatırım tutarı	15
Şekil 2.1. Sağlık hizmetleri ve sağlık işletmeleri.....	49
Şekil 2.2. Müşteri tutmadaki faktörler	58
Şekil 2.3. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler.....	59
Şekil 3.1. Ölçeğin faktör yapısı.....	71

RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 3.1. Yozgat Şehir Hastanesi genel görünüm.....	65



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Akt	Aktaran
ANR	Ulusal Araştırma Ajansı
ASCE	Amerikan İnşaat Mühendisleri Topluluğu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFPIA	Avrupa İlaç Endüstrisi Federasyonu ve Dernekleri Federasyonu
ESK	Entegre Sağlık Kampüsü
IMF	Uluslararası Para Fonu
KÖSO	Kamu Özel Sektör Ortaklığı
PFI	Uluslararası Proje Finansmanı
PPP	Kamu Özel Ortaklığı
RIB	Araştırma ve Yenilikçilik Biyoteknoloji
SPV	Özel Amaçlı Araç
Vb	Ve benzeri
Yİ	Yap İşlet
YİD	Yap İşlet Devret
YKD	Yap Kirala Devret
YSİ	Yap Sahiplen İşlet

GİRİŞ

Küresel ekonomi, 20. yüzyılın son çeyreğinde hem uluslararası hem de ulusal düzeyde ekonomik anlayışta bir değişim yaşamaya başlamıştır. Bu değişiklikler, liberalleşme ve özelleştirme olmuştur. Bunun sonucunda, kamu sektörü ciddi dönüşümlere maruz kalmıştır. Bu dönüşümün oluşumlarından biri, özel sektörün normlarının kamu sektörü örgütleriyle bütünleşmesidir. Diğeri ise, her ikisinin de özünde olan özelleşmedir.

Özelleştirme araçları 1980'lerde oldukça yayılmış, başka bir deyişle, özelleştirmenin, verimliliği garanti altına alacağı savunulduğundan oldukça önemli hale gelmiştir. Bu bağlamda, devlet iktisadi teşebbüslerinin özelleştirilmesi, mal ve hizmet alımları gibi farklı özelleştirme biçimleri ön plana çıkmıştır. 1990'lı yılların başından itibaren bu politikalarla, devletin piyasadan çekilmesi olumsuz dışsallıklar yaratmış ve bu başarısızlıklara cevap vermek için düzenleyici devlet fikri gündeme gelmiştir. Öte yandan tek başına devlet halen verimsiz kabul edilmeye devam edilmiştir. Bu nedenle, kamu sektörünün yatırımlar için gerekli olan kaynaklardan (mali boyut) yoksun olduğu ve aynı zamanda verimlilikten mahrum olduğu iddia edilirken, özel sektörün yalnızca sosyal dışsallıklara yol açtığı iddia edilmektedir. Verimliliği, kaliteyi, finansal desteği, hakkaniyeti, adil fiyatlandırmayı garanti altına almak için, hem kamu hem de özel sektörün diğerinin başarısızlığının üstesinden geleceği yeni hizmet sunum biçimlerine ihtiyaç vardır. Bu yeni kamu hizmeti sunumu biçimi, kamu özel sektör ortaklığı olarak adlandırılmaktadır.

Türkiye'de son yıllarda bazı şehirlerdeki devlet hastaneleri Entegre Sağlık Kampüsleri, ya da daha sık kullanılan Şehir Hastaneleri adı altında tek bir sahada birleştirilerek kamu özel sektör ortaklığı modeliyle finansman sağlanarak, kurulumu ve işletilmesi yönünde uygulamaya konulmuştur. Bu sürecin sonucu olarak yarı özerk hale getirilecek olan kamu kurumu olan devlet hastaneleri özel sektörle ortak hizmet vermeye devam edecektir. Sağlık hizmetleri bununla birlikte daha da piyasa merkezli hale getirilecektir. Bu durumun sonucunda kamu özel sektör ortaklığıyla işletilen hastaneler eskiye kıyasla daha çok kâr odaklı işletileceği için hasta sayısı arttırımına gidilecek ve hasta memnuniyetine daha çok önem verilecektir. Bu durumun sonucu olarak rekabet artacak ve hastaneler hizmetlerini çok daha fazla hasta odaklı hale getirmeye çalışacaklardır (Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018: 137).

Günümüzün rekabet şartları globalleşmenin bir sonucu olarak, işletmeleri rekabette fark yaratacak yardımcı yöntemler aramaya itmiştir. İşletmelerin ayakta kalması ve yaşamlarını sürdürebilmeleri; müşteri merkezli ve kaliteli hizmet vermelerine bağlıdır (Koparal, 1997: 324). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kalitenin bir göstergesidir. Şayet bireyler aldıkları hizmetten memnun olurlarsa ihtiyaç halinde tekrar aynı sağlık kurumunu tercih etmekle birlikte başkalarına da tavsiye ederler. Bununla birlikte memnun kalan bireyler o sağlık kurumunun sadık bir müşterisi haline gelirler. Bu durum da sağlık kurumunun imajını artırır (Sevim, 2009).

Ülkemizde son yıllarda kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan şehir hastanelerinin sayısı giderek artmaktadır. Rekabetin yaşandığı bu sektörde şehir hastanelerinin durumu dikkati çekmektedir. Şehir hastaneleri, 5 yıldızlı otel konforunda, kaliteli sağlık hizmetleri verdiklerini ispat etmeye çalışırken, özel hastanelerin de bu yarışta olduğu dikkati çekmektedir. Hastaneler kendi kuruluşlarının tercih edilmesi için farklı olmaya yöneltmektedir. Bu farklılıkların ve sundukları hizmetlerin hastalar tarafından ne derecede ve nasıl algılandığını ve nasıl memnun kalındığını öğrenmek, araştırmak, değerlendirmek yoluyla mümkün olabilecektir.

Bu bağlamda, bu çalışmada ilk bölümde kamu özel sektör ortaklığı modeli kavramı ve bu kavram çerçevesinde ortaya çıkan entegre sağlık kampüsleri anlatılmış, ikinci bölümde, sağlık ve sağlık hizmetlerine dair bilgiler verilmiş ve devamında, artan rekabet ortamında hasta (müşteri) memnuniyetinin önem kazanması ile birlikte kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan Yozgat Şehir Hastanesi'nden hizmet alan hastaların memnuniyetlerinin nasıl etkilendiği ve memnuniyet düzeyleri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanan verilerin analiz ve değerlendirmesi yapılarak ve bunların sonucunda son bölümde sonuç ve öneriler kısmına yer verilmiştir.

1. BÖLÜM

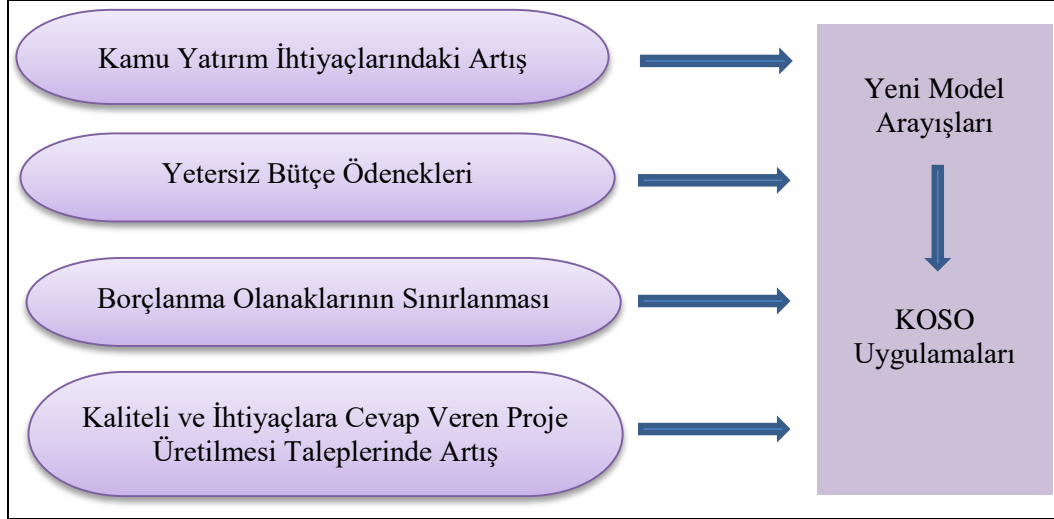
KAMU ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIĞI MODELİNİN GENEL ÇERÇEVESİ VE TÜRKİYE'DE ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ

Kamu özel sektör ortaklığı, iki veya daha fazla kamu ve özel sektör arasında, genellikle uzun vadeli bir yapıda olan bir işbirliği düzenlemesidir. Devletler, tarih boyunca böyle bir kamu özel girişim karışımını kullanmışlardır. Bununla birlikte, son yıllarda, kamu özel sektör ortaklığı, ülkeler arasında yaygınlaşmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 26).

Bir kamu özel sektör ortaklığının nasıl tanımlanacağı konusunda fikir birliği yoktur. Bu ortaklıklar hem bir yönetim mekanizması olarak anlaşılırken sadece bir kavrammış gibi de görülebilir. Bir kavram olarak kamu özel sektör ortaklıkları ifadesi yüzlerce farklı türde uzun vadeli sözleşmeyi geniş bir risk dağılımı, finansman düzenlemeleri ve şeffaflık gereksinimlerini kapsamaktadır. Ayrıca, özelleştirme ve devlet hizmetleri sözleşmesi gibi kavramlarla yakından ilişkilidir. Bir yönetim mekanizması olarak anlaşıldığında, bu kavram çeşitli potansiyel düzenlemeleri kapsar, buna örnek olarak uzun vadeli altyapı sözleşmeleri verilebilmektedir (Linder, 1999: 36).

Bir olgu olarak altyapı kamu özel sektör ortaklıkları beş farklı seviyede anlaşılabilir. Bunlar, belirli bir proje ya da etkinlik olarak, bir proje sunum biçimi olarak, bir hükümet politikası, bir hükümet aracı ya da daha geniş bir kültürel olgu şeklindedir. Farklı disiplinler, bu ortaklık olgusunun farklı yönlerini sıklıkla vurgularlar. Mühendislik bakımından ve ekonomik açıdan, öncelikle, büyük altyapı projeleri sunmak için geleneksel yollarla karşılaştırıldığında, proje teslimatı ve göreceli para için değer gibi endişeleri vurgulayan, faydacı ve fonksiyonel bir odağı bulunmaktadır. Buna karşın, kamu yöneticileri ve siyaset bilimcileri bu ortaklıkları daha çok bir politika markası olarak görme eğilimindedirler ve hükümetlerin hedeflerine ulaşmalarında kullanışlı bir araç konumundadır (Liu ve diğerleri, 2014: 1).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kamu yatırım ihtiyaçlarındaki artış, yetersiz bütçe ödenekleri, borçlanma olanaklarının sınırlanması, kaliteli ve ihtiyaçlara cevap veren proje üretilmesi taleplerindeki artış yeni model arayışlarına itmiş ve kamu özel sektör ortaklığı uygulamaları karşımıza çıkmıştır.



Şekil 1.1. KÖSO uygulamalarının önemi

Kaynak: Sarısu, (2009)

Kamu özel sektör ortaklıklarında 3 temel etken taraftan bahsedilebilir (Gürler, 2003: 31). Bu etken taraflardan ilki, bu ortaklığın kamu kısmı olurken, ikincisi özel kısmıdır, son taraf ise yarı kamusal kişi veya kurumlar olmaktadır.

Bu taraflardan ilki olan kamu, merkezi ve yerel idare otoritelerinden oluşmakta iken; özel kısım ise, ticaret ve sanayi firmaları, gayrimenkul şirketleri, çeşitli profesyoneller ile emlak sahipleri olurken, üçüncü taraf olarak bahsedilen yarı kamusal yetkililer, uluslararası kurumlar, meslek odaları, sendikalar, üniversite ve vakıflar ile yerel gruplar olmaktadır. Bu bağlamda kamu özel sektör ortaklıklarındaki etken taraflar aşağıda çizelge halinde gösterilmektedir.

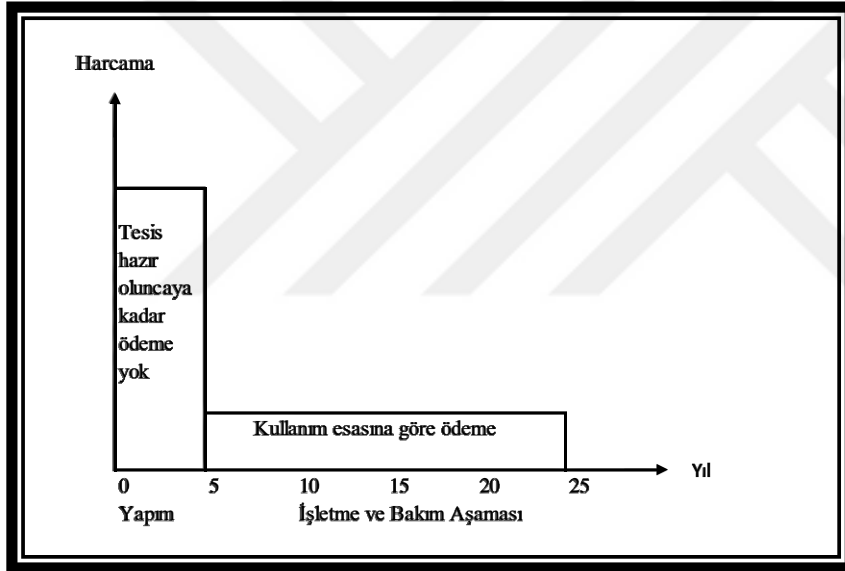
Çizelge 1.1. Kamu özel sektör ortaklıklarındaki taraflar

Kamu Kısmı	Özel Kısım	Yarı Kamusal Kısım
Merkezi idare	Ticaret ve sanayi firmaları	Uluslararası kurumlar
Yerel idare	Gayrimenkul şirketleri	Meslek odaları
	Emlak sahipleri	Sendikalar
	Çeşitli profesyoneller	Üniversite ve Vakıflar
		Yerel gruplar

Kamu özel sektör ortaklıkları, ana hat olarak iki taraftan (kamu ve özel) aynı miktarda temsilciler katılarak gerçekleştirilir. Öte yandan oluşturulan izleme komitesi, bu iki tarafa ek olarak, bahsedildiği üzere, yarı kamusal yetkilileri de barındırır. Ortaklık gerçekleştirildikten sonra, bir koordinasyon ve çalışma grubu meydana getirilerek bu süreç başlamış olur (Smalley, 1996: 83).

Bahsedilen ortaklıklarda ana amaç, finansman sağlamaktır. Bu iki sektör, yapılması amaçlanan projenin çeşitli seviyelerinde, çeşitli masraflarla karşılaşmaktadırlar ve bu masrafların karşılanması ve kârlılık her sektör için değişkenlik göstermektedir. Her projenin kârlılığı değişkenlik gösterirken, özel sektörün bu ortaklıkta amacı her zaman kâr etmektir. Öte yandan kamu, hem kâr etmeyi yani devlet bütçesini gözetmeyi hedeflerken, hem de kamu yararını korumuş olur.

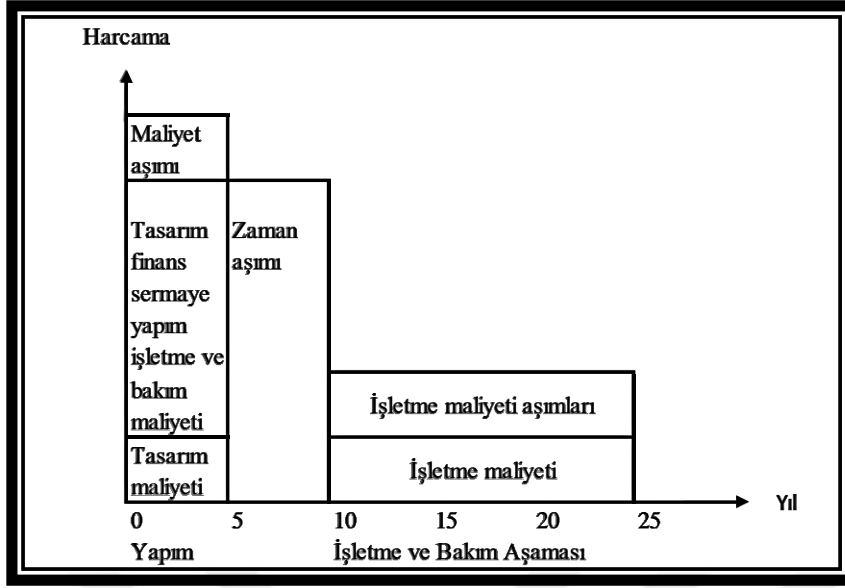
Kamu özel sektör ortaklığında; sermaye, yapım, işletme, bakım ve maliyet aşımı, vb. tüm riskler özel sektörün uhdesindedir. Alınan hizmete bağlı olarak kamu kesimi uzun dönemde ödeme yapmaktadır. Özel sektörün elde edeceği kazanç, sunulan hizmetin kalitesine bağlıdır (Sarısu, 2009: 167).



Şekil 1.2. Kamu özel sektör ortaklığı uygulamasında ödeme

Kaynak: Sarısu, (2009)

Geleneksel kamu tedarik kapsamında ise; sermaye, yapım, işletme, bakım ve maliyet aşımı, vb. tüm riskler kamu kesiminin uhdesinde olmaktadır (Sarısu, 2009: 166).



Şekil 1.3. Geleneksel kamu tedarik kapsamında ödeme

Kaynak: Sarısu, (2009)

1.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığının Tarihsel Gelişimi

1.1.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Doğuşu

Kamu servislerinin yani devletin sunduğu hizmetlerin, çeşitli özel sektör kurumları lokomotifinde hayata geçirilmesinin tarihi oldukça eski olup, ilk olarak Romalılar'da görülmektedir. Bu dönemde, halkın gereksinim duyduğu, market, hamam ve liman işletmeleri vb. hizmetlerin özel hukuk kurumları ile gerçekleştirilen sözleşmeler yoluyla sağlandığı bilinmektedir (Atasoy, 2011: 89).

1500 ve 1600'lü yıllara gelindiğinde ise, öncelikli olarak Fransa ve İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinde, kanal yapımı, elektrik ve posta vb. altyapı hizmetleri çeşitli özel sektör kurumları eliyle verilmiştir (Minow, 2003: 1237).

Anadolu topraklarına gelindiğinde ise, Osmanlı Devleti halka hizmet vermek adına, özel girişim yapısında bulunan medreselerle anlaşmaktaydı. Örneğin eğitim gibi ana hizmetlerden biri, 1574 yılına değin, medreselerle gerçekleştirilmiştir. O dönem, bu kurumlar, oldukça kritik bir öneme sahip olduğundan, çalışan tayini oldukça güç olmakta ve vakıflar şeklinde kurulmaktaydı. Bu kurumların özel girişim niteliğinde olmasının temel sebebi ise, çalışanların ücretlerinin bu vakıflar tarafından karşılanmasıdır (Ortaylı, 1999: 146).

17. yy'ın ikinci yarısında ise, İngiltere'de yapılan yol çalışmalarında özel sektörün desteği alınarak ilk kamu özel sektör ortaklığı modeli hayata geçmiştir. Özellikle Sanayi Devrimi'nin ardından kanal ve raylı sistem tasarılarıyla kamu özel sektör ortaklığı tasarıları oldukça yaygınlaşmıştır. Öte yandan bu periyodun devamında Avrupa'da ortaya çıkan iktisadi kriz ile bu alanda faaliyet gösteren özel yatırımcılar iflas açıklamıştır (Spiller ve diğerleri, 1996: 33).

19. yüzyıla gelindiğinde ise, liberal ekonomik bakış açısının egemen olmasıyla imtiyaz anlaşmalarının tüm Avrupa'ya yayılması özel sektörün kamu hizmetinin arzında tesir derecesini gittikçe yükseltmiştir (Minow, 2003: 1237).

20. yüzyıldan itibaren devlet, ekonomide daha etkin bir hal almış, savaşların da etkisiyle devletçi politikalar yaygınlaşmış, bu bağlamda da, kamu hizmetlerini veren devlet kurumlarının iktisadi kararlarda etkinliği fazlalaşmıştır. Bu durum, hali hazırda mevcut imtiyaz anlaşmalarının feshedilmesine sebebiyet vermiştir. Bunların ortaya çıkmasında savaş sonrası devlet odaklı ideolojilerin etkisi olabilmektedir (Güngör, 2012: 4).

I. Dünya Savaşı'nın ortaya çıkması ve iktisadi çöküşler nedeniyle 18. yy'dan itibaren olumlu bir gelişme gösteren bu ortaklık modeli rafa kaldırılmış, küreselleşme ve özelleşmenin zirve noktası olan 80'lere kadar önem kazanamamıştır (Çekirge, 2006: 5).

1980'li yıllardan başlayarak özelleştirme uygulamalarının dünya çapında yaygın durumda olmasıyla beraber pek çok kamu işletmesi özel sermaye eline geçmiştir. Bu gidişat ile kamu sektörü küçülmüş ve özel sektör girişimleri de artmıştır. Bu yıllarda küresel olarak her alanda özelleştirme gerçekleşmiş olmasına karşın, alt yapı servislerinde faal bir özelleştirmenin oluşumundan bahsedilemez. 1990'lı yılların sonuna gelindiğinde ise kamu özel sektör ortaklığının özelleştirmenin bulunmadığı alanlarda da uygulanması ve aidiyetinin kamuda olduğu, özel sektörün mali kaynaklarından ve dinamizminden faydalanma özelliği bulunması sebebiyle az zamanda yaygınlaşmıştır (Güneş, 2009: 89).

Böylece çoğu gelişmekte olan ekonomi altyapı, imalat ve hizmet dâhil olmak üzere türlü alanlarda kamu özel sektör ortaklığı görülmüştür. 1990'lı yıllarda özel sektör aktivitelerinin en faal olduğu sektörlerin ilkleri olarak enerji ve iletişim görülmektedir (Fougere ve diğerleri, 2009).

IMF ve Dünya Bankası gibi küresel kurumların gelişmekte olan ekonomilerdeki hükümetlere, liberalleşme ve özelleştirme kurallarının uygulanması neticesinde, kamu özel sektör ortaklığı uygulamalarının verimliliği artmıştır (Jamali, 2004: 415).

1.2. Kamu Özel Sektör Ortaklığı'nın Hukuki Yapısı

Kamu özel sektör ortaklığı (KÖSO), yapılacak kamu hizmetlerinin özel girişimler tarafından meydana getirilmesini sağlayan bir metot olması sebebiyle bu bağlamda imzalanan sözleşmenin niteliğinin idari ya da özel hukuk sözleşmesi mi olduğu tartışma konusudur.

Bu tartışmanın bakış açılarından biri olan idari sözleşmeyi tanımlamak gerekirse; taraflardan asgari birinin idare olduğu, özel hukuk hükümlerini geçen hükümlerin yer aldığı ve kamu hizmetlerinin yaptırılmasına dair sözleşmelerdir (Yildirim ve diğerleri, 2016: 86). KÖSO'nun ne ifade ettiği göz önünde bulundurulduğunda, taraflardan asgari birinin idare olduğu, kamu hizmetlerinin yaptırılmasına dair bir sözleşme yöntemi olarak tanımlandığı ve sözleşme kısmına dek ve sözleşmenin hayata geçirilmesi ile ilişkilidir. Bu bağlamda, idarenin çeşitli özel hukuk hükümlerinden fazla yetkilerinin olduğu göze çarpmaktadır. Bu sebeple kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerine idare hukuku hükümlerinin uygulanacağı ve bu sözleşmelerden meydana gelen uyuşmazlıklarda idari yargının yetkisi olduğu aşikârdır (Kerman ve diğerleri, 2012).

Bu tartışmanın bakış açılarından bir diğeri olan özel hukuk sözleşmesi kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerinin idarenin imzaladığı bu türden bir sözleşme olmasıdır. Öte yandan, bir idarenin sözleşmesine uygulanacak hukuku kanun koyucunun yapabileceği belirtilmelidir. 6428 sayılı Kanun'da sağlık hizmetlerine ilişkin kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerinde uygulanacak hukuk özel hukuk olarak belirtilmiştir (Kasapoğlu, 2011: 101).

Kamu özel sektör ortaklığı hem konu çeşitliliği bakımından hem de yapıma miktarı açısından oldukça artış göstermektedir. Kamu özel sektör ortaklığı ile özel sektörde yer alan kişi ve kurumlar devlet ile gerekli bağlantıyı sağlayarak bir devlet organı durumuna gelmektedir. Bu şekilde, bahsedilen, özel sektör etkinliklerine kamu hukuku kuralları uygulaması yapılmaktadır. Buna karşın kamu kesimi ile özel kesim iki türde alanı oluşturmaktadır (Alfred, 2006: 27).

Netice itibarıyla, kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerinde kanun koyucu eliyle uygulanacak hukuk kurallarının ifade edilmediği durumda idare hukuku hükümleri geçerlidir. Öte yandan, kanun koyucunun uygulanacak hukuku geçerli kılması durumunda da sözleşme imzalanıncaya dek idare hukuku, sözleşme imzalandıktan sonra özel hukuk hükümleri uygulanması gerekliliği ifade edilmelidir (Yıldırım ve diğerleri, 2016: 381).

1.2.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı'nın Hukuki Dayanağı

Kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerinin uygulanabilmesi için hukuki alt yapının meydana gelmesi ön koşuldur. Türkiye'de kamu özel sektör ortaklığına dair hukuksal alt yapı fazlaca komplikedir. Bu bağlamda, kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerine dair anayasal dayanak, yasal düzenlemeler ve diğer düzenleyici uygulamalar oldukça önemlidir.

Kamu özel sektör ortaklığı'nın anayasal dayanağı, bir kamu hizmetinin hangi yöntemlerle verileceğine karar verme durumunun anayasaya uygun olması şeklinde açıklanabilmektedir. Kamu hizmetinin uygulanması son olarak idarenin yetki alanında olmasına karşın, kamu hizmetlerinin mutlak manada kamu otoritesi tarafından yürütülmesi gerekmez. Bir kamu hizmetinin hangi usul ile işletileceğine karar verme yetkisi anayasaya aykırı ve kanunlara aykırı olmamak şartıyla idari makamlara aittir (Uz, 2011: 23).

Anayasanın 47. maddesinin son fıkrasındaki "Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir" hükmü uyarınca kamu özel sektör ortaklığı bağlamında hangi hizmet alanlarında özel hukuk kişilerinden faydalanabileceği yasa ile belirlenecektir (Resmi Gazete, 2011).

Kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerinden meydana gelen hukuki uyuşmazlıklar Anayasanın 125. maddesindeki "İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır. Kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların millî veya milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesi öngörülebilir. Milletlerarası tahkime ancak yabancılik unsuru taşıyan uyuşmazlıklar için gidilebilir" (www.mevzuat.gov.tr). Hükmünden de ortaya çıkacağı üzere yabancılik faktörü oluşturan uluslararası tahkim yolu öngörülen sözleşmeler haricinde Türk yargısı sorumludur.

Anayasa Mahkemesi kararlarında, kamu hizmetinin özel hukuk kişileri eliyle yürütülebilmesi adına asli ve sürekli bir kamu hizmeti şekilde oluşmaması gerekliliği belirtilmiştir. Bu durumda hizmetlerin sadece memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle yapılması şarttır (Resmi Gazete, 1987).

Bu ifadelerde belirtildiği üzere bir kamu hizmeti, o hizmetle görevli ve yetkili olan kamu tüzel kişisi eliyle yürütülebileceği gibi, başka bir kamu tüzel kişiliği eliyle de uygulanabilmektedir (Tan, 1991: 239).

Öte yandan kamu hizmeti, bu hizmetlerden sorumlu olan kamu yönetiminin gözetimi veya denetimi altında, özel kişiler eliyle de yürütülebilir (Uz, 2011: 24).

1.2.2. Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Tarihçesi

Türkiye’de var olan altyapının geliştirilmesine ek olarak, yeni altyapı projelerinin meydana getirilmesi gereksinimi bulunmaktadır. Artışı devam eden nüfus ve şehirleşme, bu yatırımların ekonomik olarak desteklenmesini gerekli kılmakta, var olan ve kalitesi düşük olan altyapı uygulamalarının da geliştirilmesi için önemlidir.

Bu ihtiyaçlar, kısıtlı kamu kaynaklarıyla tamamen desteklenemeyeceğinden, kamu özel işletmeleri bir çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda Türkiye’de, 1994 yılında yürürlüğe giren 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun" ile kapsamı artan bu ortaklık türü ve karayolları, havaalanları ve çeşitli projelerde uygulanmaktadır (www.mevzuat.gov.tr). Aşağıda, 1986 yılından 2018 yılına dek bu ortaklık türü ile gerçekleştirilen proje sayıları gösterilmektedir.

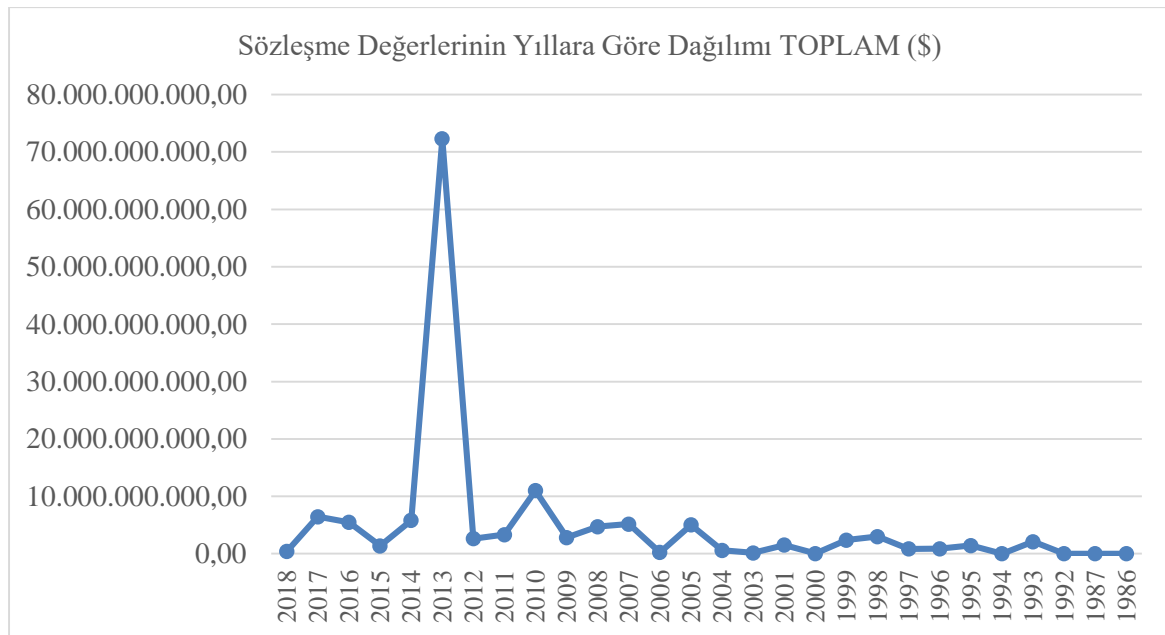
Çizelge 1.2. Kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan proje sayılarının yıllara göre dağılımı

Yıl	Sayı	Yıl	Sayı
2018	5	2004	8
2017	10	2003	8
2016	13	2001	6
2015	5	2000	4
2014	14	1999	12
2013	36	1998	11
2012	8	1997	9
2011	14	1996	11
2010	15	1995	1
2009	4	1994	7
2008	8	1993	3
2007	9	1992	1
2006	9	1987	1
2005	5	1986	1

Kaynak: <https://koi.sbb.gov.tr/>

Çizelge 1.2’de görüldüğü üzere, proje sayıları, kanunun yürürlüğe girdiği tarih olan 1994’ten itibaren artış göstermiş, 2009 yılına kadar dalgalı bir seyir izlemiştir. Bu dönemde yaşanan krizler, bu dalgalı seyri anlaşılabilir kılmaktadır. Öte yandan, 2010 yılında, 2005 yılından 3 kat artarak 15 projeye ulaşmış, 2013 yılında ise 36 proje hayata geçirilmiştir.

Aşağıda yer alan Şekil 1.4 ve 1.5’de bu projelerin sözleşme değerleri ve yatırım tutarlarına yer verilmiştir.

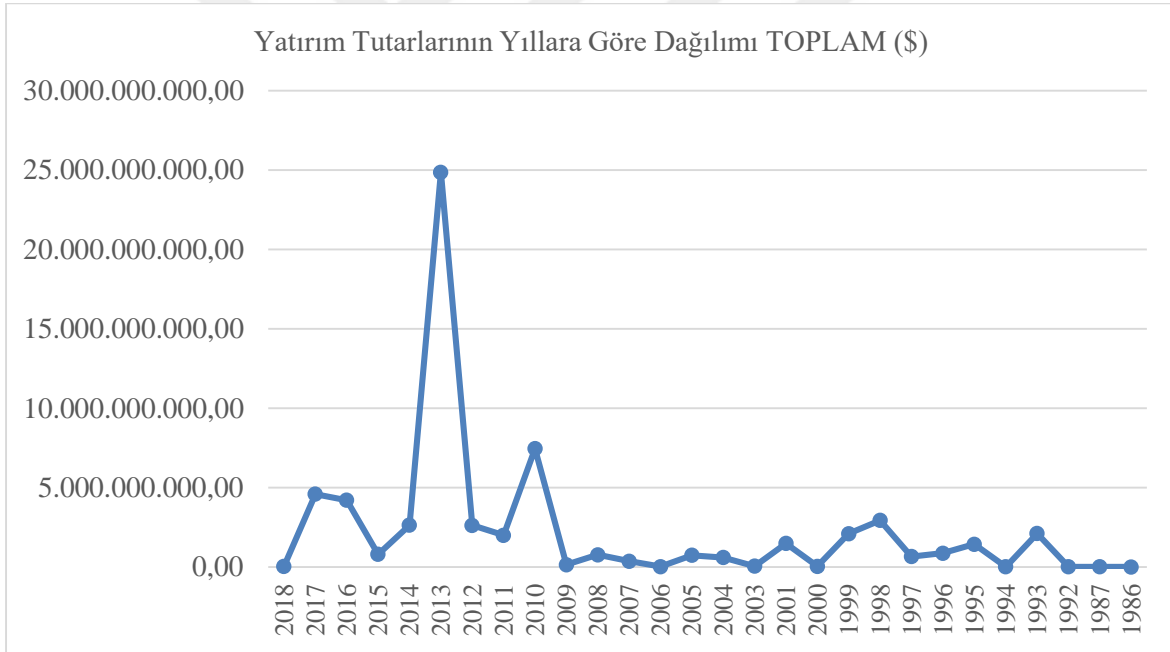


Şekil 1.4. Kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değerlerinin yıllara göre dağılımı

(<https://koi.sbb.gov.tr/>)

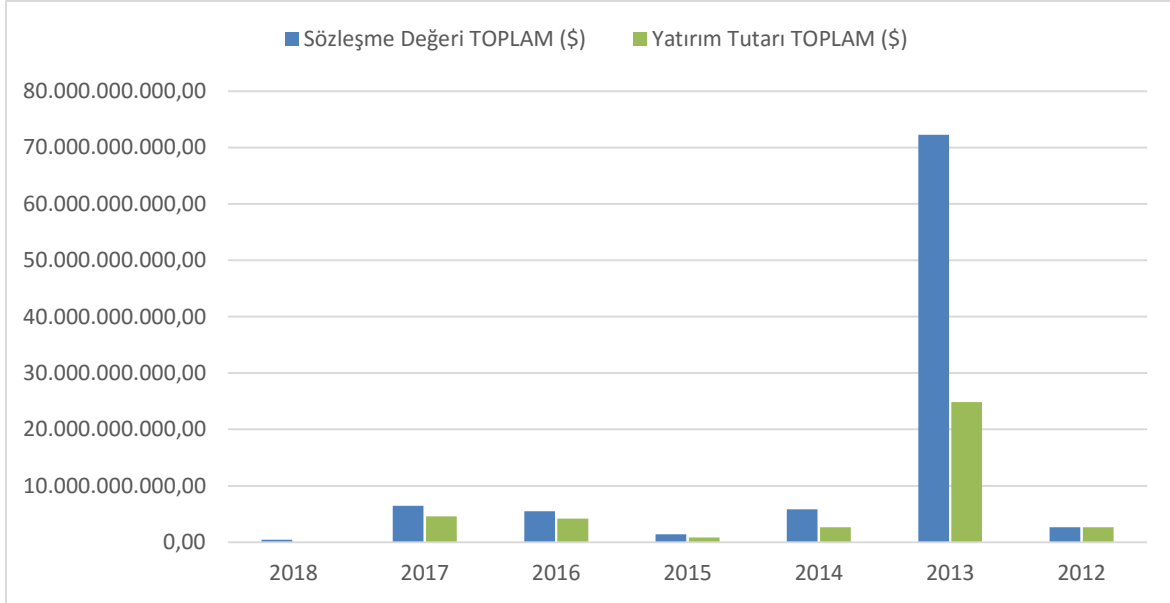
Yukarıdaki şekilde görüldüğü üzere, sözleşme değerleri, proje sayılarıyla örtüşmektedir. Öte yandan, ortalama birim proje başına düşen sözleşme değeri en yüksek, 2013 yılında yaşanmış, onu 2010 yılı takip etmiştir. 2018 yılına kadar kaydedilen en yüksek toplam sözleşme değeri, 70 milyar doları aşkın değeriyle 2013 yılıdır.

Aşağıdaki şekilde, aynı zaman periyodu için yatırım tutarları da verilmektedir. Görüldüğü üzere, trend bu iki değer için de aynı seyretmektedir. En yüksek olduğu yıllar, günümüzden geçmişe ilk olarak 2013 yılı olmakta ve 70 milyar doları aşkın sözleşme değeri olan bu projelerin yatırım tutarları 25 milyar dolar civarında seyretmektedir. 2010 yılında 11 milyar dolar civarında bir sözleşme değerine ulaşılmış, aynı yıl yapılan yatırım tutarı ise, 7.4 milyar dolar civarında seyretmektedir. 2005 yılında ise, 5 milyar dolar civarında bir sözleşme değerine ulaşılmış, aynı yıl yapılan yatırım tutarı ise, 739 milyon dolar civarında oluşmuştur.



Şekil 1.5. Kamu özel sektör ortaklığı yatırım tutarlarının yıllara göre dağılımı
(<https://koi.sbb.gov.tr/>)

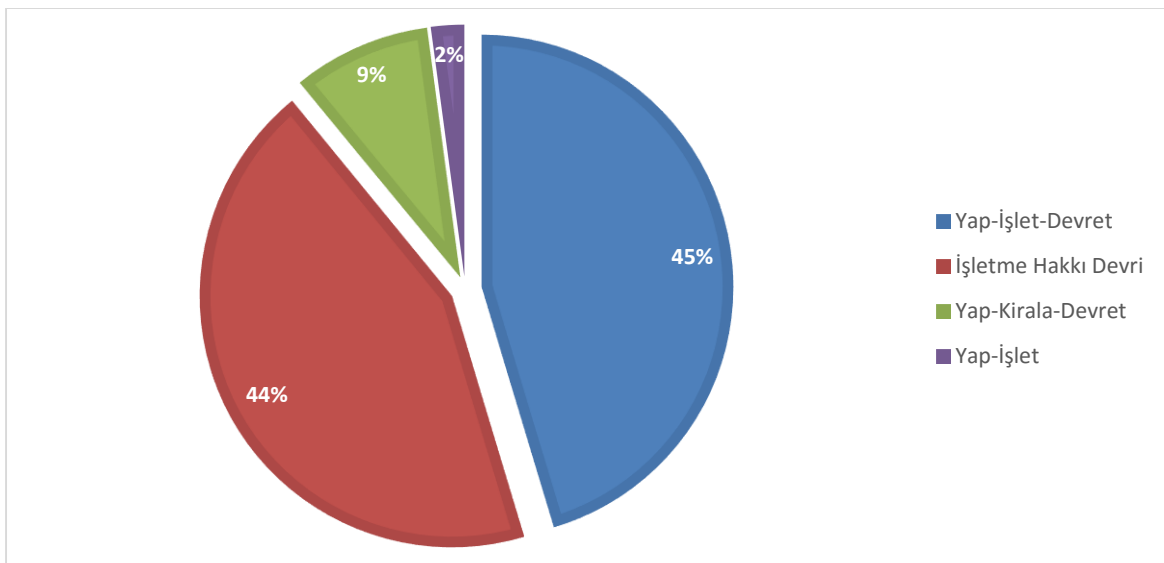
Şekil 1.6'da görüldüğü üzere, 2013 yılında proje sayısında olduğu gibi sözleşme değeri ve yatırım tutarları açısından da ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Bu yılda 25 milyar doları bulan yatırım tutarı, 70 milyar doları aşkın sözleşme değerine ulaşmıştır. Bu aralıktaki en düşük yatırım tutarı 48 milyon dolar ile 2018 yılında görülmüştür.



Şekil 1.6. Kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değeri ve yatırım tutarı

(<https://koi.sbb.gov.tr/>)

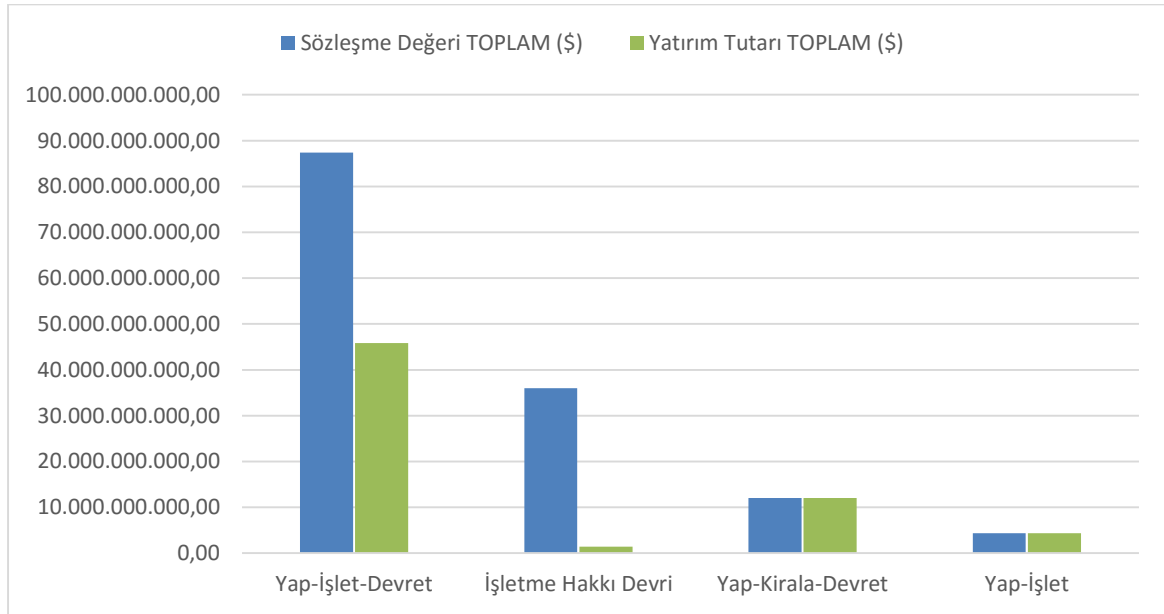
Aşağıdaki şekilde, Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan projelerin ortaklık türüne göre dağılımı verilmiştir. Bu bağlamda, bu ortaklıkların %45’i yap-işlet-devret modeli ile gerçekleşmekte ve %44’i ise işletme hakkı devri modeli ile gerçekleşmektedir. Bunu %9 ile yap-kirala-devret modeli takip etmektedir. Türkiye’de en az kullanılan model ise yap-işlet modelidir. Bu bağlamda özellikle altyapı çalışmalarının gerçekleştiği kamu özel sektör ortaklıklarının işletmesi genellikle kamuya devredilmektedir şeklinde bir çıkarım yapılabilmektedir.



Şekil 1.7. Ortaklık türüne göre kamu özel sektör ortaklığı proje sayısı

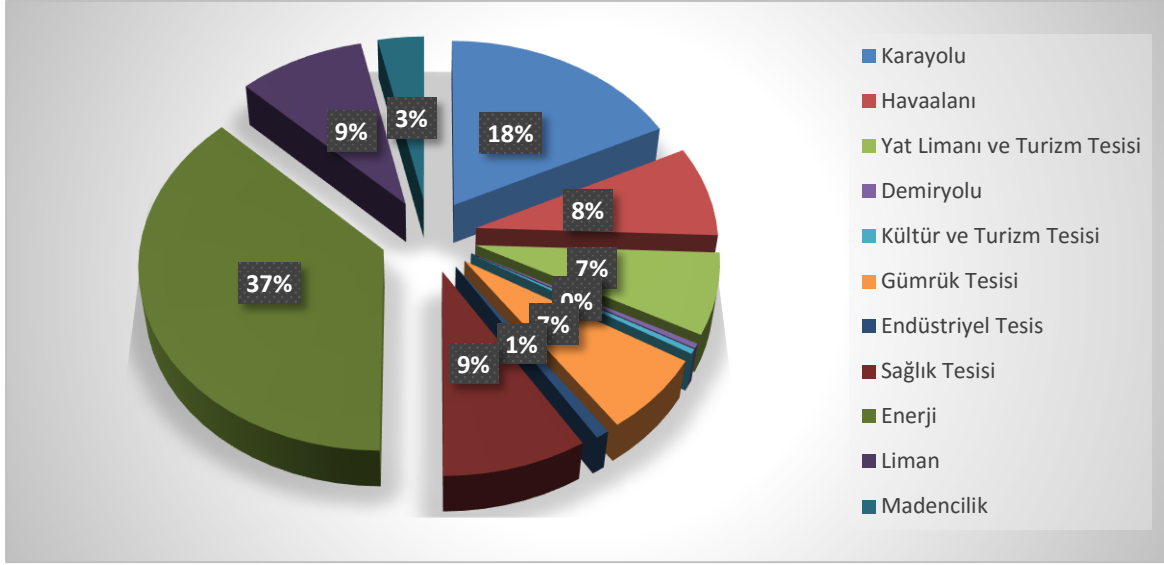
(<https://koi.sbb.gov.tr/>)

Aşağıdaki şekilde ise, Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan projelerin yatırım tutarlarının ve sözleşme değerlerinin ortaklık türüne göre dağılımı verilmiştir. Bu bağlamda, bu ortaklıkların %45’i yap-işlet-devret modeli’nin sözleşme değerleri 87 milyar dolar civarında iken yatırım tutarları bunun yarısı kadardır. %44’ü oluşturan işletme hakkı devri modeli’nin ise sözleşme değerleri 35 milyar dolar civarında iken yatırım tutarları 1,5 milyar dolar civarında gerçekleşmektedir. Türkiye’de en az kullanılan model olan yap-işlet modelinin ise yatırım ve sözleşme değerleri 4,5 milyar dolar civarındadır.



Şekil 1.8. Ortaklık türüne göre kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değeri ve yatırım tutarı (<https://koi.sbb.gov.tr/>)

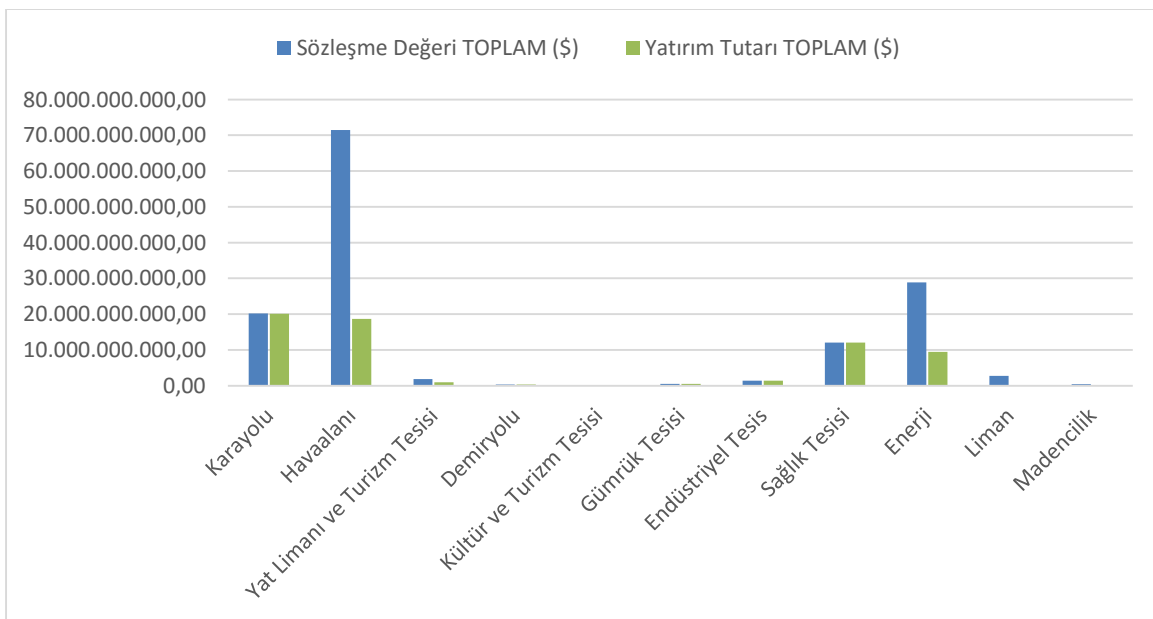
Aşağıdaki şekilde Türkiye’de KÖSO ile yapılan projelerin sektöre göre dağılımı verilmiştir. Bu bağlamda, bu ortaklıkların %37’si enerji ve %18’i ise karayolundan meydana gelmektedir. Bu iki sektörü %9 ile liman ve sağlık tesisleri takip etmektedir.



Şekil 1.9. Sektöre göre kamu özel sektör ortaklığı proje sayısı

(<https://koi.sbb.gov.tr/>)

Aşağıdaki şekilde ise, Türkiye’de KÖSO ile yapılan projelerin yatırım tutarlarının ve sözleşme değerlerinin sektöre göre dağılımı verilmiştir. Bu bağlamda, havaalanı sektörünün sözleşme değerleri 72 milyar dolar civarında iken yatırım tutarları 18 milyar dolar’dır. Onu takip eden karayolu sektörünün ise yatırım ve sözleşme değerleri 19 milyar dolar civarındadır. 3. olarak enerji sektöründe kamu özel sektör ortaklıklarının sözleşme değerleri 29 milyar dolar civarında iken yatırım tutarı 9,5 milyar dolar civarındadır. Sağlık sektöründe ise sözleşme değerleri ve yatırım tutarları 12 milyar dolar civarındadır.



Şekil 1.10. Sektöre göre kamu özel sektör ortaklığı sözleşme değeri ve yatırım tutarı

(<https://koi.sbb.gov.tr/>)

1.2.3. Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de ilk olarak özel hukuk kişilerine kamu hizmetlerinin yaptırılmasına dair yasal düzenlemenin tarihi 1910 yıllarına kadar dayanır. Bu kanunun adı “Menafi-i Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun” olmakla birlikte o dönem uygulanmamıştır. Bunun sebebi ise, Osmanlı döneminde kullanımı yaygın olan imtiyaz metoduna Cumhuriyet döneminde başvurulmamasıdır (Uz, 2007: 1176).

Öte yandan, günümüzde, kamu hizmetlerinin artış göstermesi ile yatırımların yeterli gelmemesi durumu gün yüzüne çıkmış bu durum özel ortaklı girişimleri tercih edilir kılmıştır. Bu bağlamda, kamu özel sektör ortaklığı kapsamında özel hukuk kişileri tarafından kamu hizmeti yaptırılmasını ortaya çıkararak yasal düzenlemeler şu şekildedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

1. 28.05.1988 tarih ve 3465 sayılı “Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun” 02.06.1988 tarih ve 19830 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır ve yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla, Otoyol yapımı, bakımı ve işletilmesi konusunda özel hukuk hükümlerinin uygulandığı sermaye şirketlerinin yap işlet devret modeline göre görevlendirilmesi düzenlenmiştir.
2. 04.12.1984 tarih ve 3096 sayılı “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun” enerji alanında yap işlet devret modeli ile işletme hakkı devri modeline ilişkin birinci yasadır.
3. 21.04.2005 tarihli ve 5335 sayılı “Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 33. maddesinin düzenlenmesiyle “Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü’nün işletmesinde bulunan hava alanları ve yap-işlet-devret modeli ile imal etmiş bulunduğu ve işletimini özel sektöre sunduğu terminalleri ve diğer tesisleri 4046 sayılı “Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Düzenlenmesine Dair Kanun”da belirtilmekte olan kiralama veya işletme hakkı verilmesi yöntemleri kullanılarak ihaleyle özel hukuk tüzel kişilere 49 yılı aşmamak suretiyle devredilebileceği belirtilmiştir. KÖSO modeline göre bu düzenlemeyle yap işlet devret modelinin işletme süresi uzatılmış, ayrıca bu yerlerin özel hukuk tüzel kişilerine kiralanabileceği belirtilmiş, özel sektörün deneyimlerinden faydalanılarak

kamu hizmetlerinin daha verimli ve etkili olarak görülmesinin sağlanması amaçlanmıştır.

4. 2005 tarihinde ve 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”na bir madde eklenmesi ile yap-kirala-devret olarak adlandırılmakta olan yeni bir kamu özel sektör ortaklığı modelinin yasal alt yapısı oluşturulmuştur. 2006 yılı Bakanlar Kurulu Kararıyla çıkarılan “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” ile mevzuattaki altyapı tamamlanmıştır. Yüksek Planlama Kurulu’nun kararları gerçekleştirdiği, sağlık tesislerinin temel standartları bakanlığın sağlayacağı projelerde bu kişilere 49 yılı aşmamak suretiyle transfer edebilmektedir.
5. 13.06.1994 tarih ve 21959 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 3996 sayılı “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun” ile yap-işlet-devret modeline hukuki bir temel kazandırılmıştır.
6. Enerji sektöründe yap işlet modeli, 08.06.1996 tarih ve 22660 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 96/8269 sayılı Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması Hakkında Bakanlar Kurulu Kararı ile düzenlenmiştir. 19.07.1997 tarih ve 23054 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan, 4283 sayılı “Yap İşlet Modeli İle Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi İle Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir.
7. 406 sayılı “Telgraf ve Telefon Kanunu” ile 2813 sayılı “Telsiz Kanunu” çerçevesinde telekomünikasyon hizmetlerinin verilmesi ve/veya altyapısının sağlanması için bakanlık ve işletmeci tarafından aralarında yapılan sözleşme imtiyaz kabul edilmektedir.
8. 24.11.1994 tarih ve 4046 sayılı “Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun”un özelleştirmedeki yöntemlerini sıralamakta olan 18. maddesi işletme hakkı verilmesini düzenler.
9. 13.08.1999 tarih ve 4446 sayılı Kanunda, Anayasanın 47. maddesine ilave edilen iki fıkra ile bir taraftan kamu tüzel kişilerinde bulunan varlıkların ve işletmelerin özelleştirilmesine ilişkin esas ve usullerin kanun ile gösterilmesi öbür taraftan kamu tüzel kişilerin yürüttüğü hizmet ve yatırımlardan hangilerinin özel hukuk sözleşmesi ile tüzel veya gerçek kişilere yaptırılabilceği veya devredilmesinin kanunla belirlenmesi öngörülmektedir. Anayasanın 125. maddesinin 1. fıkrasına eklenen hüküm ile, kamu

hizmeti imtiyazı sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların milli ve milletlerarası tahkim vasıtasıyla çözülmesi öngörülebileceği belirtilmiştir. Danıştay'ın imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerdeki inceleme yetkisi, Anayasanın 155. maddesi 2. fıkrasındaki yapılan değişiklikle düşünce bildirmeye dönüştürülmüştür.

10. 2011 yılında 652 sayılı “Milli Eğitim Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ve 2010 yılında çıkarılan 351 sayılı “Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu”na eklenen maddeler çerçevesinde, sağlık uygulamalarına benzer şekilde yap kirala devret olarak adlandırılabilir öğrenci ve eğitim yurdu alanında yasal düzenlemeler yapılmıştır.
11. 21.01.2001 tarih ve 4501 sayılı “Kamu Hizmetleri İle İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkelere Dair Kanun”, Anayasaya uyum yasaları bağlamında yürürlüğe girmiştir. 2577 sayılı “İdari Yargılama Usulü Kanunu” ve 2575 sayılı “Danıştay Kanunu”nda kamu hizmeti imtiyazına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

1.3. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Tercih Edilmesindeki Nedenler

Dünyadaki pek çok hükümet, KÖSO politikasını benimsemeye çalışmaktadır. Öte yandan, hükümetleri KÖSO'yu benimsemeye iten sebep, değişiklikler gösterebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunun Uluslararası kuruluşlar tarafından sağlanan krediler için bir koşul olarak KÖSO politikasını kabul ettikleri ve bazılarının ise, ülkelerindeki yoksulluğun hafifletilmesi için bu ortaklık biçimini seçtiği düşünülmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde KÖSO politikasıyla ilgili tartışmalara rağmen, gelişmekte olan ekonomilerin çoğunun aslında büyük altyapı eksikliği ve aşırı devlet borçları bulunmakta ve bu da bir bakıma ekonomik kalkınmayı mümkün kılmamakta ve düşük yaşam standartlarına yol açmaktadır. Bu gelişmekte olan ülkelerde altyapı gelişimini artırmak ve halkın yaşam standardını iyileştirmek için KÖSO'ların araştırılmasının daha önemli olmasını sağlamaktadır. KÖSO kavramı, hükümetlerin finansmanlarındaki baskıyı azaltmak için özel sektörün kamu hizmetlerine ve tesislerine katılımına izin verecek şekilde daha önce düşünülmüştür (Cheung, 2009: i).

Buna ek olarak, hükümetlerin KÖSO politikasını benimsemelerinin sebebi hükümetin mali yükünü hafifletmenin ötesine geçtiği dönemlerde olmuş, Walker ve Smith (1995: 15), hükümetlerin KÖSO'yu benimsemeye yöneltildiğini belirtmiş; bu durumu özel sektörün kamu sektöründen daha iyi organize edilmesine bağlamıştır. Genellikle özel sektör, kamu sektöründen daha fazla kaynak hareketliliğine sahiptir. Özel yatırımcı kaynaklarını daha verimli ve etkin bir şekilde kullanabilir (Skietrys ve diğerleri, 2008: 47). Bu, her özel yatırımcının projenin maliyetini en aza indirmek ve geliri maksimize etmektir.

Walker ve Smith (1995: 188), özel sektörün büyük ölçekli inşaat projeleri için büyük fonlar yetiştirme kabiliyetine sahip olduğunu ve dolayısıyla ev sahibi hükümetin finansal yükünü azaltabileceğini gözlemlemiştir. Birçok ülkede büyük altyapı boşluğu hükümet tarafından tek başına ulusal bütçeden sağlanamaz. Bu, devletin mali durumunda çok fazla baskı olması demektir. Bu nedenle hükümetler, büyük ölçekli altyapı projeleri için önemli fon sağlama yeteneği olan özel yatırımcıları devreye sokmak açısından önemlidir.

Li ve diğerleri, (2005b: 460), hükümetlerin KÖSO'ya çekim nedenleri olarak; daha iyi proje teknolojisi ve ekonomisi, daha fazla kamu yararı, hükümetin finansal kısıtlamalardan kaçınılması ve hükümetlerin işlemler üzerinde çok fazla tasarruf sağlaması olarak tanımlanmıştır. KÖSO, tesisin yapıldığı veya hizmetin verildiği yerel bölgede önemli kamu yararları getirmektedir. Yerel halkın inşaat ve operasyonel aşamaları sırasında devreye girebileceği yerlerde, yerel bölgelerdeki istihdam olanakları artırılmıştır. Özel yatırımcı, en azından teknolojik yenilik sunmak ve daha da ötesi, daha düşük bir maliyetle tesis ve hizmetler sunmak için çeşitli yöntem ve araçları kullandığı bilinmektedir. Özel sektörle ortaklık, halkın özel yatırımcının bilgi ve teknolojisini benimsemesini sağlamaktadır (Ke ve diğerleri, 2010).

Bu çoğunlukla, yabancı şirketlerin özel sektöre hâkim olduğu gelişmekte olan ülkelerde geçerlidir. Bu bağlamda yerel uygulayıcılar, yabancı yatırımcıların projeleri sunma yöntemlerini benimseme eğilimindedir. Özel sektörün riski kamu sektöründen daha iyi yönettiği bilinmektedir. Aslında özel yatırımcılar, varlık edinmek ve hizmet sunmak için daha etkin yollar benimsemekte ve böylece birçok riski kontrol altında tutmaktadırlar. Bu, hükümetlerin kamu projeleriyle ilişkili herhangi bir riski paylaşmak için özel sektörle ilgilenmek isteyeceklerdir (Jefferies ve McGeorge, 2009: 415).

Bununla birlikte, kamu sektörünün KÖSO projesi için sözleşme tedarik süreci sırasında özel sektöre risk dağılımı konusunda kapsamlı bilgi vermesi gerekmektedir. Zaman kesinliği, özel sektör kamu altyapısının inşasına ve işletilmesine uzun süre devam ettiğinde gerçekleşir. Çoğu KÖSO projesinde, özel ortak projeyi plandan önce tamamlarsa, gelirini daha erken telafi edebilmektedir. Öte yandan gecikmeler şirketin kârını etkiler. İnşaat gecikmesinin şirketin hareketlerinden kaynaklandığı durumlarda, tasfiye edilmiş zararlara maruz kalmaktadır. Bu nedenle özel ortağın zamanlamanın üzerinde veya öncesinde tamamlama konusunda motivasyonu vardır. Maliyet kesinliği, yoğunlukla KÖSO projelerinde de elde edilmektedir. Özel ortağın, tesisin tasarlanması, finansmanı, inşa edilmesi ve işletilmesinden sorumlu olması dolayısıyla tasarruf maliyetinin, kârın en üst düzeye çıkarılmasına yönelik atılmış büyük bir adım olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla, KÖSO yatırımcıları harcamalarını çok iyi idare etmeye heveslidir (Corbett ve Smith, 2006).

Özel sektörlerin kamu altyapı hizmetlerine katılımı, sermaye yatırımıyla bağlantılı olan kamu parasını azaltmaktadır. Özel sektörün katılımıyla hükümetler, diğer sosyal ve ekonomik öncelikli sektörleri geliştirmek ve desteklemek için bazı fonları serbest bırakabilir. Bu, uzun vadede ekonominin büyümesini arttırması ve halkın yaşam standardını iyileştirmesi beklenen bir durumdur. Bazen hükümetler, kamu altyapılarının özel sektör tarafından daha iyi korunup işletildiğine inanan KÖSO politikasını benimserler (Boussabaine, 2013: 3).

Bir KÖSO projesinde, özel konsorsiyum yoğunlukla imtiyaz süresi boyunca kamu altyapısını korumakla sorumludur. Bakım ve işletme maliyeti özel ortak tarafından karşılandığından, işletme esnasında bakım maliyetini düşürmek için daha iyi tasarım ve yapım sağlamak için motive olur. Her ne kadar hükümetler KÖSO Politikasının başlatıcıları olmasına ve daha fazla fayda sağlama eğiliminde olmalarına rağmen, özel yatırımcılar KÖSO pazarına girmeye heveslidir, çünkü KÖSO düzenlemesi kamu sektörü piyasasına girme ve hükümet yardımına ve mali desteğe erişim imkânı tanır (Ke ve diğerleri, 2010). Kamu sektörü piyasasındaki projeler yoğunlukla düzgün fiyatlandırılmış ve maliyetlerin etkin bir şekilde yönetilmesi durumunda özel ortağa makul kâr ve getiriler getirir (Boussabaine, 2013: 3). Genellikle teşvik olarak, özel yatırımcılar vergi indirimlerinden yararlanırlar.

1.4. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulama Çeşitleri

1.4.1. Yap Kirala Devret

Kamu ile özel sektör bağlamında yapılan bir sözleşme uyarınca, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli durumlarda dizayn edildiği, bir süre için devlete kiralandığı, kiralanın yapı üstündeki çeşitli mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmi ya da tamamen yapımçı eliyle işletilebildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi bitiminde sözleşmede düzenlenmesi halinde kamuya geçtiği yapıdır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu uyarınca 2005 yılında yapılan değişiklik sonucunda sistemimize girmekte sadece sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak yapılmaktadır (Sönmez, 2016).

1.4.2. Yap İşlet

Yap işlet (Yİ) modelinin yasal dayanağı “Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında 4283 sayılı Kanun” ve bu yasa kapsamında geçerli olmaya başlayan “Yap İşlet Modeli ile Elektrik Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik” şeklinde açıklanabilmektedir (Resmi Gazete, 2006).

Yİ modelinde servisin yükümlüsü devlet olmakla birlikte işletme sorumluluğunda ise sınır bulunmaktadır. Yönetim bu sürenin tamamlanması durumunda istediği zaman bu sürenin uzatılmasına ya da hizmetin kendisi eliyle yürütülmesi kararını alabilmektedir. Özde bir özelleştirme metodu şeklinde ifade edilmesi olası ise de Türkiye’deki mevzuat ve özelde bu uygulamalar 1994 yılı ve 4046 sayılı Kanun kapsamında bir özelleştirme metodu şeklinde analiz edilmemektedir (www.mevzuat.gov.tr). Bu konuya dair açıklamalar Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Özelleştirme Uygulamalarından Farkı bölümünde açıklanmaktadır.

Türkiye’deki yap-işlet-devret modelinin çeşitli aşamalarında; çoğu devlet kurumunun müdahil olması, bilişimsel yatırım gereksiniminin giderilmesinin amaçlanması, mevzuatının bulunması, uygulamaya dair usullerin özelleştirmelerden ayrıştığı noktalar olması ve yetkili karar organlarının çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda bu uygulamaların istenilen düzeylerden uzak olduğu anlaşılabilmektedir (Tekler, 2008).

4283 sayılı Kanun ile; “Hidroelektrik, jeotermal, nükleer santraller ve diğer yenilenebilir enerji kaynakları ile çalıştırılacak santraller kapsam dışında bırakılarak; yalnızca termik santraller için, Yİ usulü ile üretim şirketlerine, mülkiyetleri kendilerine ait olmak üzere, tesis kurma ve işletme izni verilmesi ile enerji satışına dair esas ve usuller düzenlenmiştir.” 4283 sayılı Kanun Anayasa Mahkemesi tarafınca “imtiyaz” şeklinde kabul gören yap işlet devret modelinin aksine, kamu hizmetini yaptırma metodunun bir türü olan “izin (ruhsat/lisans)” yapısı dâhilinde, yap işlet modelini düzenlemeyi amaçlamıştır (www.mevzuat.gov.tr).

Kamu özel işletme metodu olan Yİ modeli de yap işlet devret modeli gibi Türkiye’de yoğun olarak enerji sektöründe ortaya çıkan yatırım daralmasının önüne geçilmesinde kullanılmak hedefi ile yürürlüğe girmiştir. Bu uygulamanın Türkiye’deki mevzuatı 4283 sayılı Kanunla meydana gelmektedir (www.mevzuat.gov.tr).

Kamu hizmeti imtiyazı uygulamasının aksine, Yİ modelinde tesislerin mülkiyetinin kamuya transfer edilmesi mümkün olmamaktadır. Yap işlet modelinin hukuki kalite, usûl ve esasları, 4283 sayılı Kanun ve 97/9853 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile geçerliliği olan uygulama yönetmeliği bağlamında şu şekilde açıklanabilmektedir (www.mevzuat.gov.tr).

1. Yİ modelinin yap işlet devret modelinden ayrılma sebebi, yap işlet modelinde özel hukuk kişinin finansman sağlayarak üretim yaptığı tesisin sahiplik haklarının yatırımı meydana getiren özel müteşebbise ait olmasıdır. Belirli bir süre sonunda bunların sahiplik haklarının kamu kesimine transfer edilmesi mümkün değildir.
2. Kanunun hedefi, üretim şirketlerinde yap işlet modeli ile; Türkiye’nin enerji politikaları ve enerji planlarına uygun ve uyumlu bir biçimde elektrik enerjisi üretimi gerçekleştirmek için sahiplik hakları kendilerine dair kaydıyla termik santral oluşturmak ve işletme izni verilmesi ile enerji satışına dair usullerin ve esasların tespit edilmesidir.
3. Taraflardan birisi olan özel hukuk kişisi; mülkiyet hakları kendisine ait olmak üzere sadece elektrik enerjisi üretim tesisi kurmak ve işletmek için kurulmuş veya kurulacak yerli ve/veya yabancı sermaye şirkettir.
4. Elektrik üretim tesisi kurulması, işletilmesinin verilmesi ve üretilen enerjinin satışı ile ilgili esaslar ve ihale usûlleri Kanunda hüküm altına alınmıştır.

1.4.3. Yap İşlet Devret

Bu uygulama, “kamunun görev alanına giren yatırım veya hizmetlerin, yatırım ve işletme döneminde yapılacak masrafları yüklenen ve karşılığında yatırım sonucu ortaya çıkacak tesisi, önceden tespit edilen bir süre ve tarife üzerinden işletme hakkına sahip olan anonim şirket, limited şirket, eshamlı komandit şirket gibi sermaye şirketleri aracılığıyla gördürülmesi” adına meydana getirilen ve dünyada yaygın bir biçimde uygulanan finansman modellerinden bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Emek, 1999: 2).

“Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun”da da yapıldığı üzere kamu’nun kıt kaynakları ile ortaya çıkarmakta problemle karşılaştığı altyapı yatırımlarını hızla ortaya çıkarmak ve toplum servisine arz etmek ve “ileri teknoloji ve yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan projelerin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli” olmakta yatırım tutarının sermaye şirketine ya da yabancı şirkete, şirketin işletme süresi içerisinde ürettiği mal veya hizmetin idare veya hizmetten yararlananlarca satın alınması suretiyle ödenmesi” esastır (www.mevzuat.gov.tr).

Bu yöntem eliyle “kıt finansman kaynaklarının kamu düzeni ve milli güvenliğin sağlanması doğrultusunda etkili kullanımı ve ülkeye yabancı sermaye girişi ile birlikte ileri teknoloji ve bilgi transferi de temin edilmesi” amaçlanmıştır. Kamu tarafından meydana getirilmesi gerekirken kaynakların kıtlığı sebebiyle fazla maliyet gerektiren yapılarda 3996 sayılı Kanun, özel şirketlere yaptıkları servisin çerçevesini de yaparak; “köprü, baraj, tünel, otoyol, demiryolu, sulama, içme ve kullanma suyu, kanalizasyon, arıtma tesisi, haberleşme, elektrik üretim, iletim, dağıtım ve ticareti, maden ve işletmeleri, fabrika ve benzeri tesisler, çevre kirliliğini önleyici yatırımlar, yeraltı ve yerüstü otoparkı ve sivil kullanıma yönelik deniz ve hava limanları” ve bunun gibi yatırım ve servislerin yapılması ve transfer edilmesi hususunda sermaye şirketlerinin veya yabancı şirketlerin yapılmasını olası kılmıştır (www.mevzuat.gov.tr).

Öte yandan, elektrik enerjisi sektöründe, diğer sektörlerde de gerçekleştiği üzere, yap işlet devret modelini yatırımcı adına cazip bulunan faktörünün ilgili kurumun yaptığı ürünün bedelini karşılayamaması halinde Hazine eliyle meydana getirilen ödeme garantileri olduğu ifade edilmektedir (Teker, 2008).

1.4.4. Yap Sahiplen İşlet

Yap sahiplen işlet (YSİ) modelinde, yüklenici kamu mülkiyetini kamuya aktarmadan bir tesis kurar ve işletir. Tesisin yasal başlığı özel sektöre ait ve kamusal alanın tesisi satın alması veya unvan alması için herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bu sistem, tüm iç vergi usul kanunu şartları yerine getirildiğinde vergiden muaf statüye hizmet sözleşmesi olarak kalabilmektedir (Bing ve diğerleri, 2005).

1.5. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamalarından Sağlanan Faydalar

2008 sonrasında yaşanan finansal kriz, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde KÖSO'ya ilgiyi arttırmıştır. Kamu kaynaklarına ve mali alana getirilen kısıtlamalarla karşı karşıya kalan ekonomilerin büyümesine yardımcı olacak altyapı yatırımlarının önemini fark ederken hükümetler, finansman açığını karşılamak için alternatif bir ilave kaynak olarak özel sektöre giderek daha fazla ilgi göstermektedir. Son yıllarda dikkat mali risk üzerine yoğunlaşırken, hükümetler başka nedenlerle özel sektörle ilgilenmiştir. Bu sebepler şu şekildedir (ppp.worldbank.org);

- KÖSO'ları, gelişmiş operasyonel verimlilik ile daha iyi kamu hizmetleri sunmada özel sektör teknolojisini ve yeniliği sunmanın bir yolu olarak keşfetmek,
- Özel sektörü zamanında ve bütçe dâhilinde projeler sunmak için teşvik etmek,
- Altyapı projelerinin zamanında mevcut ve gelecekteki maliyetlerini belirleyerek bütçe kesinlik kazanmak,
- KÖSO'ları, büyük uluslararası firmalarla ortak girişimler vasıtasıyla yerel özel sektör yetenekleri geliştirmenin bir yolu olarak kullanmanın yanı sıra inşaat işleri, elektrik işleri, tesis yönetimi, güvenlik hizmetleri, temizlik hizmetleri, bakım hizmetleri gibi alanlarda yerel firmalar için taşeronluk fırsatları kullanmak,
- KÖSO'ları devlete ait işletmelerin ve hükümetlerin kademeli olarak özel sektör katılım seviyelerine (özellikle yabancı) maruz bırakma ve KÖSO'ları kendi operasyonlarını profesyonelce uygulayabilecek ulusal şampiyonlara liderlik eden profesyonelce yetkinlik kazandıran becerilerin mesleki olarak aktarılmasını sağlayacak şekilde yapılandırma yolu olarak kullanma ve sonunda kendi uzmanlıklarını projelere / ortak girişimler için ihale ederek ihraç etmek,

- Altyapı geliştirme altyapısıyla (inşaat, teçhizat, destek hizmetleri gibi) iş ve endüstrisini güçlendirmenin yanı sıra, kolaylaştırıcı altyapı tabanı açısından ülkeyi daha rekabetçi hale getirerek ekonomide perspektif yaratmak,
- Artan altyapı talebini karşılamak için sınırlı kamu sektörü kapasitesinin takviye edilmesi,
- Projenin ömrü boyunca, tasarım / yapımdan işletme / bakıma kadar, özel sektörün uygun risk transferiyle uzun vadeli parasal değerini elde etmedir.

Kamu özel sektör ortaklıkları, kamu sektörü için çeşitli faydalar sağlamaktadır. Bunlardan ilki, bütçe yönetiminde sağladığı yararlarıdır. Kamu yapması gereken yatırımları, özel sektör yardımıyla oldukça kolay yapılabilir. Aşağıda bu ortaklık biçiminin diğer yararlarından bahsedilmektedir (Van Herpen, 2002).

- Bu ortaklığın bir diğer olumlu yanı risk paylaşımının daha iyi olmasıdır. Bu bağlamda yapılan projenin getirisinin beklenen şekilde olmadığı ya da borçlanma durumunda risk özel sektör ve kamu sektörü arasında bölüşülmektedir.
- Bu ortaklık biçiminin kamuya bir diğer yararı da yapılan işin kesinliği ve hizmetin kalitesinin, uzmanlaşmış kurumlar tarafından verildiği için daha öngörülebilir olmasıdır.
- Özel sektör süreçlerine, teknolojiye ve yeniliğe erişerek kamu hizmetlerinin daha iyi çalışması ve verimliliği,
- Projenin tüm ömrü boyunca uygun risk paylaşımı yoluyla yaratılan uzun vadeli para için değer,
- Özel sektör ortaklarının teşviki yoluyla zamanında ve bütçeyle teslim edilen projeler,
- Kamu altyapısı ve hizmetleri için alternatif bir fon kaynağı,
- Uzun süren KÖSO deneyimi ile İngiltere, KÖSO projeleri geliştirmede eşsiz bir uzmanlığa sahiptir ve KÖSO modelini, para için değeri en uygun duruma getirmek için geliştirmeye devam etmektedir.
- Hizmet sunumunda daha fazla esneklik,
- Uzun vadeli projelerin yarattığı yükümlülüklerin şeffaflığını artırmak,
- Yatırımcıların elde ettiği öz sermaye getirilerinin şeffaflığını artırmak,
- İhale sürecinin hızlandırılması ve maliyetinin düşürülmesi,
- Kamu ve özel sektör ortakları arasında yatırımcı getiri paylaşımı,
- Daha geniş öz kaynakları ve borç finansmanı sağlamaktır.

1.6. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Özelleştirme Uygulamalarından Farkı

Birçok halde kamu özel sektör ortaklıkları uygulamaları özelleştirme uygulamaların önemli bir kısmı olarak görünmektedir. Geniş manada kamu özel sektör ortaklıkları uygulamaları gelecekteki yatırımların şimdiden özelleştirilmesi demektir (T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı).

Öte yandan özelleştirme, kamu özel sektör ortaklıklarından daha genel bir kavramdır. Klasik özelleştirme yöntemleri olan varlık veya hisse satışı ve kiralama gibi yöntemlerken KÖSO ise imtiyaz, yap-işlet-devret türevleri ve yönetim devri şeklinde olmaktadır.

1.7. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinin Dezavantajları

Kamu özel sektör ortaklıklarının dezavantajları şu şekilde tanımlanabilir (ppp.worldbank.org);

- Zayıf para fonu: Kamu özel sektör ortaklığının en önemli avantajı, para için değer yaratılmasıdır. Bununla birlikte, para için değer yaratılması daha yüksek işlem maliyeti anlamına gelmektedir. Williamson, işlem maliyetlerini "bir sözleşmeyi hazırlamak, müzakere etmek ve korumak için ön maliyetler ve daha özel olarak, boşluklar, hatalar, eksiklikler ve sözleşmelerin yürütülmesinin yanlış yapıldığı durumlarda yanlış uyarılmanın ve ayarılmanın ek maliyetleri" şeklinde tanımlamaktadır. KÖSO, toplam proje maliyetini azaltma fırsatlarını temsil eder. Bununla birlikte, ihale maliyetleri ve gelişmekte olan maliyetler genellikle geleneksel ihale altındaki fiyatlardan çok daha yüksektir (Van Herpen, 2002).
- KÖSO projelerindeki kalkınma, teklif verme ve devam eden maliyetler, geleneksel hükümet alım süreçlerinden daha yüksek olacaktır; bu nedenle, hükümet, daha büyük maliyetlerin haklı olup olmadığına karar vermelidir. Tüm dünyadaki KÖSO ve uygulama birimlerinin birçoğu, bu maliyetleri analiz etme yöntemleri geliştirmiştir.
- KÖSO, özel sektör finansmanını kolaylaştırabilirken, finans yalnızca proje şirketinin işletme nakit akımlarının yatırım getirisi sağlamasının beklendiği yerde ve maliyet ya müşteriler ya da hükümet tarafından sübvansiyonlar vasıtasıyla kullanılabilir.
- Bazı projeler diğerlerinden daha kolay finanse edilebilir. Bir başka deyişle, bazı projeler yalnızca yerel para birimi cinsinden gelir elde ederken diğerleri dolar veya diğer

uluslararası para birimi cinsinden gelir elde edecektir ve bu nedenle yerel finans piyasalarının kısıtlamaları daha az etkiye sahip olabilir.

- Bazı projeler, diğerlerinden politik veya sosyal açıdan zorlayıcı olabilir. Bu durum, özellikle de eğer özel sektörde transfer edilmekten endişe duyan mevcut bir kamu sektörü işgücünün olması halinde, projeyi geçerli kılmak için önemli tarife artırımları gerekiyorsa ortaya çıkmaktadır.
- Özel firmalar (ve borç verenler), mevcut varlıkların riski / kur riski gibi büyük riskleri kabul etme konusunda temkinli davranacaklardır. Eğer bu riskleri taşıyorsa, hizmet için olan fiyat da bunu yansıtacaktır. Özel teşebbüsler ayrıca, tarife / adil düzenleme, vb. artırma girişimlerinde hükümetin kurallarına saygı duyulacağını bilmek isteyecektir. Özel sektör, aynı zamanda, önemli riskleri kabul etmesi durumunda, operasyonlar üzerinde önemli bir kontrol seviyesi bekleyecektir.
- Özel sektör, ödediği şeyi yapacak ve bundan fazlasını yapmayacaktır. Dolayısıyla teşvik ve performans gereklilikleri sözleşmede açıkça belirtilmelidir. Odaklı olma ve nispeten izlenmesi kolay performans gereksinimleri üzerinde odaklanmalıdır.
- Vatandaşlar kamu hizmetlerinin kalitesi konusunda hükümeti sorumlu tutmaya devam edecektir. Devlet ayrıca, KÖSO anlaşmalarında kendi sorumluluklarını yerine getirmek ve özel sektörün performansını izlemek ve uygulamak ve KÖSO düzenlemelerini anlayabilmek için uygulama ajansı ve / veya bir düzenleyici kurum aracılığıyla yeterli uzmanlığa sahip olmaya ihtiyaç duyacaktır.
- Özel sektörün muhtemelen daha fazla uzmanlığı olacaktır ve kısa bir süre sonra projeye ilgili verilerde bir avantaja sahiptir. Bu potansiyel dengesizliği azaltmak için özel operatöre açık ve ayrıntılı raporlama gereklilikleri getirilmesinin sağlanması önemlidir.
- Açık bir yasal ve düzenleyici çerçeve, sürdürülebilir bir çözüm elde etmek için çok önemlidir.
- Bu projelerin uzun vadeli doğası ve ilgili karmaşıklık göz önüne alındığında, proje geliştirme ve olaylar sırasında ortaya çıkabilecek tüm olasılıkların belirlenmesi zordur ve belgelerde veya sözleşme sırasında taraflarca öngörülemeyen sorunlar ortaya çıkabilir. Tarafların bu olasılıkları gidermek için sözleşmeyi yeniden müzakere etmeye ihtiyaç duymaması daha muhtemeldir. Bazı projelerin başarısız olabileceği veya projenin öngörülen süresinden önce, hükümet politikasındaki değişiklikler, özel operatörün veya hükümetin yükümlülüklerini yerine getirme konusundaki başarısızlıkları veya gerçekten de vadesi gelmiş olan bir sürü nedenden ötürü feshedilebileceği de mümkündür. Bu

konuların bazıları KÖSO anlaşmasında ele alınabilecek olsa da, muhtemelen bazılarının projenin seyri sırasında yönetilmesi gerekecektir.

1.8. Bazı Ülkelerde KÖSO Uygulamaları

1.8.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD’de altyapı için kamu özel sektör ortaklıklarının değeri oldukça artmıştır ve artışın devam etmesi beklenmektedir. KÖSO’nun geleceği, standartlaştırılmış proje analizleri ve tedarik prosedürleri, iletişimleri ve siyasi çıkarları yönetecek irade, başarı ihtimalini artıracak mükelleflere ve yatırımcılara değer katacak stratejiler arasında yer almaktadır (www.pwc.com).

ABD’de altyapı yatırım ihtiyacı 2020 yılına kadar 3.6 trilyon dolar olarak öngörülmektedir. Amerikan İnşaat Mühendisleri Topluluğu (ASCE) tarafından yayınlanan en yeni rapor sistemi, ülkenin altyapısına D+ vermektedir. Şehir liderleri altyapı güncellemeleri arayışında olmakta ve daha fazla altyapı harcamasına duyulan ihtiyaç, ABD’deki başlıca siyasi partileri birleştiren az sayıdaki konudan biri olmaktadır. Aynı zamanda, yatırımcılar uzun vadeli yatırımlar seçeneklerini tercih etmektedir. Diğer ülkeler bu özel sermaye ve endüstri uzmanlığından faydalanmaya devam etmektedir (www.pwc.com).

İngiltere’nin Ulusal Denetim Bürosu, son on beş yılda İngiltere’de KÖSO denilen sermaye yatırımlarında yılda ortalama 4 milyar sterlin rapor etmektedir (www.gov.uk). ABD’de ise, 2015 yılında sadece beş KÖSO gerçekleşmiş 2,4 milyar dolar değerinde olmuştur. Uygun olduğunda, yüksek kaliteli projeler teklif edildiğinde, yatırımcıları satın almaya hazırlamıştır. Takriben 5 yıl önce ABD’deki P3’ler çoğunlukla ücretli yol imtiyazlarıyla temsil edilmekteydi. Ancak, hükümet ve yatırımcılar artık sosyal altyapı dâhil olmak üzere çok daha geniş bir proje yelpazesinde bir araya gelmektedirler. Bir başka gelişim göstergesinde, ikincil bir piyasa ortaya çıkmıştır. Başta şu andaki ücretli yol imtiyazları olmak üzere, Mayıs 2015’te, IFM şirketler grubu yatırımcıları Indiana Toll Road şirketini 5,7 milyar dolarlık iflastan kurtarmıştır. IFM daha sonra söz konusu işletmelere ödeme yapabilmek için uzun vadeli yatırım finansmanı sağlamak üzere tahvil piyasasına yönelmelerini istemiştir. Teklif aşırı ilgi görmüştür. IFM o zamandan beri özkaynaklarının % 10’unu CalPERS ve Allstate’e satmıştır. PwC’nin küresel sermaye ve altyapı projeleri

lideri Peter Raymond “Tahvillerdeki ilgi, yatırımcıların dayanak varlığının temel değerine güvendiğini ve bir P3'e yatırım yapmanın rahat olduğunu gösterdi.” demiştir. Chicago Skyway'in 2.9 milyar dolarlık kısmı Kanada emeklilik fonlarından birine Aralık 2015'te satılmıştır. P3 taraftarlarının uzun zamandır bekledikleri bir başka arzusu da gerçekliğe dönüşmüştür: Pennsylvania eyaleti, ABD'de küresel firmaların ilgisini çekmek için küçük projeleri büyük bir pakette toplayan ilk eyalet olmuştur (www.pwc.com).

Hızlı köprü değiştirme projesi, 900 milyon dolarlık bir anlaşma oluşturmak için 558 köprüyü bir araya getirmiştir. Aynı eyalette bir bölge olan, Northampton, daha fazla köprüyü değiştirmek ve rehabilite etmek için P3'ü kullanmasıyla yeterince başarılı bir sonuç oluşmuştur. PwC şirketinin analiz sonucuna göre, 2014'ün Ocak ayından bu yana iletişim hattına hızlandırılmış sayıda P3'ün girdiği görülmüştür. Ulaşım güçlü olmaya devam ederken, güç, atık ve su ile sosyal altyapı projeleri giderek daha iyi olmuştur. Bu P3 ile yapılan boru hattı, şimdiye kadar kamu özel sektör ortaklık işlemini daha önce de uygulayan birçok sektör de dâhil olmak üzere 20'den fazla devlete yayılmakta ve daha büyük fırsatların oluşmasına zemin hazırlamıştır (www.pwc.com).

2015 yılının tamamında beş anlaşmayla kıyaslandığında, 2016 yılının ilk üç çeyreğinde dokuz P3 modeli kullanılmıştır. New York'taki LaGuardia havalimanındaki Terminal B'yi ve Maryland'deki hafif raylı Mor Hattı'nı (2 milyar dolar) yeniden düzenlemek ve işletmek için 3,9 milyar dolarlık bir anlaşma yapılmıştır. Yapım aşamasında kalan anlaşmaların hepsinin bazı hakları vardır, ancak başarıyı sağlamak için iyi bir fikir yeterli değildir. Birçok proje zahmetli bir hazırlık sürecinden geçmiş ancak gün ışığı görmemiştir. Örneğin, 2015 yılında Indianapolis belediye meclisi, ceza adaleti tesisini tasarlamak, inşa etmek, işletmek ve sürdürmek için 400 milyon dolarlık bir P3'ü iptal etmiştir. Şehrin önemli şirketlerinden biri bu başarısız anlaşmaya önemli ölçüde zaman ve para yatırmıştır. I Squared Capital'in genel müdürü Thomas Lefebvre, “Birçok yatırımcı, hiçbir sonuca ulaşmayan ve müflis anlaşma masrafları ile çok fazla paraya mal olan süreçlerde zarar gördü” demiştir. ABD'de daha iyi bir altyapıya ya da buna yatırım yapmakla ilgilenen özel sektöre yönelik para talebinde herhangi bir sıkıntı yoktur. Soru, yatırımcıların, devlet kurumlarının ve diğer paydaşların, boru hattındaki P3'lerin sayısını ve kalitesini artırabilmeleri, süreci daha verimli hale getirebilmeleri, katılım risklerini ele almaları ve finansal ve başarılı projeleri nasıl gerçekleştirebilecekleridir (www.pwc.com).

1.8.2. İngiltere

İngiltere, kamu hizmetleri projeleri için kamu özel sektör ortaklıkları kavramını geliştiren dünyadaki ilk ülke olmuştur. Özel sektörle ortaklık kurarak KÖSO'ları, finansal riskleri en aza indirirken modern tesisler içerisinde etkin, uygun maliyetli ve ölçülebilir kamu hizmetlerinin sunulmasını sağlar. İngiltere'nin ilk özel finans girişimini Project Finance International (PFI) Uluslararası Proje Finansmanı başlatmasından bu yana 20 yılı aşkın bir süredir, sağlıklı vatandaşların bir ulus ekonomisine ve büyümesine sağladığı faydalar daha nettir. Birçok ülkede sağlık hizmetleri için artan bir talep yaşanırken, bu tür gelişmelere fon sağlamak için kamu kaynaklarına kısıtlamalar getirmeye devam etmektedir (www.gov.uk).

KÖSO'ları, 21. yüzyıl sağlık hizmetlerinden istenecek hizmetleri ve imkânları sunmak için yenilikçi ve girişimci yaklaşımlar önermektedir. Bu sistem, bina altyapısını kendi başına bir son olarak ele almaktan ziyade kaliteli hizmet çıktıları üretmek üzerine kurulmuştur. Ayrıca, güçlü ortaklıklar oluşturulması, hizmet sunumunu proje bazlı bir yaklaşımdan uzun vadeli sonuçlar için stratejik ve politik gelişmeler içeren bir yaklaşımdan uzaklaştırmaktadır. İngiltere, kamu ve özel sektördeki en iyi becerileri ve olağanüstü sağlık hizmetleri sunmak için yeniliği kullanan sağlık hizmeti alanındaki KÖSO'larda dünya lideridir. İngiltere hükümeti akut, birincil, toplum ve zihinsel sağlık hizmetleri için klinisyenler ve halkla yüksek derecede ilgisi olan bir dizi KÖSO programını başarıyla uygulamıştır (www.gov.uk).

Projeler, Birleşik Krallık'taki en büyük tekli KÖSO hastane sözleşmesi olan St Bartholomew's ve Royal London Hastaneler projesinden 1.8 milyar siterlin, konut bakımı evine 2.8 milyon siterlin değerinde proje sunmaktadır. Birleşik Krallık'ın entegre KÖSO teklifi, stratejik danışmanlık ve proje yönetimi ile finansmanı güvence altına almak için başarılı bir şekilde tamamlanması için gereken her şeyi sağlayarak, projeler üzerinde tek elden hizmet verebileceği anlamına gelir. Bu, maliyetleri en aza indirmek için standart tedarik sözleşmeleri ile etkin tedarik geliştirmeyi içerir. Aynı zamanda İngiltere özel sektörü, mimarları, planlamacıları, mühendisleri, inşaat müteahhitleri, tesis yöneticileri, tıbbi teçhizatları ve finansörleri içeren konsorsiyumu bir araya getirme konusunda zengin bir deneyim kazanmıştır (www.gov.uk).

Birleşik Krallık, ihale sürecini yönetmek, inşaat aşamasında yeni tesislerin teslimatını organize etmek ve teslimat aşamasında hizmet sözleşmesini yönetmek için bir anlaşmanın

nasıl düzenleneceği konusunda derin bilgi sunmaktadır. İngiliz profesyonelleri, bugün KÖSO'da yaygın olan karmaşık çalışma ilişkilerini mükemmelleştirmektedir. Bu, diğer birçok ülkedeki daha kısıtlı uygulamalarda bulunmayan verimlilikleri, yaratıcılığı ve yeniliği teşvik eder. İngiltere'deki danışmanların geliştirdikleri mali bilgi, yatırım camiasının ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde anlamış ve bunu, çalıştıkları ülkelerdeki yerel çerçevede yorumlayabilme olanağı sunmaktadır (Bing ve diğerleri, 2005).

Aşağıda İngiltere'nin KÖSO deneyimi kronolojik olarak sıralanmıştır (www.gov.uk);

- 1991: İngiltere hükümeti kamuya özel ortaklıklar başlattı.
- 1996: Norwich'de 1.000 yataklı bir hastane tasarlamak, inşa etmek ve finanse etmek ve işletmek için ilk sözleşme imzalandı.
- 2001: Norwich Hastanesi, bütçe ve programın 5 ay öncesinde tamamlandı.
- 2006: İngiltere'deki en büyük tek KÖSO hastane sözleşmesi St Bartholomew's ve Royal London projesi için 1,1 milyar sterlin imzalandı.
- 2012: 2001 yılından beri tamamlanan, devam eden veya onaylanan 130'dan fazla sağlık hizmetleri KÖSO projesi.
- 2016: St Bartholomew's ve Royal London projesinin planlanan zamanda tamamlanması.

1.8.3. Fransa

Fransa'da hapisane ve sağlık yatırımlarıyla özel ilgilenilmekle birlikte 18 hapisane için toplam 1 milyar Euro'luk yatırım, hastane yenileme programı olan ve 5 milyar Euro olan "Hopital 2007" başlatılmış olup KÖSO modeli ile sağlanması beklenmektedir. Fransız Parlamentosu tarafından Aralık 2004 tarihinde onaylanan "KÖSO Bildirisi" özel ve kamu sektörü arasında sözleşmeye dayalı yeni bir yapıyı doğurmuştur. Bu yasal çerçeve verimlilik şartları ve bütçe kısıtlamaları bakımından KÖSO'lara talebin artacağı yönünde olacağı düşünülmektedir (Sarısu, 2009: 209).

"Avrupa'da Kamu Özel Sektör Ortaklık Modelleri, Fransa ve Avrupa Ülkeleri Karşılaştırması" başlıklı çalıştay, akademik ve endüstri, ulusal veya Avrupa sağlık araştırma programları, bölgesel veya ulusal kamu özel sektör ortaklığı girişimlerinin temsilcilerini bir araya getirmiş ve gerçek ve orijinal vakaların analizine dayanan, kamu özel sektör ortaklığının ihtiyaçları, beklentileri ve zorlukları üzerine ortak bir vizyon paylaşmak ve

kamu özel sektör ortaklığı üzerine yeni girişimler yapmak, sonuç çıkarmak ve kilit başarıyı belirlemek gibi biyoteknolojinin faktörler, ilerleme yolları belirleme ve çizim önerileri sunmuştur. Bu alandaki en önemli olaylar, ilaç endüstrisinde Avrupa İlaç Endüstrisi Federasyonu ve Dernekleri Federasyonu, EFPIA ile Avrupa arasındaki Avrupa kamu özel sektör ortaklığı girişimidir (Demotes-Mainard ve diğerleri, 2006).

Bu projelerin amacı, yenilikçi tedavilerin geliştirilmesine temel darboğazların tanımlanmasına dayanır. Aynı zamanda hem ulusal hem de bölgesel düzeydeki girişimler en fazla yarar sağlamak adına KÖSO'yu teşvik etmektedir. Biyomedikal sektöründe faaliyet gösteren bölgesel rekabetçi kümelenmeler ve ANR (Ulusal Araştırma Ajansı) RIB (Araştırma ve Yenilikçilik Biyoteknoloji) gibi ulusal KÖSO kuruluşları, KÖSO projeleri için teşvik sağlamaktadırlar. Bu bölgesel ve ulusal KÖSO seviyeleri, kamu düzeyi ve özel sektör ortaklarının, AB (Avrupa Birliği) seviyesindeki kuruluşlar için rekabet edebilecekleri konsorsiyumları oluşturmalarına ve dolayısıyla KÖSO projeleri için yapım aşaması olma yolunda hizmet sağlamaktadır. Teşviklere ve KÖSO'nun bölgesel ve ulusal yapılanmasına rağmen, Fransız sistemindeki zayıflıklar, çoklu aktarım organları, çoklu araştırma organizasyonları (operatör ya da finansman ajansı) sözleşmeleri daha zor hale getirmektedir (Iossa ve Martimort, 2015).

Bazı Avrupa bölgeleri gibi, Japonya'da ya da ABD'de, bu türden uygulamalara rastlamak mümkündür. Özellikle sağlık sektöründe, sınırlı bir alanda bulunan akademik araştırma ve eğitim merkezleri, kuluçka makineleri ve endüstri araştırma laboratuvarları, yalnızca bir yeniliği teşvik etmekle kalmaz aynı zamanda bir bölgenin ekonomik özelliklerini de değiştirmektedirler. KÖSO teşvikleriyle desteklenen bilgi birikiminin bölgesel kümelenmesi, yenilikçilikte mükemmellik ve rekabetçiliğe doğru atılan ilk adımı temsil etmektedir (Demotes-Mainard ve diğerleri, 2006).

1.9. Entegre Sağlık Kampüslerine Geçiş Süreci

20. Yüzyılın son çeyreğinde, devlet idaresi bakış açısında önemli değişimler meydana gelmiş, yönetim hiyerarşisi ve bürokraside önemli gelişmeler yaşanmış, bahsedilen periyottaki iktisadi ve toplumsal şartların da tesiriyle esnek ve piyasa merkezli bir doğrultuda evrilmiştir. Bu anlamda, kamu servislerinde, geleneksel yapıdan ayrılarak fiyat ve müşteriye konsantre olan bir sistem olmuş ve servis arzında verimlilik faktörü önemsenmeye

başlanmıştır (Tortop ve diğerleri, 2007). Bu dönemde, özellikle İngiltere’den başlayarak tüm Avrupa ve Dünya’da bir özelleşme süreci başlamıştır. Kamu hizmetlerinde meydana gelen bu evrim, sağlık iş kolunda da göze çarpmaya başlamıştır.

Bahsedildiği üzere, özelleştirme bağlamında sağlık iş kolunda da çeşitli değişimler yaşanmış ve kamu özel sektör ortaklığı modeli çerçevesinde bu sektör de yatırımcıların ilgisine açılmıştır. Özelleştirme liderlerinden İngiltere’de sağlık özelinde bu gelişimler 1993 yılından itibaren olmuş ve 2012 yılına dek 70 milyar pound hastane yatırımı gerçekleştirilmiştir (Benli ve diğerleri, 2014).

İngiltere’de özelleştirme kapsamında ortaya çıkan bu sürece Dünya Bankası tarafından oluşturulan “Country Assistance Strategy FY01-03” planı kapsamında öncelik verilmiş, sağlık sektöründe bu gibi yatırımların gerçekleşmesine doğru atılan adımlardan olan altyapı dönüşüm çalışmalarının temeli meydana getirilmiştir (Benli ve diğerleri, 2014).

Sağlık hizmetlerinin bu verimlilik ve özelleşme çerçevesinde verilmesinde ana araç ise kamu özel sektör ortaklıkları olmuştur (Kerman ve diğerleri, 2012). Türkiye’de bu projeler 5396 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 7 ve bu maddeye dayalı “Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” ile düzenlenmektedir (Benli ve diğerleri, 2014). Bu bağlamda, sağlık sektöründe kamu özel sektör ortaklığı modeline dair ilk adım olan bu düzenlemelerde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda hizmet arzı, nasıl verildiği ve mali durumu bakımından değişikliklere yer verilmiştir (Karasu, 2011).

“Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik”te devam eden süreçte iki değişikliğe yer verilmiştir. Bu değişiklikler sonucunda, yönetmeliğin amacı, sözleşme ve üst hakkı sözleşmesi, ihaleye katılacak isteklilerle ilgili mali kriterler, ortak girişim ve özel amaçlı şirket, kira bedel ve artışları gibi türlü konularda çeşitli değişikliklerin meydana geldiği takip edilmektedir (Kerman ve diğerleri, 2012).

“Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte

Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ışığında bu yönetmeliğin amacı; “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamına ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir.” şeklinde değişmiştir (www.resmigazete.gov.tr).

“Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın görev kapsamını ifade etmesi açısından önemlidir.

Mevzuata dair bu değişikliklere ek olarak kamu özel sektör ortaklıklarına dair bir başka adım da, Sağlık Bakanlığı kapsamında, Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ile İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı’nın ana hizmet birimleri kapsamında hizmet vermeye başlamasıdır. Türk sağlık sektöründe geçerli olmaya başlayan bu sistemin şu avantajları bulunmaktadır (Kerman ve diğerleri, 2012);

- Özel sektör fonlarının kamu yatırımlarına yönlendirilmesi,
- Özel sektörün bürokratik engellerden uzak karar alma süresini hızlandıran yapısı,
- Risk paylaşımı,
- Uzmanlaşma, verimli çalışma,
- Sağlık kurumu kullanıma açılıncaya kadar maliyetsiz olması,
- Kısıtlı kaynaklar sebebiyle gerçekleştirilemeyen projelerin aşamalı ödemelerle yapılabilmesidir.

Bahsedildiği üzere, Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın kurumsal açıdan hayata geçirilmesi, bu kapsamda meydana gelecek tasarıların ihale ve değerlendirme sürecinin

aşamalarını belirlemiştir. Bu bağlamda ilk aşamada Sağlık Bakanlığı'nın tasarısı, sistem ve izlediği yol kapsamında meydana getirdiği ve spesifik kriterleri temel alan tasarıları, ön fizibilite raporları ve arsa/arazi teminine yönelik çözüm teklifleriyle beraber Yüksek Planlama Kurulu'na arz etmesi şarttır (Kerman ve diğerleri, 2012).

Bu aşamayı takip eden ikinci aşamada Yüksek Planlama Kurulu, Sağlık Bakanlığı'nın proje tekliflerini analiz ettikten sonra bir karara ulaşması aşamasıdır. Eğer bu karar pozitifse, üçüncü aşamaya geçilir ve bu Sağlık Bakanlığı'nın, Yüksek Planlama Kurulu'na yapılması tasdiklenen her bir tasarısı adına, ihale iş ve işlemlerinde kullanılmak için; ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanlarının meydana getirmesinin şart olduğu aşamadır (Kerman ve diğerleri, 2012).

Dördüncü aşamada ise ihale ilan süreci meydana gelmektedir. Yönetim eliyle oluşturulması arzu edilen inşa veya yenileme işleri ve ön yeterlik ilanı, Resmî Gazete'de, Türkiye çapında yayımlanan çok satılan iki gazetede ve internette, ifade edilen ihale tarihinden en az doksan gün önce olmak kaydıyla ve en az birer defa ilan edilmelidir. Alınan başvurular kapsamında yapılan ön yeterlik değerlendirme süreci ile bir diğer aşamaya geçilir. Bahsedilen inceleme neticesinde yeterliği belirlenen adaylara ihale gününden en az altmış gün önce davet mektubu yollanır. Bakanlık tarafından davetiye gönderilmiş olan gerçek ve/veya tüzel kişiler, yapılacak işle ilgili tekliflerini arz ederek analiz edilmeye başlanır. Yapılan inceleme ve değerlendirme neticesinde teklifler dâhilinde en az maliyetle en yüksek verimlilik özelliğine sahip teklif kabul edilir, teklif veren kişi/kişiler ile Bakanlık arasında bir sözleşme yapılır (Kerman ve diğerleri, 2012).

Sağlık hizmetleri sektöründe kamu özel sektör ortaklığı modeli kapsamında meydana getirilecek her bir tasarısı, yasal süreç bağlamında bahsedilen aşamaları yerine getirecek ve bu süreci tamamlayacaktır. Aksi halde bir ortaklıktan bahsedilememektedir. Süreç içerisinde rol oynayan aktörler ise genel olarak Sağlık Bakanlığı, hastaneler ve ihaleyi alan özel amaçlı şirketler olarak sıralanmaktadır. Bu modelin uygulanması ile ilgili kurumlar; Entegre Sağlık Kampüsü ve Hastaneler kapsamında Döner Sermaye İşletmeleri, Özerk Hastane İşletmeciliği ile Ortak Girişim ve Özel Amaçlı Şirket'ler ve Sağlık Bakanlığı'dır (Karasu, 2011).

Türk sağlık sektöründe kamu özel sektör ortaklığı uygulamasına dair problemlerin bulunduğu da görölmektedir. Örneğin, kamu özel sektör ortaklığı sözleşmelerinin komplike oluğu bu durumun anlaşılabilirliğini zorlaştırmaktadır. Sözleşme meydana getirilirken oluğan, risklerin yanlış dağılması, yaptırımların kapsamı ve niceliği gibi temel hatalar, koşullar açısından önem taşımaktadır (Tekin, 2007).

Bu sözleşmeler sonucunda ortaya çıkan sağlık tesislerin devredilmesi ya da işletilmesine dair uzlaşma da son derece önem taşımaktadır. Sözleşmelerin süresi son bulduğunda meydana gelen tesislerin işletilmesinin kamuya transfer edilmesi ya da kamunun aynı tesisleri çeşitli metotlarla tekrar özel kişilere transfer etmesi hali bir sorun teşkil edebilecektir (Karasu, 2011).

1.9.1. Entegre Sağlık Kampüslerinin Yapılmasında Yap Kirala Devret Modelinin Genel Yapısı ve Özellikleri

1980'den sonra, özelleştirme ve de-regülasyon gibi neo-liberal politikaların uygulanmasıyla, devletin hem işlevleri hem de örgütsel yapısı yeniden belirlenmiştir. Önemli ölçüde piyasadan temine dayalı alternatif yöntemlerin, bu dönemde kamu hizmetlerinin sunulmasında geleneksel yöntemlerin yerine geçtiği görölmüştür. Farklı yollarla kurulan ve en geniş anlamda kamu özel sektör ortaklıkları olarak adlandırılan ortaklık modelleri de alternatif yöntemler arasında kabul edilmektedir (Flinders, 2006).

Bu alternatif yöntem, kamu ihaleleri, bir tür organizasyon, hizmet sunum yöntemi, özel kuruluş tarafından sağlanan kamu hizmetlerine sahip olma yöntemi, finansman yöntemi özelliklerinin kimi kısımlarına sahip bir tanımdır. Bu bağlamda, KÖSO farklı sektörlerden (inşaat, hizmet ve finans gibi) özel sektör kuruluşlarının ortaklaşa kullandıkları ortaklığın, farklı rollere (mal, hizmet ve inşaat işleri) sahip kamu hizmetlerinin organizasyonuna dâhil edildiği bir ortaklıktır. Sözleşmeye dayalı olma yönüyle sözleşme ilişkisinin ayırt edici özelliklerini ve esnek organizasyonun öngörülmesini içerir (Karasu, 2011).

Türkiye'de merkezi düzeyde KÖSO uygulamalarını doğrudan yöneten herhangi bir bölüm bulunmamaktadır. İlgili yasada çeşitli hizmet alanlarında yetkili kurum tespit edilmiştir. Örneğin, sağlık alanında Sağlık Bakanlığı yetkilidir.

Türkiye'nin yap kirala devret (YKD) modeliyle ilk deneyimi sağlık hizmetleri projeleri kapsamındadır. Bu projeleri yaklaşık 30 yıllık bir süre içinde yürütecek bir yasal çerçeve oluşturma politika yapıcılarının ilk önceliği olmuştur. Sağlık sektöründe YKD modelini tanıtmaya yönelik ilk yasal adımlar, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetleri İnşaatına İlişkin YKD Yönetmeliği ile birlikte 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun Ek 7 Maddesi'nin eklenmesiyle 2005-2006'da atılmıştır (www.mevzuat.gov.tr).

Sağlık alanındaki YKD projelerine yönelik ilk yasal girişimler 2005 yılında yapılmış olsa da, ilk ihalenin başlatıldığı 2010 yılına kadar tam olarak tasarlanmış değildir. Bu beş yıl zarfında yasal çerçevedeki çalışmalar devam etmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından Tesislerin İnşası, Tadilatı ve İşletilmesi Hakkında Kanun KÖSO modeli ile sonuçlanmıştır. Bu yasa, 2013 yılında sağlık hizmetleri ile ilgili yasal dayanakların belirlenmesi için özel olarak oluşturulmuştur. YKD yasası, 2010 yılında YKD projelerinin fiili lansmanı sırasında yaşadığı yasama gerekliliklerine, bazı YKD'nin ihale aşamalarına karşı başlatılan bir dizi davaya hitap etmektedir. Projeler, özellikle bu projelerin bankacılığın düzeyini artırma zorunluluğu ile ilgili olmuştur. YKD yasası, Türkiye'de genel olarak KÖSO ile ilgili diğer mevzuatlara kıyasla daha genel bir referans olduğu için, borç verenlerin haklarını ve yönetimin devralınması için bir anlaşmaya varma yetenekleri bakımından benzersizdir (Özeke, 2016).

Sağlık sektöründeki YKD projelerinin sayısı, sektör katılımcıları, borç verenler ve danışmanlar (teknik, mali ve yasal vb.) arasında bir sinerji yaratmıştır. Bu sinerji, büyük ölçüde, tüm sağlık hizmetleri YKD projeleri arasında en üst düzeyde şeffaflığa ulaşmak için proje anlaşmalarının özelleştirilmesiyle sonuçlanmış, yatırımcılara ve kredi verenlere tüm tarafların eşit muamele görmesini ve aynı zamanda üstesinden gelinmesine ve açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olmuştur (Özeke, 2016).

KÖSO, Sağlık Bakanlığı için öngörülen düzenleyici denetim rolü için uygun bir modeldir. Bu modele geçişle birlikte Sağlık Bakanlığı'nın yapısı, örgütsel sağlık hizmetleri biçimi ve sağlık hizmeti veren kuruluşlarla ilişkileri, sözleşme ilişkisinin gerektirdiği şekli almıştır. Sağlık Bakanlığı, KÖSO modeli ile ihalelerle ilgilenen bir bakanlık halini almıştır. Her ne kadar hastanelerin yıllık kira ödemeleri döner sermayeli kuruluşlar tarafından yapılacaksa da, nihai sorumlu olarak, Sağlık Bakanlığı tekrar büyük bir borç yönetimi departmanı haline gelmiştir. Neo-liberal reformların içsel mantığı açısından, aynı aktörün hizmet

organizasyonu içinde eş zamanlı olarak politika yapıcı, sağlayıcı, finansçı, düzenleyici ve denetleyici olması tutarlı değildir. Bir yandan özerklik argümanı ve bu bağlamda otorite delegasyonu, öte yandan, sözleşme idaresinde söz sahibi olan Bakanlık tarafından ihaleye çıkarılan 25 yıllık ve daha uzun vadeli KÖSO projeleri çelişme olasılığı bulunan projelerdir. Buna ek olarak, sözleşmelerin yürütülmesinde hastanelerin yetkilileri, her bir detayın çözüldüğünden ve sözleşmelerde uzun vadeli olarak imzalandığından, bilgileri oldukça sınırlı olacaktır (Karasu, 2011).

KÖSO projeleri ile Türk sağlık sistemine giren entegre sağlık kampüsü ve şehir hastaneleri yeni organizasyon yapılarıdır. Sağlık hizmetlerinde çeşitli dal / ihtisas hastanelerinden oluşan büyük ölçekli entegre organizasyon yapıları hedeflenmiştir. Mevcut yasal düzenlemelerde, entegre sağlık kampüsü yönetimi hakkında herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Bu organizasyonun özerk olup olmadığı ve ayrı bir bütçeye sahip olup olmadığı belirsizdir. Ayrıca bu kurumun bakanlık, kampüste hastaneler ve özel proje şirketi ile ne tür bir ilişkisinin olacağı da belirsizdir (Karasu, 2011).

Sağlık sistemlerinde büyük kapasite yatırımlarına duyulan ihtiyaca cevap olarak, Türk hükümeti Sağlıkta PPP Programını 2010 yılında başlatmıştır. Programın amacı yeni sağlık tesisleri geliştirmek ve hizmet sunumunu iyileştirmektir. Hükümet ayrıca Türkiye'de hastane altyapı sektörüne özel sektör katılımını da istemektedir. Sağlıkta KÖSO Programı, 20 milyar Euro değerinde yatırım değeri olan 50 projeden oluşacaktır. Program kapsamındaki ihale, finansman ve inşaatın çeşitli aşamalarında projeler bulunmaktadır (Pekdemir, 2017). Bunlardan en çok göze çarpanı ise entegre sağlık kampüsleridir.

Mevcut yasal statü göz önüne alındığında, entegre sağlık kampüsünün yönetimi sağlık bakanlığının organizasyonunda olacaktır. Bununla birlikte, bu büyük ölçekli hastanelerin mevcut kamu hastaneleri ile aynı şartlarda yönetilmesi mümkün görünmemektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, KÖSO hastanelerinin sözleşmenin uygulamalarına ilişkin yetkilileri, projenin hemen başında imzalanan kapsamlı ve ayrıntılı sözleşme hükümlerine göre oldukça sınırlıdır (Karasu, 2011).

Sözleşme ilişkisinin gerektirdiği şekilde yeniden yapılandırılan sağlık kuruluşunun organizasyonunda, hastanenin yönetimi, kendi planlamasını yapmak, hem sözleşmenin esasları hem de organizasyonu denetlemek gibi bir organizasyonun temel karar konularına

göre pasifleştirilmiştir. KÖSO sözleşmelerinin, hizmetin kendisini işleten hastaneler açısından önemli bir özelliği vardır. Operasyonel konularda icra birimi olmanın ötesinde, hastanelerin sağlık hizmeti organizasyonunda neredeyse hiç yetkileri yoktur. Örneğin, mevcut yapıda, kamu hastaneleri kendi ihtiyaçlarını, sağlanacak mal ve hizmetlerin derecesini ve sözleşme şartlarını belirler. Tedarik ihtiyaçlarını kısa vadeli dış kaynak ihaleleriyle sağlarlar. Ancak, KÖSO hastanelerinde bu konuların tüm yetkilileri Bakanlığa aittir (Karasu, 2011).

Birçok ülkede KÖSO sistemindeki ana aktör özerk organizasyonlardır. Örneğin, Birleşik Krallık'taki KÖSO ihalelerine ilişkin makamlar, her biri özerk sağlık kuruluşu olan hastanelerin sendikalarıdır. Başka bir ifadeyle, Sağlık Bakanlığı veya Ulusal Sağlık Servisi'nin sağlık hizmeti operatörünün bulunduğu konumda yetkisi bulunmamaktadır (NAO, 2010).

Kira ödemelerinin hastanelerin döner sermaye işletmeleri tarafından yapılması yasal olarak öngörüldüğü halde, Türkiye'de YKD sistemi tamamen Sağlık Bakanlığı'nın vesayet ve denetimi altında yürütülür. YKD uygulamaları kendi adına hareket eden sağlık kuruluşlarına hâkim olmamıştır.

1.9.2. Yap Kirala Devret Modelinin Seçilmesindeki Faktörler

Zaman ve para, herhangi bir bina projesinin kritik unsurlarıdır. Her ikisinde de gerekli olduğu önemli yatırımlar, izinleri ve onayları almak ve daha sonra kaliteli gayrimenkul geliştirmek adına önemli ölçüde artmaya devam etmektedir. Hükümetler ise kimi zaman bu zorluklarla baş edememektedir. Bununla birlikte, binaların tasarım / inşaa yöntemini uygulayarak, hükümet kurumları değerli kaynaklarını koruyabilir ve birçok bina projesini hızlandırabilir (Kumaraswamy ve Morris, 2002).

Bu bağlamda, Avrupa'da, uzun yıllardır kullanılan bu modelin ülkemizde de yaygınlaşmaya başlaması oldukça olası olmakta, uygulandığı ülkelerde başarı elde etmesi ise bunun sebebini oluşturmaktadır. Yap kirala devret modelinin en önemli üstünlüğü, devletin yatırım maliyetini kamu kesiminden şirketlere transfer etmesidir. Bu şekilde, örneğin, 20 yıllık işletme süresi ve 3 yıllık yatırım süresi öngörülen bir projede, kamu tarafı toplam maliyeti 20 yıla yayarak borçlanma ihtiyacını azaltacaktır. Hâlbuki klasik yöntemde kamu kesimi bu

projenin maliyetini üç yıl içinde ödemekle yükümlü olacak ve hem borç stokunu ve hem de faiz giderleri kalemini artıracaktır (Bülbül, 2017).

Kamu sektörü projelerini etkileyen en önemli faktörlerden biri, her bir kritik bileşenin ayrı ayrı ve ardışık olarak teklif edildiği çok aşamalı bir süreç olan uzun teklif sürecidir. Bu, genellikle inşaat projelerinde her zaman istenen tamamlanma tarihine yol açmayan uzun bir süreçtir. Öte yandan, YKD yöntemini benimsemek, bu çizilmiş ve karmaşık süreci neredeyse tamamen ortadan kaldırabilir. Bu entegre yöntem, kamu kurumlarının kamuya hizmet verecek modern tesisleri hızlı bir şekilde elde etmeleri için etkili ve uygun maliyetli bir yol sağlar. Bununla birlikte, bir projenin gerçek başarısı, YKD şirketinin, kullanıcının beklentilerini karşılayan ve programa uygun olarak kalması dâhil olmak üzere, kullanıcı veya sahibi tarafından belirlenen kriterleri karşılama becerisine bağlıdır (Kumaraswamy ve Morris, 2002).

YKD yönteminin özellikleri, geleneksel metotlardan farklılık göstermektedir. Geleneksel metotlarda, son kullanıcı, mimari, mühendislik, finansman, izin, yasal, inşaat ve bakım hizmetleri sunmak için farklı firmalar kullanılmaktadır. Bununla birlikte, YKD yönteminde son kullanıcı, tüm bu ayrı hizmetleri tek elle yönetmek için bir firma ile sözleşme yapar. Bu firma, neredeyse tüm geliştirme, inşaat ve mülk yönetimi hizmetlerini kapsayan uyumlu bir paket sunmaktadır.

Tek bir firma ile bir iş ilişkisi kurmak, açık ve çarpıcı bir avantaj yaratır. Bu da tek kaynakla yapılan işlerin hesap verebilirliği artırmasıdır. Birkaç farklı danışman ve yükleniciyi koordine etmek yerine, son kullanıcı yalnızca bir merkezden bilgi sahibi olmak zorundadır. Projenin herhangi bir yönü ile ilgili soru veya endişelerin hepsi bu tek kaynağa yönlendirilebilir. Bu tek kaynak hesap verebilirliği, geleneksel çok partili teklif projelerinde sıkça görülen yanlış iletişimleri, siparişleri veya gecikmeleri önemli ölçüde azaltır. Bu modelin temel taşı mükemmel yazılı ve sözlü iletişimdir (Kumaraswamy ve Morris, 2002).

YKD modeli kapsamında YİD ve Yİ modellerinden farklı olarak, tesislerin işletilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek ve özel kuruluşlara devredilmeyecektir. Özel sektör, temel olarak, destek hizmetlerinden oluşan sınırlı sayıda operasyonel faaliyetle birlikte tesislerin inşası, inşaatı ve bakımı ile ilgilenecektir. Diğer taraftan, Devlet, “kira” döneminde kiracı olarak nitelendirilecek ve başta tıbbi hizmetler olmak üzere ana operasyonları yürütmekten

sorumlu olacaktır. YKD modeli, devletin operasyon dönemi boyunca katılımının çok önemli olduğu ve devletin hâlihazırda özel tesislere ek olarak kamu tesisleri sağlama yükümlülüğü altında olan belirli sektörler (örneğin sağlık ve eğitim tesisleri) için özelleştirilebilir (Özeke, 2016).

Türkiye'nin YKD modeliyle ilk karşılaşması, 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan kapsamlı sağlık kampüsleri programından geçmiştir. Bu program, bugüne kadar, uluslararası finans kurumlarının sayısının dâhil olmasıyla en az on beş projenin finansal yakınlığa başarılı bir şekilde ulaşmasıyla sonuçlanmıştır. YKD modeli kapsamında başlatılacak ikinci KÖSO projesi seti, devletin varlığını sürdürmesi ve özel tesislere ek olarak kamu hizmeti sunması gereken sağlık sektörüne benzer bir sektör olan eğitim tesisleri projeleridir (Özeke, 2016).

Bu modelin kamu mali tabloları açısından iki önemli üstünlüğü bulunmaktadır. Bunlar; borç stoku rakamlarında azalma ve faiz giderleri kaleminden klasik modele oranla daha düşük ödeme gerçekleştirilmesidir. Projenin masraflarının şirketlere transfer edilmesi doğal olarak projeye dair borç ve faiz giderlerinin özel kesim mali tablolarında ortaya çıkarılması neticesini ortaya çıkarmaktadır. Bu şekilde hem kamu kesiminin borç stoku, Maastricht kriterleri benzeri kurallara daha uyumlu duruma gelmekte ve bütçe içinde faiz için yapılan masraf, diğer gider kalemlerine kıyasla daha az olmaktadır. Bütçede finansman gideri kaleminden yapılan giderin düşmesi, kamu kesiminin faiz gideri masraflarından tamamen kurtulduğu manasında anlaşılmalıdır. Bunun sebebi ise faiz masrafının, bu sözleşmeler kapsamında yapılan gider kalemleri üzerinden yapılmaktadır (Bülbül, 2017).

1.10. Yap Kirala Devret Modeli ve Maliyet

“YKD” terimi, proje finansmanı için geleneksel olmayan bir satın alma yöntemi olup, özel veya kamu sektörü müşterisi, özel bir kuruluşa bir tesis inşa etme (ve muhtemelen aynı şekilde tasarlama) için bir imtiyaz verme, tesise sahip olma, tesisi müşteriye kiraya verme, kira süresi sonunda tesisin mülkiyeti müşteriye devredilir (Ke ve diğerleri, 2010).

Bir proje finansmanı sistemi olarak, bu satın alma yönteminin, bir avantajı var ki, ana müşteri, müşteri tarafından sözleşme imzalanan özel kuruluşun, inşaat süresince proje finansmanı sağlama sorumluluğuna sahip olmasıdır. Bunun amacı, projeye ait finansmanı

müşteriden (yani kamu kuruluşundan) artırma yükünü kaldırmak ve bunu özel kuruluşa yerleştirmektir. Böylelikle YKD geliştiricisi, tüm riski, proje finansmanını ve inşaat süresi boyunca riski artırma riskini üstlenir. Tabii ki, bu tür riskler, geliştirici tarafından ücretsiz olarak yapılmaz, ancak müşteriye iletilen bir maliyete ulaşır. Tesis için işletme ve bakım sorumluluğu, mülkün, kiralama süresi sona erene kadar sahip olduğu kadar geliştiricidir. Kira süresi, esas olarak tesisin kiracısı olan müşteriye görecek ve geliştiricinin belirli bir süre için belirli bir oranda tesis kullanımını için geliştiriciye bir dönem (aylık veya yıllık) ödeme yapacaktır. Kira ödemesi, yatırımı geri ödeme yöntemidir ve nihayetinde geliştiricinin hissedarlarını ödüllendirir. Kiralama süresinin sonunda, tesisin mülkiyeti ve sorumluluğu müşteriye geliştiriciden önceden kararlaştırılan bir sözleşme üzerinden transfer edilir (Algarni ve diğerleri, 2007).

Bugüne kadar bu satın alma şeklinin birçok versiyonu, okullar, hapisaneler, hastaneler, barajlar, elektrik santralleri ve otoyollardan dünya çapındaki projelerde başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Kamu özel sektör ortaklık fonlama düzenlemelerine yönelik küresel bir itici güçle, YKD tipi projeler için büyüme alanı olduğu görülmektedir (Pekdemir, 2017).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, KÖSO uygulamasına ilişkin özel yetkili makamlarla birlikte sistemin ana aktörü konumuna gelmiştir. Kanunda belirtilen görev ve sorumlulukların bazıları şunlardır (Karasu, 2011);

- Karar (hangi hizmetlerin ve ticari alanların devredileceğinin belirlenmesi, kiralama süresi ve yıllık ödeme tutarı),
- Hazırlık (ön projenin hazırlanması),
- Tüm İhale Süreci; Düzenleme - Denetleme (sözleşmelerin kapsamı ve diğer prosedürler ile ilgili usul ve esasların belirlenmesi, proje tasarımı, inşaatı, sağlık bakım tesislerinin bakımı ile ilgili temel standartların belirlenmesi ve ticari alanların ve hizmet alanlarının tesis içindeki tıbbi alanlardan nasıl ayrı tutulacağı; yüklenici, idare yürütme, sözleşmenin süresi boyunca yüklenicinin işlem ve işlemlerinden kaynaklanan zararların tazmin edilmesini sağlamak, bunun için cezai yaptırımlar uygulamak),
- Garanti Alma Önleyici Tedbir Sağlanması (kira ödemelerini garanti altına almak için döner sermayeli kuruluşlar için gelir desteği sağlamak ve bu bağlamda tüm ölçümleri almak ve talep riskini üstlenmek) şeklindedir.

Sözleşmeler Bakanlık tarafından imzalanmış olmasına rağmen, KÖSO, Bakanlık bütçesinden karşılanacak bir yatırım veya harcama değildir. (Yeni KÖSO Kanununda, gerektiğinde fonun Bakanlık bütçesinden hastanelerin döner sermayeli kuruluşlarına devredilebileceği belirtilmiştir. Bu aynı zamanda bir hükümet garantisi olarak da kabul edilebilir). KÖSO'nun finansal boyut açısından en önemli dayanağı, döner sermaye işletmeleridir. Yeni KÖSO kanunu, KÖSO yoluyla kurulacak sağlık tesislerinin ihale fiyatları ile mali olanaklar ve bütçe kuralları arasında bir paralellik çizmemiştir. 25 yıllık sözleşme süresi dikkate alındığında, döner sermaye işletmelerinin gelirlerini öngörmek zordur. Döner sermaye işletmelerinin ana gelir kaynağı hastalardır. Döner sermaye fonu işletmelerinin yıllık kiralama ve diğer ödemelerini Special Purpose Vehicle (SPV)'ye (özel amaçlı araç, proje sahiplerinin ortak olduğu projeye ilgili ayrı bir şirket kurma) yapabilmesi için, hasta sayısının belli bir seviyenin altına düşmemesi gerekmektedir. Aksi takdirde, İngiltere gibi birçok ülkede örnek olarak olduğu gibi, yeterli gelir elde edemeyen hastaneler, hizmetlerin faturalandırılmasında vatandaşlara ek ödeme getirecek yeni yöntemleri benimsemek zorunda kalacaklar, ya da sağlık personelinin işten çıkarma ya da yatak sayısını azaltma yoluna gideceklerdir (Özeke, 2016).

1.11. Projenin Yapımı ve İşletilmesinde Hazine Garantisi

2013 yılı itibarıyla üçüncü havalimanı ile Türkiye'nin gündemine yerleşen üçüncü köprü ve Şehir Hastaneleri gibi projeleri de içeren KÖSO süreci hazine garantisi ile sürmektedir. Bu garanti, havalimanı projesinde şirketler için yolcu garantisi şeklinde verilirken, hastaneler için hasta garantisi şeklinde olmaktadır. Özel sektörün, şehir hastanelerinin tamamlanmasından sonra ödeyeceği kira miktarı ve tüm bu ödemelerin kamu yararına olup olmadığı ise tartışmalı olmaktadır.

Devlet Hazinesi çeşitli projeler için araç sayısını garanti etmiştir. Üçüncü havalimanı projesinde, yolcu garantisinin benzer bir yaklaşımla hazine garantisi kapsamında sağlandığı görülmektedir. Öte yandan, gelişmelerin bir yansıması olarak, 2016-2018 orta vadeli planı hazırlanırken, projelerin uygulanmasından doğan risklerin ve yatırımların kamu mali dengelerinin üzerindeki etkilerin dikkate alındığı belirtilmiştir (Bütçe ve Maliye Kontrol Genel Müdürlüğü, 2016).

1.12. Hazine Garantisini Yerine Getirme Koşulları

Kamu özel sektör ortaklığı için hazine garantisi de 3996 ve 4283 sayılı kanunlarda olduğu görülmektedir (Pehlivan, 2009: 13). Öte yandan konuya dair mevzuatlar şu şekilde listelenmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 43);

- 576 sayılı ve 10.06.1910 tarihli Menafi-i Umumiye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki Kanun,
- 3096 Sayılı ve 04.12.1984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun,
- 3465 sayılı ve 28.05.1988 tarihli Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun,
- 3996 sayılı 08.06.1994 tarihli Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap İşlet Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun,
- 3359 sayılı 07.05.1987 tarihli ve 2005 yılında yapılan değişiklikle Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 4046 sayılı ve 24.11.1994 tarihli Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun,
- 06.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve Yap İşlet Modeli ile Enerji Satışına ilişkin Kanun.

2012 yılında 6288 sayılı yasayla KÖSO ihalelerini alan şirketlere tam KDV muafiyeti getirilmiş, 2013 yılında geçen 6428 sayılı yasa uyarınca şirketlerin her türlü borçlarına tam Hazine garantisi verilmektedir. 2015 yılında çıkartılan 6639 sayılı yasa da ise, doğacak uyuşmazlıkların yabancı tahkime tabi olacağı düzenlenmektedir (TTB, 2018).

1.13. Firmaların Hazine Garantisi Kapsamında Avantaj ve Dezavantajları

Garantiler, devlet müdahalesinin uygun bir şekli olsa da, genellikle normal harcamalar gibi bütçe süreci ile aynı derecede incelemeye tabi değildir. Bu, bir takım sorunlara neden olur (Hemming ve Langille, 2006: 36);

- Garantinin, alternatiflerden daha verimli ve uygun maliyetli olma anlamında, belirli bir hedefi karşılayan en iyi mali politika aracı olduğunu doğrulamak zordur.
- Garantiler, mali kısıtlamaları atlamak için kullanılsa da; bu durumda, maliye politikasının duruşu üzerinde gizli ve hatta kasıtsız bir etki yaratabilir.
- Bütçe, genellikle, garantilerin maliyetlerini karşılamak üzere yapılmaz ve genellikle bu maliyetleri karşılamak için gereken miktarı karşılamaya yönelik planlar öncelik taşımaz.
- Özel sektörün (bazı durumlarda uluslararası finansal kuruluşlar ve iki taraflı kredi verenlerin) riskin kendilerinin düzgün bir şekilde yönetilmesinin bir alternatifi olarak güvence altına alınmasına yol açan bir “garanti kültürü” oluşturulabilir.
- Garantiler yararlanıcılar için değerli olduğundan ve hükümetin takdirine bağlı olarak sağlandığından, iyi yönetişimi zayıflatabilirler.

Bu sorunlar, garantilerin çoğu zaman potansiyel olarak önemli mali sonuçlara sahip olduğu gerçeğiyle birleşmiştir.

1.14. Türkiye’de Entegre Sağlık Kampüsleri

Sağlık sektöründe teknolojideki gelişmeler, yaşlanan nüfus, demografik nedenler, hastalıkların mevcut tedaviye uyumu ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi sebepler sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Kamu özel sektör ortaklıkları, özel sektörü bu sorunların üstesinden gelmek için yaygın olarak kullanan bir yöntemdir. Türkiye’de “Sağlık Sektöründe Geçiş” kavramı kapsamında, özel sektör yatırımcısını sağlık sektörüne yatırım yapmaya teşvik etmek amacıyla 2007 yılında KÖSO departmanı kurulmuştur. KÖSO modelinde risk, devlet ve özel yatırımcı arasında paylaşılır ve hastalara doğrudan verilen hizmet devlet tarafından verilir. Ekipman tedariki, malzeme vb. gibi diğer işlemler özel yatırımcının sorumluluğundadır (Öge ve Baş, 2016).

Bu bağlamda aşağıda bu kapsamda sözleşmesi tamamlanan projeler, kapasiteleri ve bitim tarihleri yer almaktadır.

Çizelge 1.3. Sözleşmesi tamamlanan projeler, kapasiteleri ve bitim tarihleri

Hastane	Yatak Kapasitesi	Kapalı İnşaat Alanı (m2)	Hedeflenen Bitim Tarihi
Adana Şehir Hastanesi	1.550	539.824	Açıldı
Mersin Şehir Hastanesi	1.300	374.125	Açıldı
Isparta Şehir Hastanesi	755	222.571	Açıldı
Yozgat Şehir Hastanesi	475	141.235	Açıldı
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	464.094	Açıldı
Manisa Şehir Hastanesi	558	179.399	Açıldı
Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	355.752	Açıldı
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.704	1.285.686	2018
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	333.303	Açıldı
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.577	1.114.620	2019
Bursa Şehir Hastanesi	1.355	459.589	2019
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2.400	607.808	2020
Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	277.774	2020
Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	579.997	2020
Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	480	152.984	2020
Kütahya Şehir Hastanesi	600	168.570	2020
Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180	335.647	2020
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	573.546	2020
İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2.682	975.306	2020
Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1.700	436.172	2021

Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>

Çizelge 1.4. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri dağılımı

İller	FTR	Psikiyatri	YGAP
1 Afyon	150		
2 Diyarbakır	150	200	100
3 Erzurum	150		100
4 İstanbul-Bakırköy		400	240+60 Tutuklu
5 Malatya	150		
6 Samsun	150		100
7 Van	150	200	100
Toplam	900	800	700
Genel Toplam		2400	

Kaynak: <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,33987/fizik-tedavi-ve-rehabilitasyon-psikiyatri-ve-yuksekguvenlikli-adli-psikiyatri-hastaneleri.html/>

2. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, sosyal hayatın varlığını sürdürebilmesi adına olmazsa olmazdır ve oldukça küreseldir. Sağlık, *“bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri itibariyle, bir bütün olarak, iyi olmaları durumu”* (DSÖ, 1946: 1) şeklinde ifade edilmektedir.

Bir toplumun en önemli göstergesi ve yapı taşlarından bir tanesi de sağlıktır. Toplumlar arasında sağlığı etkileyen bir takım unsurlardan bahsedilmektedir. Farklı toplumlarca kabul edilen bu unsurların sağlığı etkilediği kabul edilmektedir. Sağlığı etkileyen unsurlar yaşam tarzı, kalıtım, çevre ve sağlık hizmetleridir. Sağlığı etkileyen bu unsurların her biri değişik etkiler oluşturmaktadır (Onur, 2007: 44).

Temel insan haklarından biri olarak sağlık kavramını ele alan Ottawa Sözleşmesi, yeterli ekonomik kaynak, huzur, barınma ve gıda, sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren ve istikrarlı bir eko-sistem gibi bazı ön şartları vurgulamaktadır. Bunların kabul edilmesi, ekonomik ve sosyal koşulları, fiziksel çevreyi, bireysel yaşam tarzlarını ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları öne çıkarmaktadır. Bu bağlantılar, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki tanımının merkezindeki bütüncül sağlık anlayışı için temel sunmaktadır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri *“insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım çalışmalarının tümü”* (DSÖ, 1946: 2-c) biçiminde ifade edilmektedir.

Aynı kavram, “*insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler*” şeklinde de açıklanabilmektedir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961: 2. Madde).

Sağlık hizmetleri; hastalıkların önlenmesi, toplumunda sağlığın yükseltilmesine yönelik olarak yürütölen faaliyetlere ek olarak, hastalıkların teşhisini, tedavisini ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulmakta olan hizmetlerin bir bütünü olduğunu ve sunulmakta olan bu hizmetlerin; sağlığın korunması, geliştirilmesi, aile planlaması, çevre sağlığı, ana çocuk sağlığı, sağlıkta yaşam kalitesinin yükseltilmesi vb. konuları içine almaktadır (Somunoğlu, 2012).

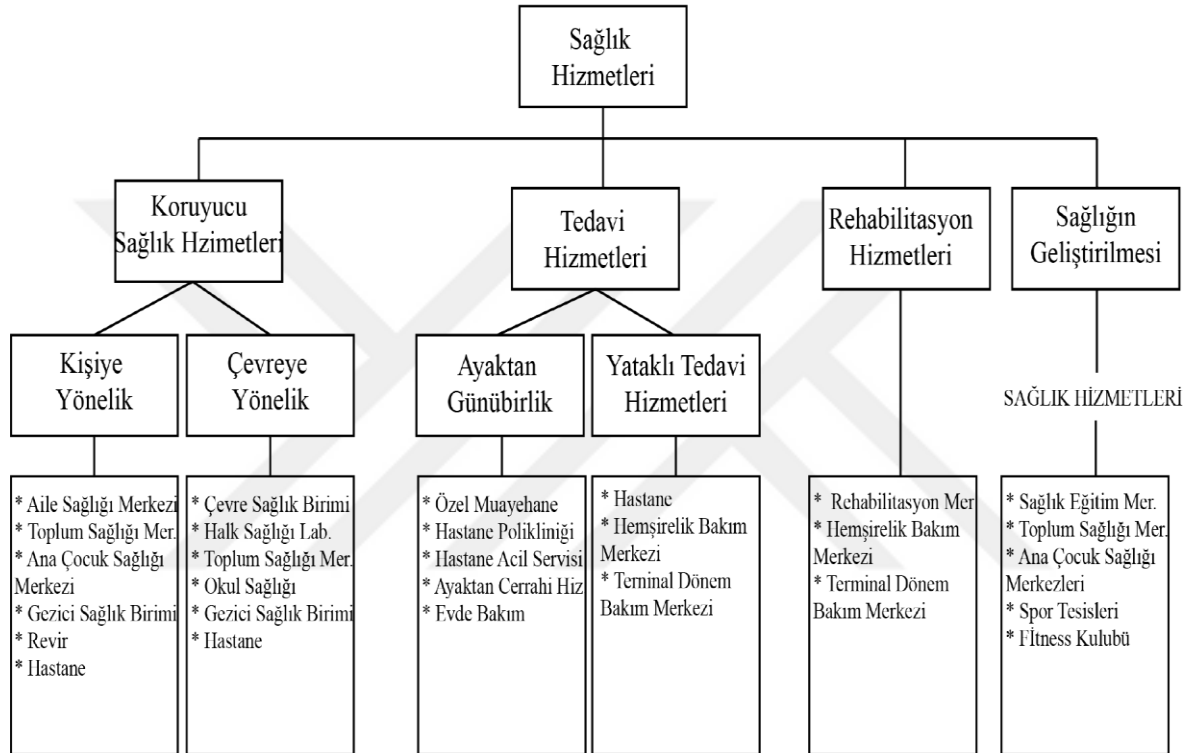
Bu ifadeler ışığında, sağlık hizmetleri, devlet veya özel çeşitli sağlık kurumları tarafından verilen ve kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının muhafaza edilmesi ve sosyal yapının tamamı adına meydana gelecek tehlikelerin önüne geçilmesi hedefini güden servislerdir. Bu hizmetin verimli bir biçimde verilmesi, sosyal gelişmişliğin ana faktörlerinden biridir. Bu konuda ilk olarak, sağlık hizmetlerinin sayısının hem de kalitesinin artırılması oldukça önem taşır (Altay, 2007).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Dünyanın pek çok ülkesinde sağlık hizmetleri önceden sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılımış ve daha çok tedavi hizmetlerine yönelimler olarak ortaya çıkmıştır. Daha sonra giderek hastalığın ya da sağlığı bozucu etkenlerin öğrenilmesi sonucu kişisel hijyen, çevre sağlığı ve mikroplarla mücadele gibi konular önem kazanmıştır. Bu gelişmeler sonunda sağlık hizmetleri değişik şekillerde anlaşılmaya başlanmıştır. Buna göre sağlık hizmetleri “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne” sağlık hizmetleri denilmektedir (Akdur, 1998: 12).

Sağlık hizmetleri genel olarak temelde; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık kurumları üretilen sağlık hizmetlerinin türlerine göre farklılaşmaktadırlar. Sağlık kurumlarının büyük bölümünün bu dört grupta toplanan sağlık

hizmetini farklı düzeylerde ürettikleri gözlenmiştir. Örnek olarak bir sağlık ocağının temel işlevinin koruyucu sağlık hizmeti sağlamak olmasına rağmen, tedavi ve teşhis hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili hizmetler de sağlamaktadır. Bu durumun hastaneler içinde aynı olduğu söylenebilir. Hastanelerin temel işlevinin yataklı tedavi hizmetleri sunumunun yanında, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve bunlarla birlikte sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sağlamaktadırlar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 35).



Şekil 2.1. Sağlık hizmetleri ve sağlık işletmeleri

Kaynak: (Kavuncubaşı, 2000: 35)

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık sisteminin temel amacı, hastalık etkenlerinden toplumu uzak tutmak veya hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik olan hizmetlerdir. Bu koruyucu hizmetler; kişiye yönelik olan bağışıklama, serumla ve ilaçla koruma, aile planlaması, erken tanı, beslenmenin iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliğinin ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık problemlerini önleyici tedbirler almak amacıyla, çevreye yapılan müdahalelerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 36).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2014: 79, 81).

2.3.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanların çevresinde bulunan ve insan sağlığını olumsuz etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, ve sosyal etkenleri yok ederek ya da kişileri etkilemesini önleyerek vreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü, vreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır. Başka bir ifade ile sosyolojik, ekonomik, biyolojik ve fiziksel evre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılması yönündeki girişimlerin tümüdür. vreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri özel eğitim görmüş kimyager, mühendis, teknisyen, veteriner vb. meslek grupları tarafından yürütülmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 79).

2.3.1.2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri kişileri ve toplumu hastalık etkenlerine karşı güçlü ve dirençli kılmayı hastalık halinde ise en erken dönemde tanı konularak, en az yıkımla veya yıkımsız tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler, kişiye yönelik sağlık hizmetleri grubu altında toplanmaktadır. Bu gruptaki hizmetlerin başlıcaları şunlardır;

- Erken tanı ve uygun tedavi
- Aşılama
- İlaçla koruma (kemoprofilaksi)
- Sağlık eğitimi
- Beslenmenin iyileştirilmesi
- Ana ocuk sağlığı ve aile planlaması
- Kişisel hijyen

Bu gruptaki hizmetler özellikle sağlık sektörü ve bunun yanında sağlık personeline yürütülmekte olan hizmetlerdir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 81).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine kavuşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetlerinin tümüdür. Bu hizmetler, temelde uzman hekim sorumluluğunda ve diğer sağlık personelinin ekip olarak çalışmasıyla sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri iki grup da toplanabilir. Bunlar; ayaktan gününbirlik tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleridir. Çeşitli sağlık kurumları tarafından ayaktan bakım hizmetleri sağlanmaktadır. Gününbirlik ya da ayaktan tedavi hizmetleri hastaneler gibi yataklı tedavi kurumlarına yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanısı ve tedavisiyle alakalı hizmetleri içermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 38).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine göre farkı tamamen kişiye yönelik olmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri tarafından bakıldığı takdirde yalnızca kişinin sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavinin yapılmasıyla bulaşıcı hastalıkların diğer insanlara bulaşmasına engel olabilir. Bundan dolayı tedavi edici hizmetler ile dolaylı olarak koruyucu sağlık hizmetleri de desteklenmiş olmaktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 82).

Tedavi edici sağlık hizmetleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Somunoğlu, 2012: 12);

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastaların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisinin yapıldığı hizmetlerdir. Poliklinik, sağlık ocağı, muayenehane, sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastanın durumundaki aciliyete göre birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi imkanı bulunmayan ve hastaneye gidilmesi gereken durumlarda teşhisi ve tedavisinin genel hastanelerde (yataklı sağlık kuruluşu) verilen hizmetlerdir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: İleri teknolojiye sahip farklı uzmanlık seviyelerinde hizmet veren sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır. Üniversite hastaneleri, onkoloji hastaneleri, kalp hastaneleri bu basamaktaki kuruluşlar arasında yer almaktadır.

2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ve kaza sonrası, sakatlık ve güçsüzlük gibi nedenlerle günlük yaşantısını sürdüremeyen ve iş gücünü kaybeden insanlara tekrar kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin kazandırılmasına yönelik verilen hizmetlerdir (Akdur, 1998: 14).

Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır (Hayran, 1998);

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşamsal kalitenin artırılması amacıyla, tıbbi rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Postür bozuklukların düzeltilmesi, işitme, görme, eksremite protezlerinin kullanılması vb. hizmetlerden oluşmaktadır.

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayatlarına aktif olarak katılmaları, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni işe başlama ya da öğrenme çalışmalarını kapsamaktadır.

2.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri zihinsel ve bedensel sağlık durumunu, yaşam süresinin uzatılmasını ve yaşam kalitesini amaçlar. Toplumda bir çok hastalığın insanların alışkanlıklarından ve yaşam tarzlarından kaynaklandığı bilinmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 46). Sağlık geliştirilmesi bireylerin ve toplumların sağlık statülerini yükseltmeye yönelik bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık geliştirilmesi görevi sadece sağlık kurumlarının sorumluluğunda değildir. Hem ulusal hemde uluslararası platformda tüm özel ve kamu kuruluşlarına sağlığın yükseltilmesi hususunda görevler düşmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 39, 40).

Sağlıklı kişilerin bu durumlarını daha da üst seviyelere yükseltmek için sağlanan hizmetler sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak tanımlanabilir. Ancak, burada sağlığın geliştirilmesinde temel sorumluluk kişilerdedir (Kısa, 2002: 37).

İnsanlar kendi yaşamlarını geliştirerek sağlıklarını daha iyi durumlara çıkarabilirler. Örnek olarak kişi spor yaparsa, sigara ve alkolden uzak durursa, sağlığı bozucu gıdaları

tüketmekten uzaklaşırsa ve kişisel hijyenine özen gösterirse sağlık seviyesinin artmasına katkı sağlayabilecektir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 84).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Kalitenin başarılmasındaki zorluklardan biri de sağlık sektörünün dinamik bir yapıda olmasıdır. Tedavi hizmetlerinin artmasıyla birlikte, teknolojik olarak da hızla değişim yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında demografik değişiklikler dengeyi değiştirmektedir. Bununla birlikte halkın beklentileri artmaya devam etmektedir. Dolayısıyla, müşterilerin bekledikleri kalite düzeyi ile algıladıkları kalite düzeyi arasındaki fark, kalite olarak tanımlanabilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 498).

Verilen hizmetin kalitesinin, hastanın sağlık durumunda meydana gelen gelişmeler temel alınarak ölçülebileceği söylenebilir. Dolayısıyla kaliteye, verilmekte olan hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi tanımlaması yapılabilir. Fakat ne kadar bilimsel olursa olsun verilen hizmetten yararlanmakta olan kişilerin beklenti, istek ve gereksinimlerini görmezden gelen bir hizmet sunumunda, kalitedeki hedefin istenilen seviyelerde gerçekleştirilmesi bakımından yetersiz kalacağı söylenebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 469).

Kalite, bir takım standartlar çerçevesinde kişilerin beklentilerini karşılayan bir üründür. Sağlık sektöründe artan rekabet sebebiyle hasta memnuniyeti ve maliyetler açısından sağlık kurumları kalitenin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi üzerinde önemle durmaktadırlar. Kalite, müşteriye uygunluk, şartlara uygunluk, müşteri isteklerine uygunluk, bir ürünün ya da bir hizmetin belli başlı gereksinimlerini karşılayabilme becerilerinden oluşan tüm bu özelliklerin birlikte olması olarak ifade edilebilir (Şimşek, 2002: 372).

Kalite, temeldeki ihtiyaçların özelliklerini karşılaması olarak da adlandırılabilir. Sağlık hizmetlerinin ve ürünlerinin ihtiyaçları karşılaması ve istenilen sonucu vermesidir. Kaliteli sağlık hizmetlerinde mümkün olan en iyi sonucu elde etmek için, doğru işi, doğru zamanda, doğru kişiye, doğru yolla, doğru araçlar kullanılarak yapılmalıdır. Sağlık bakım hizmetlerindeki hareket noktaları şunlardır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 499);

Hasta Kalitesi: Sağlık bakımı sırasında ve daha sonrasında hastaların beklediği ve umdukları hizmetin verilmesidir.

Profesyonel Kalite: Sağlık personeli tarafından belirlenmekte olan, hastanın klinik ihtiyaçlarının etkili bir şekilde sağlayan süreç ve yöntemlerdir.

Yönetim Kalitesi: Hastaların ihtiyaçlarını gözetererek, hasta kalitesini ve profesyonel kaliteyi israf etmeksizin iyi bir şekilde temin etmek için kaynakların uygun kullanımınıdır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteden konuşabilmek için; İyi bir yönetim modeli, işlerin hangi araçlarla ve hangi yöntemlerle kimin, nerede, ne zaman, yapıldığının bilinmesi, yönetimin kaliteye destek vermesi ve inanması, personele verilecek sürekli eğitimlerle devamlılığın sağlanması, bir bütün olarak çalışan herkesin üretilen hizmetin parçası olduğunun farkında olması gereklidir (Özgirin, 1995: 34).

Tedavi, hizmetin genel özelliklerini ve bu hizmeti verenlerin müşterilerine yönelik davranış ve tutumlarını kapsamaktadır. Kişisel kalite algısına yol açan etmenler olarak, hastaların geçmişteki deneyimleri, beklentileri ve hizmet sunucularının davranışları ve tutumları sayılabilir. Genel kalite düzeyindeki yükseklik veya düşüklüğünü, algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi belirlemektedir. Sonuç ifadesiyle, yüksek kalitede hizmet sunumu sağlık kurumunun kârlılığını ve verimliliğini olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 470).

2.5. Hasta (Müşteri) Kavramı

Sağlık kurumlarında tek müşterinin hastalar olduğu düşüncesi artık günümüzde geçerliliğini büyük ölçülerde yitirmiştir. Önceden sağlık kurumlarının müşterisi denildiğinde akla sadece hastalar gelirken, günümüzde ise “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul görmektedir. İç müşteriler ve dış müşteriler olmak üzere sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilmektedir. İç müşteri dediğimizde, sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile ilişkili olan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri dediğimizde ise, bu kavram sağlık kurumunun çıktılarından veya hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanmakta olan kişi ve kuruluşları kapsamaktadır. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken çok geniş bir müşteri grubu bulunmaktadır. Bu kurumların yaşamını devam ettirebilmeleri için müşteri beklenti ve isteklerine önemli ölçüde dikkat etmeleri gerekmektedir. Müşterilerin istekleri birbirinden

farklı olduğu düşünüldüğünde müşterileri memnun etmek için farklı stratejiler geliştirilmelidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 490, 491).

Çizelge 2.1. Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	Kurum personeli (hekim, hemşire vb.)
Refakatçılar, ziyaretçiler	Pay sahipleri
Devlet	Danışmanlar
Diğer sağlık kurumları	
Anlaşmalı kuruluşlar	
Eczaneler	
Dernekler	
Medya	
Sigorta şirketleri	
Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları	

Kaynak: (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 491)

2.6. Hasta (Müşteri) Memnuniyetinin Önemi

Leebov ve Scott, sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu nedenler, insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve klinik etkililiktir (Akt. Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 493).

2.6.1. İnsancıl Nedenler

Herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet alacak olan hastaların kaliteli ve en iyi hizmeti alma hakkı temel haklarının başında gelmektedir. Sağlık kuruluşundan faydalanmak isteyen hastaların alınan hizmetten en iyi sonucu elde edecek şekilde yararlanma hakları bulunmaktadır. Verilen hizmetlerin hem bilimsel hem de teknik anlamında yeterli olmasının yanında, hastaların kişilik ve düşüncelerine bununla birlikte değerlerine dolayısıyla mahremiyetlerine gerekli saygı gösterilerek hizmetlerin sunulması gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 493).

2.6.2. Ekonomik Nedenler

Sağlık kurumlarından hizmet alan ve hizmet alıcısı durumunda olan hastalar, diğer sektörlerdeki müşterilere göre sağlık kurumlarından aldıkları hizmetlerle ilgili olarak daha

dikkatli davranmaktadırlar. Tercihleri doğrultusunda hastalar ödedikleri ücretlerin karşılığını da beklemektedirler. Diğer taraftan sigorta hizmeti veren kurumlar müşterilerinin aldıkları hizmetlerden memnun kalmalarını beklemekle birlikte bu doğrultuda sağlık kurumlarına baskı yapmaktadırlar. Sağlanan memnuniyetler, sağlık kurumlarının müşterilerini ve kâr potansiyellerini kayda değer ölçüde arttırmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 493).

2.6.3. Pazarlama Nedenleri

Pazarlama, sağlık kurumlarının başarısı için büyük önem taşımakta ve sağlık hizmetleri yönetiminde de etkisi gittikçe artmaktadır. Ezici rekabet koşulları sağlık işletmelerini tehdit etmektedir. Sağlık kurumları yöneticileri, kaynaklarını verimli ve etkin bir şekilde kullanmak zorunda ve modern işletmecilik anlamında yönetim şekillerini ve yöntemlerini geliştirmek durumunda kalmaktadır. Sağlık kurumlarında yöneticileri pazarlama konusunda öğrenmeleri gereken temel faktörler arasında; aşırı uzmanlaşma ve teknolojik gelişmeler, artan maliyet baskıları, sağlık kuruluşlarının sayısındaki artışlar, fon sağlama olanaklarının zorlaşması, yeni yasal düzenlemelerle birlikte rekabetin yoğunlaşması, hasta doktor ilişkileri, tüketici tatminsizlikleri ve hastaların bilinçlenmesidir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 271).

2.6.4. Klinik Etkililik

Sağlık kurumlarında memnun edilen hastaların tedavileri boyunca olumlu davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Memnun olan hastalar, sağlık çalışanlarının önerilerine dikkat etmektedirler. Tedavi planına uymak, bu tedavideki etkinliği önemli oranda belirlemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 496).

2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Kalite, hizmet sektörünün önemli göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden bahsettiğimizde akla gelen ilk faktörlerden biri de hasta memnuniyetidir. Beklentilerin karşılanması açısından daha kaliteli bir hizmet sunumu ve hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda, verilen bu hizmetlerin hastaların

beklentilerini karşılama açısından ve bu beklentilerin de üstüne çıkması açısından hasta memnuniyeti oldukça önem taşımaktadır (Söylemez ve diğerleri, 2009: 111).

Memnuniyet, subjektif bir algıdır, bunun yanı sıra hasta memnuniyeti hem hastanelerde kaliteli hizmet verilmesine hem de hastanenin kendisini hizmet kapsamında değerlendirmesi açısından oldukça önemlidir. Hizmet sektöründe kalitenin göstergesi müşteri memnuniyeti olmakla birlikte sağlık sektöründe ise, hasta memnuniyettir. Bundan dolayı hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunucularının temelde en önemli hedefi olması gerekmektedir (Çelebi, 2015: 31).

Huang ve diğerleri'ne (2004: 10) göre hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin verimliliğini, kalitesini, etkililiğini ve bunlarla birlikte performansını değerlendirmede kullanılan önemli bir kavramdır. Günümüzde sağlık kuruluşları hastaların ihtiyaç ve beklentileri ile sağlık hizmetlerindeki memnuniyet sonuçlarına göre hareket etmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmetlerindeki anlayışın ön plana çıkmasıyla birlikte, hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır (Akt. Kırılmaz, 2013: 13).

Hastane hizmetleri acil, poliklinik, ve yatan hastalara yönelik hizmetler olarak incelediğinde, yaşanan sağlık probleminin çözümü için hastaların ilk başvurdukları birim, acil veya poliklinik hizmetleri olmaktadır. Başka bir ifadeyle, hastanın hastane ile ilgili ilk izlenimlerinin oluşmasına olumlu veya olumsuz katkıda bulunan yerler, acil veya poliklinik birimleridir. Bu birimlerde hastanın izlenimi olumlu ise tetkik, teşhis ve tedavinin sonucunda yataklı serviste tedavisine devam etmesi gerektiğinde ya da başka bir rahatsızlığı sebebiyle bu hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceği konusu, yaşanan tecrübelerin etkili olduğu birçok çalışma da ispat edilmiştir (Varinli ve Çakır, 2004: 34).

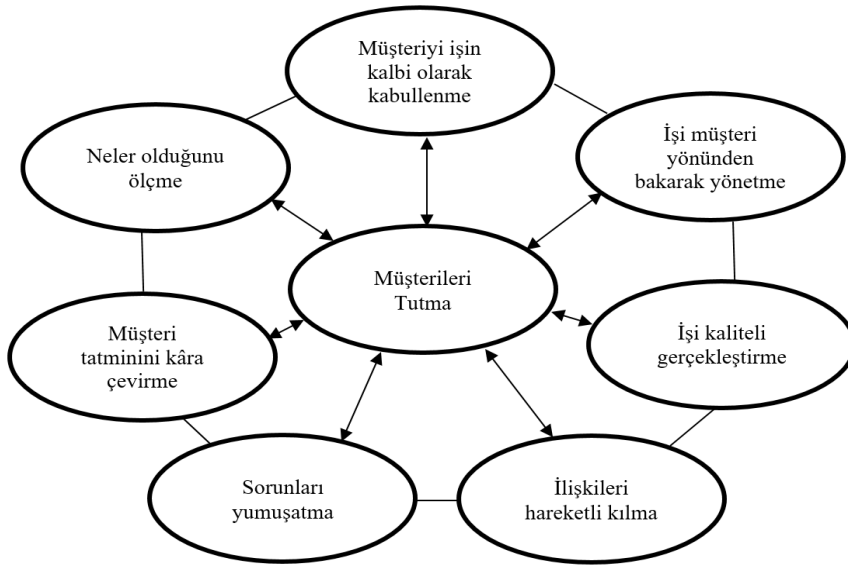
Genel olarak sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, "hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi" olarak tanımlanabilir. Tanımdan anlaşıldığı üzere hasta memnuniyetini iki faktör belirler. Hasta beklentileri birinci faktördür. Sağlık kurumlarında hastaların aradıkları yönetsel, bilimsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanmakta olan beklentiler, hastaların eğitim düzeyine, cinsiyetine, yaşına, sosyal kültürel özelliklerine, daha önceden hizmet aldığı sağlık kurumları ile ilgili geçmişte yaşadığı deneyimlerine göre farklılık göstermektedir. Hastaların aldıkları hizmete ilişkin algıladıkları ikinci faktördür. Kişilerin

aldıkları hizmetler ve bu hizmetlerdeki süreç ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri algılar yoluyla esas alınarak ölçülmektedir. Bu algılanan faktör, hastaların kişisel özelliklerine ve geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 292).

Sağlık kurumlarında hasta tatmini, sunulan hizmetlere ve hizmetlerdeki sunum süreçlerine göre farklılıklar göstermektedir. Örnek olarak, bir hastaneye yatırılan hasta kafeterya hizmetleriyle veya bürokratik işlemlerle ilgili olarak tatminsizlik duymaktayken, laboratuvar veya diğer tıbbi hizmetlerden memnun kalabilmektedir. Hasta memnuniyetini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumlarının öncelikle yapması gerektiği faaliyetler, memnuniyetsizliğin hangi hizmetten veya hizmet sürecinden kaynaklandığını araştırmaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 492).

Sağlık kurumlarındaki en önemli müşteri hastalardır. Hasta ihtiyaçlarını sağlık kurumuna ileterek müşteri olma fırsatını vermektedir. Hasta çalışmaların odak noktası olmakla birlikte bu hastalarla negatif ilişki içerisinde olmak hem hastaya hemde kuruma kazanç sağlamaz. Dolayısıyla hastalar bir kere hizmet aldıktan sonra terk edilecek kişiler olarak düşünülemez ve hasta ilişkilerinde süreklilik esastır (Odabaşı, 2013: 8).

Sağlık kurumlarının devamlılığını sağlayabilmeleri için hasta (müşteri) memnuniyeti oldukça önemlidir. Bu müşterileri tutmadaki faaliyetleri Odabaşı, aşağıdaki şekilde gruplandırmıştır.



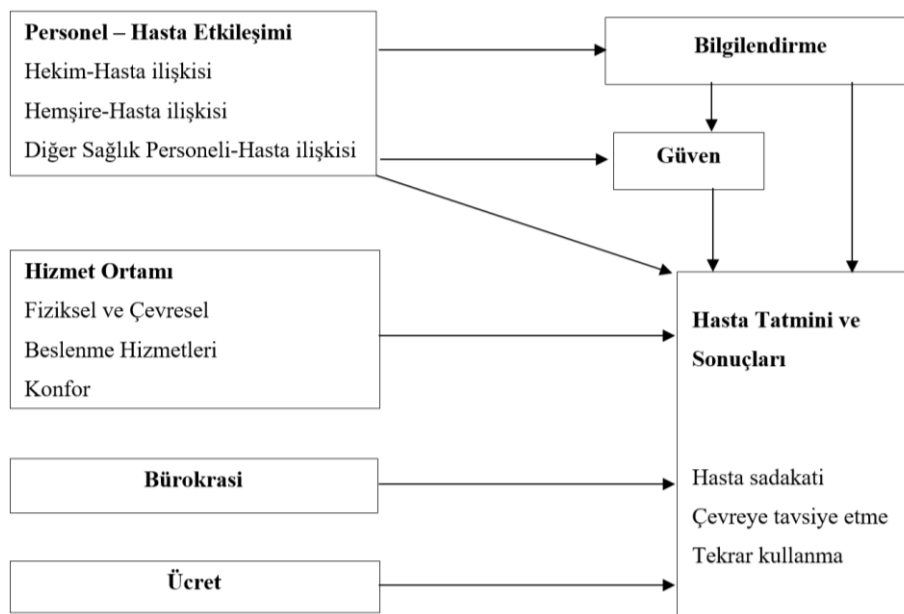
Şekil 2.2. Müşteri tutmadaki faktörler

Kaynak: (Odabaşı, 2013: 114)

2.8. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Bilimin ve teknolojinin gelişmesi, insanlara verilen önemin ve kültür seviyesinin artması ile birlikte yüksek standartlarda sağlık hizmetleri verilmesini zorunlu hale getirmiştir. Türkiye'nin sağlık koşullarında mücadele edebilmesi için; teknoloji, araştırma ve geliştirme, eğitim ve çevre gibi geleceğe yönelik olarak yatırımları gerçekleştirme zorunluluğu bulunmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden birisi de sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Bu durum sağlık hizmetlerine daha da fazla önem verilmesini, sağlık hizmetlerinde standardizasyon hedeflenerek kalitenin devamı amaçlanmıştır. Hastanelerin toplam kalite yönetimi ile kaliteli, dengeli, ulaşılabilir, hatasız ve hızlı hizmet vermeleri mümkün olabilmektedir. Bunun sonucunda, hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki artmaktadır (Tengilimoğlu, 2013: 33).

Hastaların memnun kalmalarını sağlamak için sağlık kurumu yöneticilerinin hasta memnuniyetini belirleyen faktörleri belirlemesi gerekmektedir. Böylelikle sağlık kurumları yöneticileri hasta memnuniyetini arttırmak için nelerin yapılması gerektiğini kararlaştırabilirler. Çok boyutlu bir kavram olan hasta memnuniyetini hangi faktörlerin etkilediği konusunda görüş birliğinin olmadığı gözlenmiştir. Yapılan araştırmalara göre, aşağıda şekilde görülen faktörlerin hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilediğini ortaya çıkarmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2012: 496).



Şekil 2.3. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler

Kaynak: (Kavuncubaşı, 2000: 298)

2.8.1. Personel - Hasta Etkileşimi

İşletmelerdeki başarı büyük bir ölçüde personel davranışlarına bağlı olmaktadır. İşletmelerin ürettikleri, sattıkları ürünler veya sundukları hizmetlerin pazar potansiyelleri yüksek olabilir, ancak bu potansiyeli kullanan yetenekli ve becerikli personel bulunmuyorsa müşteriler memnun kalmaz ve dolayısıyla işletme başarısız olabilir (Can, 2001: 358). Sağlık kurumlarında kullanılan cihazlar ve bu cihazlar teknolojik bakımından gelişmiş olsa bile, bu sağlık kurumunun insan kaynağı yeterli özellikte değilse, hizmet kalitesi de düşecektir. Sunulan hizmetlerin her aşamasında sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınları ile direkt olarak ilişki kurdukları için hasta ve hasta yakınlarının, memnuniyetleri ve sunulan hizmetlerden sağlık kuruluşuna bakış açıları çok önemli ve etkili olacaktır (Büber ve Başer, 2012).

2.8.2. Hekim - Hasta Etkileşimi

Hastaların sunulan hizmetlerdeki kalitenin değerlendirilmesinde öncelikleri, hekimlerin tıbbi bilgisinden daha fazla hastaya kişiye karşı ilgi ve nezaketi, yeterli zaman ayırması ve onları dinlemesi vb. davranışlardır. Hekimlerin davranışları hastalardaki memnuniyet seviyesini etkilemekle birlikte sunulmakta olan hizmetin etkinliğini bir okadar attırmaktadır. Hasta ile hekim arasındaki iletişimin iyi olduğu durumlarda hastaların hekim önerilerine uydukları ve yapılan müdahalelere olumlu yönde yaklaştıkları saptanmıştır (Kısa ve Tokgöz, 2007). Hastane hizmetlerinin merkezinde bulunan hekimlerin hastayla olan etkileşimi hastayı önemli ölçüde etkilemektedir. 01 Ocak 2015 tarihinde, Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan e-nabız kişisel sağlık sitemi uygulamasıyla birlikte, hastalar istedikleri bilgilerini sistem üzerinden hekimleriyle paylaşabilmektedirler. Bu durum hekim hasta etkileşimini olumlu yönde etkileyebilir.

2.8.3. Hemşire - Hasta Etkileşimi

Özellikle yataklı tedavi hizmeti veren kurumlarda hemşireler hastaları ile tüm gün ilgilenen, her daim yanlarında bulunan ve hastaların mahremiyetine özen gösteren sağlık personelidir. Hemşirelerin hastaları ile kurdukları iletişim sunulan hizmetin ve bakımın kalitesini de etkilemektedir. Bundan dolayı hemşirelerin insan ilişkileri ve hasta tutumları konusunda kendi davranış, tutum ve tepkilerinin farkında olmaları gerekmektedir (Ekinci, 2015).

Hemen hemen günün 24 saati hastalarına hizmet vermek olan hastalarla en çok vakit geçiren mesleklerden biri de hemşirelik mesleğidir. Hemşireleri doktorlardan daha yakın gören hastalar doktorlara söylemekte çekindikleri problemleri hemşirelere daha rahat söyleyebilmektedirler. Bundan dolayı hemşirelerle hastalar arasında iyi bir ilişim oluşmakta ve bunun sonucunda tedavi sürecini etkileyebilmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin verdikleri hizmetlerde oluşabilecek memnuniyetin hastanedeki tüm hizmetlerdeki memnuniyeti etkileyebilmesi olasıdır (Akbaş, 2014: 51).

2.8.4. Bilgilendirme

Bilgilendirme, temel hasta haklarından birtanesidir. Ülkemizde uygulanmakta olan hastaların bilgilendirme haklarıyla alakalı düzenlemeler, hasta hakları yönetmeliğinin 15-20 maddelerinde düzenlenmiştir. Bu yönetmelikte, kendilerine uygulanacak tıbbi işlemleri, sağlık durumlarını, alternatif tıbbi girişim yöntemlerini, hastanın tedaviyi kabul etmemesi durumunda doğacak muhtemel sonuçlar ve hastalığın seyrinde yazılı veya sözlü olarak bilgi isteme haklarına sahiptirler. Hastanın sağlığı ile ilgili gereken bilgiyi hasta bizzat kendisi isteyebilir ya da bir başkasına bu konuda bilgi alması için yetkilendirebilir. Hastanenin gerek gördüğü durumlarda hastadan yetki belgesi istenebilir. Hasta tedavi olduğu doktordan hariç bir başka doktordan da durumuyla ilgili bilgi alabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 498, 499).

2.8.5. Beslenme Hizmetleri

Hastanede verilen hizmetler içerisinde hastaların memnuniyetlerini etkileyen önemli konulardan bir tanesinde beslenme hizmetleridir. Yapılan çeşitli araştırmalarda hastaneden taburcu olan hastaların hastanede kaldıkları zaman aralığında hatırladıkları hizmetlerin başlıcalarından birisininde beslenme hizmetleri olduğu belirlenmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 499). Beslenme hizmetlerinin herhangi bir otel, tesis vb. tercihlerinde ne kadar etkili olduğu göz önünde bulundurulursa hastaneler içinde ne kadar önemli olduğu açıktır.

2.8.6. Fiziksel ve Çevresel Koşullar

Hastanenin çevresel veya fiziksel özellikleri hasta memnuniyetini önemli bir şekilde etkilemektedir. Çevresel ve fiziksel koşullar; ısı, temizlik, gürültü, havalandırma, otopark, kolay yer bulma, bekleme salonları, dış görünüm vb. özellikleri içermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 499).

Hastaların üzerinde durdukları ve önemsedikleri bir diğer memnuniyet boyutlarından birisi de hastane fiziksel ve çevre koşullarıdır. Sağlık kurumunun ve hasta odalarının fiziksel şartları oldukça önemlidir. Sağlık kurumunun oda koşullarındaki yetersizliği ve hastanenin bakımsız olması bu durum karşısında hastaların memnuniyetsizlik yaşamalarına, dolayısıyla sağlık kurumunu tekrar tercih etmemelerine sebep olmaktadır (Esatoğlu, 1997).

2.8.7. Bürokrasi

Hastaların sağlık kuruluşuna başvuru esnasında ve aldığı hizmetler karşılığında karşılaştığı formalitelerin sayısı ve bu formalitelerde geçen süreler hastaların memnuniyetini etkilemektedir. Hasta doğal olarak gereksinim duyduğu hizmeti en kısa zamanda almak istemektedir. Sağlık kurumlarında ne kadar formalite artarsa o kadar hastaların zaman kaybı da artmaktadır. Dolayısıyla bu durum da memnuniyeti önemli ölçüde etkilemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 500).

2.8.8. Güven

Hastalar, sağlık kuruluşundan aldıkları hizmetin yeterli seviyede olmasını isterler. Hastaların yeterli seviyede bilgilendirilmesi, emniyette olduklarının hissettirilmesi, tedavi sürecinde kararlara müdahil olmalarının sağlanması, hastalarda güven duygusunu üst seviyelere çıkarmaktadır. Bunun yanında hasta haklarından biride hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır. Bu mahremiyet hasta hakları yönetmeliğinde; hastanın muayenesinin ve sağlık durumunun gizlilik içerisinde yürütülmesi, tıbben sakıncası yoksa yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesi, tedavi ile alakalı olmayan kişilerin hasta yanında bulunmaması, hastanın şahsi hayatına mümkün olduğunca karışılmaması ve harcama kaynağının gizli tutulmasını kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 500).

2.8.9. Ücret

Hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden bir tanesi de verilen hizmetlerin ücretidir. Hasta en düşük ücretle en iyi hizmeti almak ister. Ücret özellikle sağlık güvencesi olmayan veya herhangi bir sağlık sigortası olmayan hastalarda önemli bir sorun teşkil etmektedir. Sağlık kuruluşlarının yüksek faturaları hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 501). Geliri düşük hastalar için ücret çok önemlidir. Fiyatlardan dolayı devlet hastanelerinin tercih edilmesi olasıdır. Ancak, ücretlerin düşük olmasından da o sağlık kurumundan alınan hizmetin kalitesiz olduğu anlamı çıkarılamaz.





3. BÖLÜM

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİNDE POLİKLİNİK HASTALARINA UYGULANAN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırma İle İlgili Genel Bilgiler

3.1.1. Araştırma Yapılan Sağlık Kuruluşu Hakkında Bilgiler

Ticari alanlar hariç Yozgat Şehir Hastanesi toplam 128.118,5 m² alana sahip olup 141.235 m²'si ana hastane alanı, 4.370 m²'si teknik ve ticari alanlar ve 41.148 m²'si ise otopark alanıdır. Toplam 475 yatak kapasitesine sahip olan Yozgat Şehir Hastanesi, bünyesinde bulundurduğu uzman, asistan ve pratisyen hekim ve ayrıca yardımcı personeli ile Yozgat ilinin yanı sıra çevre yerleşim bölgelerinin de sağlık hizmeti ihtiyacının bir kısmını karşılamaktadır. Bu hastane, kamu özel sektör ortaklığı (PPP-KÖSO) finansman modeli çerçevesinde inşa edilmiştir. Bu projenin işletme süresi 25 yıldır.

2017 yılının Nisan ayında Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün kamu özel sektör ortaklığı projesi kapsamında yapılan Yozgat Şehir Hastanesi, 127 poliklinik, 17 ameliyathane, 34 yoğun bakım yatak sayısı ve 27 yenidoğan bakım ünitesinden oluşmaktadır. Bünyesinde genel hastane birimine ek olarak, radyoloji, akut, anjiyo ünitesi, nükleer tıp ünitesi, kemoterapi ünitesi ve fizyoterapi merkezi de bulunduran hastane, sağlık hizmetlerine devam etmektedir.



Resim 3.1. Yozgat Şehir Hastanesi genel görünüm

Aşağıda KÖSO modeli ile yapılan Yozgat Şehir Hastanesi projesinde özel sektörün sunmakla yükümlü olduğu hizmetler çizelge halinde verilmektedir.

Çizelge 3.1. Özel sektörün sunmakla yükümlü olduğu hizmetler

Tıbbi Destek Hizmetleri	Destek Hizmetleri
Laboratuvar Hizmetleri	Bina ve Arazi Hizmetleri
Görüntüleme Hizmetleri	Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmeti (Kullanım süresi değişimi)
Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri	Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmeti
Rehabilitasyon Hizmetleri	Mefruşat Hizmeti
Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmeti	Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri
	Temizlik Hizmetleri
	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmeti
	Güvenlik Hizmetleri
	Hasta Yönlendirme ve Refakat
	Resepsiyon Hizmetleri
	Yardım Masası / Taşıma Hizmetleri
	İlaçlama Hizmetleri
	Otopark Hizmetleri
	Atık Yönetim Hizmetleri
	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
	Yemek Hizmetleri

Hizmetler ödeme yöntemleri ve fiyatlandırma bakımından ikiye ayrılmaktadır. Bunlar, miktara bağlı olmayan hizmetler ve miktara bağlı hizmetlerdir.

Miktara Bağlı Olmayan Hizmetler: Hastane doluluk oranı, ihtiyaç, tüketim ve/veya kullanıma bağlı olarak ihtiyaç hacminin değişmeyeceği hizmetler'dir. Bunlar aşağıda çizelge halinde gösterilmektedir.

Çizelge 3.2. Miktara bağlı olmayan hizmetler

Miktara Bağlı Olmayan Hizmetler
Bina ve Arazi Hizmetleri
Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmeti (Kullanım süresi değişimi)
Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmeti
Mefruşat Hizmeti
Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri
İlaçlama Hizmetleri
Otopark Hizmetleri
Temizlik Hizmetleri
Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Uygulama ve İşletme Hizmeti
Güvenlik Hizmetleri
Hasta Yönlendirme ve Refakat/Resepsiyon/ Yardım Masası/Taşıma Hizmetleri
Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmeti

Miktara Bağlı Hizmetler: Hastane doluluk oranı, ihtiyaç, tüketim ve/veya kullanım oranına bağlı olarak ihtiyaç hacminin değişiklik göstereceği hizmetler'dir. Miktara bağlı hizmetler, miktara bağlı tıbbi destek hizmetleri ve miktara bağlı destek hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlar aşağıda çizelgeler halinde gösterilmektedir.

Çizelge 3.3. Miktara bağlı tıbbi destek hizmetleri puan

Miktara Bağlı Hizmetler	Garanti Edilen Yıllık İşlem Puanları	Gerçekleşen Aylık İşlem Puanı
Laboratuvar Hizmetleri		
Görüntüleme Hizmetleri		
Rehabilitasyon Hizmetleri		

Çizelge 3.4. Miktara bağlı tıbbi destek hizmetleri miktar

Miktara Bağlı Hizmetler	Garanti Edilen Aylık Miktar	Gerçekleşen Aylık Miktar
Görüntüleme Hizmeti Kapsamında yer alan Tam ve/veya Yarı Otomatik Sistem Merkezi Kemoterapi İlaç Hazırlama		
Tam ve/veya Yarı Otomatik Sistem Merkezi TPN Hazırlama		
Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri		

Çizelge 3.5. Miktara bağlı destek hizmetleri

Miktara Bağlı Hizmetler	Garanti Edilen Aylık Miktar	Gerçekleşen Aylık Miktar
Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri		
Yemek Hizmetleri		
Atık Yönetim Hizmetleri		

3.1.2. Araştırmanın Problemi

Ülkemizde son yıllarda kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan şehir hastanelerinin sayısı giderek artmaktadır. Sağlık kurumlarında giderek artan rekabet ortamının yaşandığı bu sektörde şehir hastanelerinin devamlılığını sağlamak için hasta memnuniyeti çok önemli bir kriterdir. Bu araştırmanın problemi Şehir Hastanesi'nde hasta memnuniyetini ve bu memnuniyeti etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

3.1.3. Araştırmanın Amacı

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sektöründe meydana gelen reformlardan biri de Şehir Hastaneleri projesidir. Bu bağlamda, bu çalışmada Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan, Yozgat Şehir Hastanesi’nden hizmet alan hastaların hasta memnuniyetini algılama düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından ele alınarak incelenmesi amaçlanmıştır.

3.1.4. Araştırmanın Önemi

Sağlık, sosyal hayatın varlığını sürdürebilmesi adına olmazsa olmazdır ve oldukça küreseldir. Sağlık, “*bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri itibariyle, bir bütün olarak, iyi olmaları durumu*” (DSÖ, 1946: 1) şeklinde ifade edilmektedir. Bunun yanında sağlık toplumların en önemli yapı taşlarından bir tanesidir. Hastalar sağlık kurumundan kaliteli bir hizmet almayı ve memnun olarak sağlık kurumundan ayrılmak istemektedirler. Bu yüzden bu hizmetlerin en iyi şartlarda ve en hızlı şekilde verilmesi gerekir. Son zamanlarda şehir hastanelerinin de sağlık sektöründe yoğunlaşmasıyla birlikte bu sektördeki rekabet de artmaktadır. Hastanın istediği hastaneyi ve doktoru seçme özgürlüğünün olduğu bu sektörde rekabet kaçınılmazdır. Bundan dolayı sağlık kurumları için hasta memnuniyeti oldukça önemlidir. Türkiye’de kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan ve faaliyete geçen ilk şehir hastanelerinden biri olması bakımından bu çalışma önem taşımaktadır.

3.1.5. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırma Yozgat il merkezinde hizmet sunan kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan Yozgat Şehir Hastanesi’nden hizmet alan hastaları kapsamaktadır. Araştırma Yozgat Şehir Hastanesi’nden sadece poliklinik hizmeti alan hastalar üzerinde yapılmıştır. Bundan dolayı verilen cevaplar Şehir Hastanesi’nden poliklinik hizmeti alan hastalarla sınırlı olduğu için genelleme yapılmasında bu sınırlamalar dikkate alınmalıdır.

3.1.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmanın örneklemi kolayda örneklem yoluyla, evrenini Yozgat il merkezinde faaliyet gösteren kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan Yozgat Şehir Hastanesi’nden 2019 yılı 17 Ocak – 17 Şubat tarihleri arasında

poliklinik hizmeti almış olan hastalar oluşturmaktadır. Anketler tesadüfi olarak seçilen 510 kişiye ulaşılarak yapılmış olup, bunlardan geçersiz olan 10 anket çıkartılmış ve 500 kişi üzerinden analizler yapılmıştır.

3.1.7. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmanın modeli, tarama modellerinden genel tarama modelidir. Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir.

H1: Poliklinik memnuniyeti, hastanın cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

H2: Poliklinik memnuniyeti, hastanın yaşına göre farklılık göstermektedir.

H3: Poliklinik memnuniyeti, hastanın eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H4: Poliklinik memnuniyeti, hastanın medeni durumuna göre farklılık göstermektedir.

H5: Poliklinik memnuniyeti, hastanın gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H6: Poliklinik memnuniyeti, hastanın mesleğine göre farklılık göstermektedir.

H7: Poliklinik memnuniyeti, hastanın sosyal güvencesine göre farklılık göstermektedir.

H8: Poliklinik memnuniyeti, hastanın hastaneyi tekrar tercih etme durumuna göre farklılık göstermektedir.

3.1.8. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket içerisinde yer alan sorular kolay, anlaşılır ve herkesin cevaplayabileceği basitlikte hazırlanmıştır. Anketin ilk 9 sorusu demografik özelliklerden (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, meslek vb.) oluşmaktadır. Sonraki 19 soru Poliklinik Memnuniyetine ilişkin beşli likert (1) “Kesinlikle Katılmıyorum” (2) “Katılmıyorum” (3) “Kararsızım” (4) “Katılıyorum” (5) “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde sorulardan oluşmaktadır.

3.1.9. Analiz Yöntemi

Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi (AFA), güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Hipotezlerin test edilmesi için ölçek puanının normal dağılıma uygunluğu incelenmiştir. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Bu nedenle faktör analizi sonucu elde edilmiş olan poliklinik memnuniyeti ölçeği ve alt boyut puanlarının basıklık ve çarpıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır. Poliklinik memnuniyeti ölçeği ve alt boyut puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu t ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir.

3.1.10. Açımlayıcı Faktör Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliğini tespit etmek için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla KMO ve Bartlett testi yapılmıştır. KMO katsayısı örneklemin büyüklüğünü test etmek için hesaplanırken normal dağılım koşulu Bartlett testiyle incelenmektedir. Bu kapsamda KMO testi ölçüm sonucunun .50 ve daha üstü, Bartlett küresellik testi sonucunun da istatistiksel olarak anlamlı olması gerekmektedir (Jeong, 2004: 70). Faktör analizi işleminde ölçek maddelerinin faktörlere atanması ya da ölçekten çıkarılması işlemlerinde faktör yükü değerlerine bakılmıştır.

3.1.11. Güvenirlik Analizi

Cronbach's alfa katsayısı ölçeğin güvenilirlik düzeyini vermektedir. Katsayı 0 ile 1 arasında değişmektedir. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanmaktadır (Nunnally, 1967: 248).

- $.00 \leq \alpha < .40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $.40 \leq \alpha < .60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $.60 \leq \alpha < .80$ ise ölçek oldukça güvenilir,
- $.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

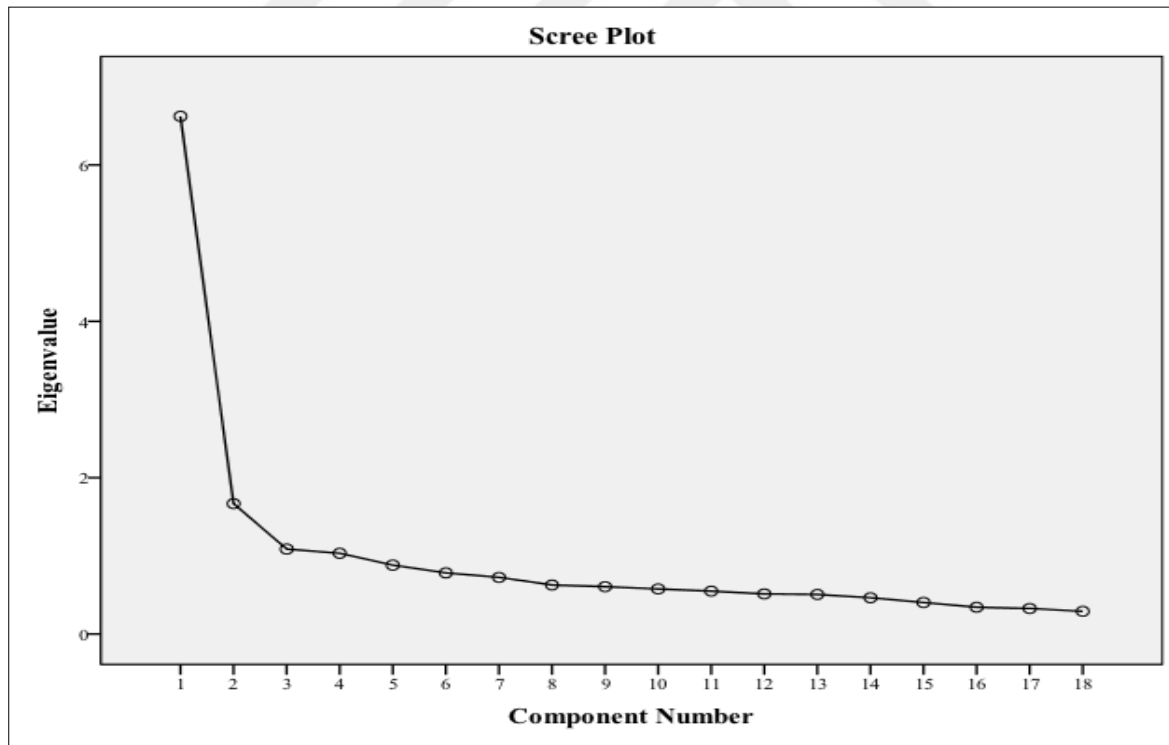
3.1.12. Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

Çizelge 3.6. Poliklinik memnuniyeti ölçeği KMO ve Bartlett sonuçları

KMO		0,918
Bartlett Testi	X^2	3322,644
	sd	153
	p	0,000

Ölçek için yapılan faktör analizinde KMO değeri 0,918 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı faktör analizi için uygundur ($KMO > 0,500$). Bartlett testi kapsamında X^2 değeri 3322,644 ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre normal dağılım koşulu sağlanmıştır. KMO ve Bartlett testi sonucuna göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ölçeğin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla özdeğerlerin saçılımını gösteren Scree Plot şekli incelenmiştir.



Şekil 3.1. Ölçeğin faktör yapısı

Grafik incelendiğinde ölçeğin 2 faktörlü yapı gösterdiği belirlenmiştir. 2 faktörlü yapıda soruların faktörlere dağılımının belirlenmesi için faktör sayısı 2 olarak varimax döndürme işlemi ile analiz işlemi yapılmış ve soruların dağılımı ve faktör yükleri çizelgede verilmiştir.

Çizelge 3.7. Poliklinik memnuniyeti ölçeği faktör analizi sonuçları

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans Oranı	Cronbach's Alpha
Personel Memnuniyeti	Poliklinik çalışanları hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yaparlar	0,756	26,005	0,859
	Poliklinik çalışanları hastalarla birebir ilgilenirler	0,727		
	Poliklinik çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissederler	0,698		
	Poliklinik çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler	0,670		
	Poliklinik çalışanlarının tüm hastalar için uygun çalışma saatleri vardır	0,663		
	Poliklinik de hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar vardır	0,637		
	Poliklinik ortamı güvenlidir	0,555		
	Poliklinik çalışanları hastalara ilişkin kayıtları doğru tutarlar	0,537		
	Belirlenen süre içerisinde muayene oldum	0,526		
	Poliklinik çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi vb.) özen gösterir	0,510		
	Polikliniklerden randevu almak kolaydır	0,482		
	Hastaneye ulaşım kolaydır	0,309		
	Fiziksel Alan Memnuniyeti	Polikliniklerin fiziksel imkânları görsel açıdan çekicidir		
Poliklinikler temiz ve ferahdır		0,786		
Poliklinikler modern araç-gereç ve donanıma sahiptirler		0,752		
Tedavi için gerekli makine ve teçhizat yeterlidir		0,598		
Muayene olunan poliklinikler rahattır (ısı, ışık, vs.)		0,592		
Polikliniklerin bekleme ve dinlenme yerleri iyi ve rahattır		0,465		
Poliklinik Memnuniyeti			46,057	0,890

Yapılan faktör analizi sonucuna göre ölçekten binişiklik nedeniyle 5.madde çıkarılmış olup Poliklinik Memnuniyeti ölçeğinin 18 madde ve 2 boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Ölçeğin toplam varyansı açıklama oranı %46,057; güvenilirlik katsayısı 0,890'dır. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

Ölçeğin 1. Boyutu olan Personel Memnuniyeti, faktör yükleri 0,309 ile 0,756 arasında değişen 12 maddeden oluşmaktadır. Boyutun toplam varyansı açıklama oranı %26,005; güvenilirlik katsayısı 0,859'dur. Buna göre boyutun güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

Ölçeğin 2. Boyutu olan Fiziksel Alan Memnuniyeti, faktör yükleri 0,465 ile 0,822 arasında değişen 6 maddeden oluşmaktadır. Boyutun toplam varyansı açıklama oranı %20,052; güvenirlik katsayısı 0,804'tür. Buna göre boyutun güvenirlik düzeyi çok yüksektir.

3.2. Araştırma Bulguları ve Bulguların Analizi

Çizelge 3.8. Kişisel bilgiler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	233	46,6
	Kadın	267	53,4
Yaş	25 yaş ve altı	187	37,4
	26-35 yaş	90	18,0
	36-45 yaş	102	20,4
	46-55 yaş	80	16,0
	56 yaş ve üstü	41	8,2
Eğitim durumu	Okuryazar değil	20	4,0
	İlköğretim	147	29,4
	Lise	149	29,8
	Ön lisans	54	10,8
	Lisans	123	24,6
	Lisansüstü	7	1,4
Medeni durum	Evli	289	57,9
	Bekâr	211	42,2
Gelir durumu	2020 TL ve altı	282	56,4
	2020-2999 TL	88	17,6
	3000-4999 TL	93	18,6
	5000 TL ve üstü	37	7,4
Meslek	Öğrenci	131	26,2
	İşçi	65	13,0
	Memur	86	17,2
	Emekli	23	4,6
	Serbest Meslek	50	10,0
	Ev hanımı	124	24,8
	İşsiz	21	4,2
Sosyal güvence	SGK	381	76,2
	Yeşil Kart	23	4,6
	Özel Sigorta	4	0,8
	Sigorta Yok	21	4,2
	Diğer	71	14,2
Hizmet alınan bölüm	Dahiliye	98	19,6
	KBB	46	9,2
	Göz	45	9,0
	Ortopedi	43	8,6
	Dermatoloji	37	7,4
	Endokrin	35	7,0
	Kardiyoloji	29	5,8
	Nöroloji	25	5,0
	Diğer	142	28,4
Hastaneyi tekrar tercih eder misiniz	Evet	443	88,6
	Hayır	57	11,4

Katılımcıların %46,6'sı erkeklerden %53,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Yaş dağılımına baktığımızda %37,4'ünün 25 yaş ve altında, %18'inin 26-35 yaş aralığında, %20,4'ünün 36-45 yaş aralığında, %16'sının 46-55 yaş aralığında ve %8,2'sinin 56 yaş ve üstünde olduğu görülmektedir. Buna göre çoğunluğu 25 yaş ve altındakiler oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, okuryazar olmayanların %4, ilköğretim mezunu olanların %29,4, lise mezunu olanların %29,8, ön lisans mezunlarının %10,8, lisans mezunlarının %24,6 ve lisansüstü mezuniyeti olanların ise %1,4 olduğu görülmüştür. Buna göre çoğunluğu lise mezunları oluşturmaktadır. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında %57,9'unun evli ve %42,2'sinin bekâr olduğu tespit edilmiştir. Buna göre evlilerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Hastaların gelir durumlarına bakıldığında, %56,4'ünün 2.020 TL ve altında, %17,6'sının 2.020-2.999 TL arasında, %18,6'sının 3.000-4.999 TL aralığında ve %7,4'ünün ise 5.000 TL ve üzerinde gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Buradan 2.020 TL ve altında geliri olanların çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca ankete katılan hastaların mesleklerine bakıldığında, %26,2'sinin öğrenci, %13'ünün işçi, %17,2'sinin memur, %4,6'sının emekli, %10'unun serbest meslek, %24,8'inin ev hanımı ve geriye kalan %4,2'sinin ise işsiz olduğu görülmüştür. Buna göre çoğunluğu öğrenciler oluşturmaktadır. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde, %76,2'sinin SGK'lı, %4,6'sının yeşil kartlı, %0,8'inin özel sigortalı, %4,2'sinin hiçbir sigortasının olmadığı ve %14,2'sinin ise diğer sosyal güvencelerinin olduğu görülmüştür. Burada SGK'lılar büyük bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Hastaların hizmet aldıkları bölüm incelendiğinde, %19,6'sının dahiliye, %9,2'sinin kulak burun boğaz, %9'unun göz, %8,6'sının ortopedi, %7,4'ünün dermatoloji, %7'sinin endokrin, %5,8'inin kardiyoloji, %5'inin nöroloji ve geriye kalan %28,4 ünün ise diğer polikliniklerden hizmet aldıkları görülmüştür. Poliklinik hizmeti alan hastaların hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceklerine bakıldığında ise, %88,6'sının hastaneyi tekrar tercih edeceği ve %11,4'ünün ise hastaneyi tekrar tercih etmeyeceği sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre hastaneyi tekrar tercih edeceklerin büyük bir çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.9. Memnuniyet ifadelerine katılım düzeyi

İfadeler	X	ss
Poliklinikler modern araç-gereç ve donanıma sahiptirler	3,85	1,032
Polikliniklerin fiziksel imkânları görsel açıdan çekicidir	4,00	1,017
Poliklinikler temiz ve ferahdır	4,14	,994
Polikliniklerin bekleme ve dinlenme yerleri iyi ve rahattır	3,56	1,284
Polikliniklerde verilen hizmet iyidir	3,70	1,090
Tedavi için gerekli makine ve teçhizat yeterlidir	3,78	1,010
Hastaneye ulaşım kolaydır	3,41	1,243
Muayene olunan poliklinikler rahattır (ısı, ışık, vs.)	4,01	,936
Polikliniklerden randevu almak kolaydır	3,55	1,288
Belirlenen süre içerisinde muayene oldum	3,34	1,237
Poliklinik çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi vb.) özen gösterir	3,85	1,057
Poliklinik çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler	3,51	1,110
Poliklinik çalışanları hastalara ilişkin kayıtları doğru tutarlar	3,86	,893
Poliklinik çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissedebilirler	3,83	,978
Poliklinik ortamı güvenlidir	4,00	,905
Poliklinik çalışanları hastalarla birebir ilgilenirler	3,77	1,032
Poliklinik çalışanlarının tüm hastalar için uygun çalışma saatleri vardır	3,60	1,055
Poliklinik de hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar vardır	3,21	1,344
Poliklinik çalışanları hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yaparlar	3,60	1,176

Katılımcıların bütün ifadelerinin 3'ün üzerinde bir ortalama olduğu görülmüştür. Bu ortalama Yozgat Şehir Hastanesi'nden memnun olduğunu göstermektedir. Katılımcıların "Poliklinikler temiz ve ferahdır." 4,14 – "Muayene olunan poliklinikler rahattır. (ısı, ışık, vs.)" 4,01 – "Polikliniklerin fiziksel imkânları görsel açıdan çekicidir." 4,00 – "Poliklinik ortamı güvenlidir." 4,00 ifadelerine katılım düzeyi en yüksek seviyede görülmekte iken, "Poliklinik de hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar vardır." 3,21 – "Belirlenen süre içerisinde muayene oldum." 3,34 – "Hastaneye ulaşım kolaydır." 3,41 – "Poliklinik çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler." 3,51 ifadelerine katılım ise en düşük seviyede görülmektedir. Buradan polikliniklerin temizliği, rahatlığı, güvenliği ve fiziksel imkanlarının memnuniyet düzeylerini arttırdığı görülmüş olup, hastalara verilen hizmetlerin zamanında, özel ilgi gösterilerek yerine getirilmesi ve hastaneye ulaşımın memnuniyet düzeylerini düşürdüğü söylenebilir.

Çizelge 3.10. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarına ait betimsel istatistikler

	n	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Personel Memnuniyeti	500	3,63	0,70	-0,485	0,418
Fiziksel Alan Memnuniyeti	500	3,89	0,75	-1,045	1,639
Poliklinik Memnuniyeti	500	3,72	0,65	-0,623	1,098

Katılımcıların Personel Memnuniyeti puanları ortalaması $3,63\pm 0,70$; Fiziksel Alan Memnuniyeti puanları ortalaması $3,89\pm 0,75$; Poliklinik Memnuniyeti puanları ortalaması $3,72\pm 0,65$ 'tir. Puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

Çizelge 3.11. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından incelenmesi (t testi)

Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	p
Personel Memnuniyeti	Erkek	233	3,62	0,74	-0,255	0,799
	Kadın	267	3,64	0,67		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	Erkek	233	3,88	0,80	-0,300	0,764
	Kadın	267	3,90	0,70		
Poliklinik Memnuniyeti	Erkek	233	3,71	0,69	-0,300	0,765
	Kadın	267	3,72	0,61		

Erkek ile kadınlar arasında Poliklinik Memnuniyeti ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.12. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının yaş açısından incelenmesi (ANOVA)

Yaş		n	Ortalama	ss	F	p
Personel Memnuniyeti	25 yaş ve altı	187	3,66	0,76	1,517	0,196
	26-35 yaş	90	3,48	0,73		
	36-45 yaş	102	3,64	0,65		
	46-55 yaş	80	3,63	0,57		
	56 yaş ve üstü	41	3,76	0,61		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	25 yaş ve altı	187	3,90	0,86	3,211	0,013*
	26-35 yaş	90	3,72	0,74		
	36-45 yaş	102	3,84	0,66		
	46-55 yaş	80	4,00	0,58		
	56 yaş ve üstü	41	4,16	0,54		
Poliklinik Memnuniyeti	25 yaş ve altı	187	3,74	0,73	2,296	0,058
	26-35 yaş	90	3,56	0,66		
	36-45 yaş	102	3,70	0,59		
	46-55 yaş	80	3,76	0,50		
	56 yaş ve üstü	41	3,89	0,49		

* $p<0,05$

Farklı yaş grupları arasında Fiziksel Alan Memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 25 yaş ve altı olanların puan ortalaması 3,90; 26-35 yaş arası olanların ortalaması 3,72; 36-45 yaş arası olanların ortalaması 3,84; 46-55 yaş arası olanların ortalaması 4,00; 56 yaş ve üstü olanların ortalaması 4,16'dır. Buna göre 56 yaş ve üstü olanlarda Fiziksel Alan Memnuniyeti en fazla iken 26-35 yaş arası olanlarda en azdır.

Çizelge 3.13. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının eğitim durumu açısından incelenmesi (ANOVA)

Eğitim Durumu		n	Ortalama	ss	F	p
Personel Memnuniyeti	Okuryazar değil	20	3,82	0,57	1,815	0,125
	İlköğretim	147	3,71	0,58		
	Lise	149	3,55	0,78		
	Ön lisans	54	3,51	0,76		
	Lisans/Lisansüstü	130	3,64	0,71		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	Okuryazar değil	20	4,18	0,63	3,939	0,004*
	İlköğretim	147	3,99	0,57		
	Lise	149	3,75	0,91		
	Ön lisans	54	3,73	0,72		
	Lisans/Lisansüstü	130	3,97	0,71		
Poliklinik Memnuniyeti	Okuryazar değil	20	3,94	0,47	2,970	0,019*
	İlköğretim	147	3,81	0,49		
	Lise	149	3,61	0,75		
	Ön lisans	54	3,58	0,71		
	Lisans/Lisansüstü	130	3,75	0,66		

*p<0,05

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Fiziksel Alan Memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların puan ortalaması 4,18; ilköğretim mezunu olanların ortalaması 3,99; lise mezunu olanların ortalaması 3,75; ön lisans mezunu olanların ortalaması 3,73; lisans/lisansüstü mezunu olanların ortalaması 3,97'dir. Buna göre okuryazar olmayanlarda Fiziksel Alan Memnuniyeti en fazla iken ön lisans mezunu olanlarda en azdır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Poliklinik Memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların puan ortalaması 3,94; ilköğretim mezunu olanların ortalaması 3,81; lise mezunu olanların ortalaması 3,61; ön lisans mezunu olanların ortalaması 3,58; lisans/lisansüstü mezunu olanların ortalaması 3,75'tir. Buna göre okuryazar olmayanlarda Poliklinik Memnuniyeti en fazla iken ön lisans mezunu olanlarda en azdır.

Çizelge 3.14. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının medeni durum açısından incelenmesi (t testi)

Medeni durum		n	Ortalama	ss	t	p
Personel Memnuniyeti	Evli	289	3,64	0,66	0,298	0,766
	Bekâr	211	3,62	0,75		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	Evli	289	3,91	0,66	0,684	0,494
	Bekâr	211	3,87	0,85		
Poliklinik Memnuniyeti	Evli	289	3,73	0,59	0,472	0,637
	Bekâr	211	3,70	0,72		

Evli ile bekârlar arasında Poliklinik Memnuniyeti ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.15. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının gelir durumu açısından incelenmesi (ANOVA)

Gelir Durumu		n	Ortalama	ss	F	p
Personel Memnuniyeti	2020 TL ve altı	282	3,66	0,64	0,691	0,558
	2020-2999 TL	88	3,55	0,77		
	3000-4999 TL	93	3,60	0,74		
	5000 TL ve üstü	37	3,61	0,85		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	2020 TL ve altı	282	3,91	0,71	0,361	0,782
	2020-2999 TL	88	3,82	0,82		
	3000-4999 TL	93	3,92	0,82		
	5000 TL ve üstü	37	3,87	0,68		
Poliklinik Memnuniyeti	2020 TL ve altı	282	3,74	0,59	0,619	0,603
	2020-2999 TL	88	3,64	0,72		
	3000-4999 TL	93	3,71	0,71		
	5000 TL ve üstü	37	3,70	0,73		

Gelir durumu farklı olan gruplar arasında Poliklinik Memnuniyeti ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.16. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının meslek açısından incelenmesi (ANOVA)

Meslek		n	Ortalama	ss	F	p
Personel Memnuniyeti	Öğrenci	131	3,66	0,76	1,463	0,189
	İşçi	65	3,69	0,75		
	Memur	86	3,58	0,72		
	Emekli	23	3,53	0,66		
	Serbest Meslek	50	3,62	0,69		
	Ev hanımı	124	3,68	0,56		
	İşsiz	21	3,24	0,83		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	Öğrenci	131	3,87	0,92	0,713	0,640
	İşçi	65	3,85	0,81		
	Memur	86	3,96	0,63		
	Emekli	23	3,86	0,72		
	Serbest Meslek	50	3,94	0,70		
	Ev hanımı	124	3,92	0,58		
	İşsiz	21	3,62	0,85		
Poliklinik Memnuniyeti	Öğrenci	131	3,73	0,76	1,211	0,299
	İşçi	65	3,75	0,72		
	Memur	86	3,71	0,62		
	Emekli	23	3,64	0,62		
	Serbest Meslek	50	3,73	0,59		
	Ev hanımı	124	3,76	0,49		
	İşsiz	21	3,37	0,72		

Mesleği farklı olan gruplar arasında Poliklinik Memnuniyeti ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.17. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının sosyal güvence açısından incelenmesi (ANOVA)

Sosyal Güvence		n	Ortalama	ss	F	p
Personel Memnuniyeti	SGK	381	3,62	0,70	0,358	0,783
	Yeşil Kart	23	3,54	0,70		
	Sigorta Yok	21	3,65	0,72		
	Diğer	75	3,69	0,69		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	SGK	381	3,87	0,75	1,738	0,158
	Yeşil Kart	23	3,70	0,89		
	Sigorta Yok	21	4,09	0,60		
	Diğer	75	4,01	0,69		
Poliklinik Memnuniyeti	SGK	381	3,70	0,66	0,840	0,472
	Yeşil Kart	23	3,59	0,65		
	Sigorta Yok	21	3,80	0,58		
	Diğer	75	3,80	0,60		

Sosyal güvencesi farklı olan gruplar arasında Poliklinik Memnuniyeti ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.18. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının hizmet alınan bölüm açısından incelenmesi (ANOVA)

		n	Ort.	ss	F	p
Personel Memnuniyeti	Dahiliye	98	3,65	0,65	0,422	0,908
	KBB	46	3,54	0,67		
	Göz	45	3,74	0,67		
	Ortopedi	43	3,70	0,73		
	Dermatoloji	37	3,54	0,69		
	Endokrin	35	3,56	0,55		
	Kardiyoloji	29	3,66	0,88		
	Nöroloji	25	3,67	0,61		
	Diğer	142	3,61	0,76		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	Dahiliye	98	3,92	0,78	0,381	0,931
	KBB	46	3,83	0,71		
	Göz	45	4,05	0,68		
	Ortopedi	43	3,91	0,63		
	Dermatoloji	37	3,90	0,74		
	Endokrin	35	3,85	0,49		
	Kardiyoloji	29	3,85	0,94		
	Nöroloji	25	3,82	0,65		
	Diğer	142	3,87	0,82		
Poliklinik Memnuniyeti	Dahiliye	98	3,74	0,63	0,426	0,905
	KBB	46	3,64	0,59		
	Göz	45	3,84	0,63		
	Ortopedi	43	3,77	0,65		
	Dermatoloji	37	3,66	0,65		
	Endokrin	35	3,66	0,49		
	Kardiyoloji	29	3,72	0,76		
	Nöroloji	25	3,72	0,54		
	Diğer	142	3,70	0,71		

Hizmet aldığı bölüm farklı olan gruplar arasında Poliklinik Memnuniyeti ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.19. Poliklinik memnuniyeti ve alt boyut puanlarının hastaneyi tekrar tercih etme durumu açısından incelenmesi (t testi)

Hastaneyi tekrar tercih eder misiniz		n	Ortalama	ss	t	p
Personel Memnuniyeti	Evet	443	3,71	0,67	7,547	0,000*
	Hayır	57	3,00	0,63		
Fiziksel Alan Memnuniyeti	Evet	443	3,95	0,73	4,984	0,000*
	Hayır	57	3,44	0,72		
Poliklinik Memnuniyeti	Evet	443	3,79	0,63	7,401	0,000*
	Hayır	57	3,15	0,50		

$p^*<0,05$

Hastaneyi tekrar tercih etme durumu farklı olan gruplar arasında Personel Memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tekrar tercih edeceklerin puan ortalaması 3,71 iken tercih etmeyeceklerin ortalaması 3,00'tür. Buna göre hastaneyi tekrar tercih edeceklerde Personel Memnuniyeti etmeyecekler göre daha fazladır.

Hastaneyi tekrar tercih etme durumu farklı olan gruplar arasında Fiziksel Alan Memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tekrar tercih edeceklerin puan ortalaması 3,95 iken tercih etmeyeceklerin ortalaması 3,44'tür. Buna göre hastaneyi tekrar tercih edeceklerde Fiziksel Alan Memnuniyeti etmeyecekler göre daha fazladır.

Hastaneyi tekrar tercih etme durumu farklı olan gruplar arasında Poliklinik Memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tekrar tercih edeceklerin puan ortalaması 3,79 iken tercih etmeyeceklerin ortalaması 3,15'tir. Buna göre hastaneyi tekrar tercih edeceklerde Poliklinik Memnuniyeti etmeyecekler göre daha fazladır.

Çizelge 3.20. İki Şehir Hastanesi'nin karşılaştırması

Isparta Şehir Hastanesi	Yozgat Şehir Hastanesi
Fiziksel Ortam Memnuniyeti %78,7	Fiziksel Alan Memnuniyeti %77,8
Personel Memnuniyeti %82,6	Personel Memnuniyeti %72,6
“Muayene sırasında mahremiyetime önem verilmektedir.” ifadesine katılım (4,353)	“Poliklinik çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi vb.) özen gösterir.” ifadesine katılım (3,85)
“Hastaneye ulaşım kolaylığı bakımından memnunum.” İfadesine katılım (3,471)	“Hastaneye ulaşım kolaydır.” (3,41)
“Muayene odalarının rahatlığı (ısı, ışık vb.) bakımından memnunum.” ifadesine katılım (4,423)	“Muayene olunan poliklinikler rahattır (ısı, ışık vs.)” ifadesine katılım (4,01)
Memnuniyet boyutlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırması yapılmış ve fiziksel ortam ve personel memnuniyeti boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.	Memnuniyet boyutlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırması yapılmış ve cinsiyet açısından, medeni durum açısından, gelir durumu farklı olan gruplar arasından, mesleği farklı olan gruplar arasından ve sosyal güvencesi farklı olan gruplar arasından fiziksel alan memnuniyeti ve personel memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Ancak, farklı yaş grupları ve eğitim durumu farklı olan gruplar arasında fiziksel alan memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Isparta Şehir Hastanesi'nde hasta memnuniyeti üzerine yapılan bir çalışma ile (Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018). Bu çalışma aşağıdaki çizelgede karşılaştırılmıştır. Buradan Fiziksel ortam memnuniyetinin birbirine yakın olduğu, personel memnuniyetinin Isparta Şehir Hastanesi'nde daha yüksek olduğu görülmüştür. Mahremiyet ifadesine Yozgat Şehir Hastanesi'ne göre Isparta Şehir Hastanesi'nde katılımın daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaneye ulaşım ifadesine katılımın her iki hastanede de birbirine yakın olduğu görülmüştür. Memnuniyet boyutlarının demografik değişkenlere göre fiziksel alan memnuniyeti ve personel memnuniyeti karşılaştırılması yapılmış ve Isparta Şehir Hastanesi'nde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı bunun yanında Yozgat Şehir Hastanesi'nde farklı yaş grupları ve eğitim durumu farklı olan gruplar arasında fiziksel alan memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür.



SONUÇ VE ÖNERİLER

1980'ler de neoliberal politikaların ortaya çıkışı, devletin faaliyet alanlarını daraltması anlayışı temelinde, kamu yönetimi ve ekonomide önemli bir rol oynamıştır. Kamu sektörü en aza indirilmiş olsa bile, daha iyi ve daha verimli yönetim için piyasaya dayalı bir vatandaş (müşteri) odaklı hizmet sunumu sağlamak daha önemli hale gelmiştir. İlk olarak, mülkiyet ve yönetimin kamuya ait işletmenin devriyle ilgili olduğu özelleştirme politikaları, 2000'li yıllarda şekillenmeye başlamış ve küresel olarak bir kamu özel sektör ortaklığı finansman modeli olarak uygulanmıştır.

KÖSO finansman modelleri öncelikle kamu yatırımlarının koordinasyonu noktasında özel kişilerle bir ortaklık kurarken altyapı yatırımlarına uygulanmaktadır. Kamu sektörünün yüksek teknoloji, yüksek sermaye ve teknik becerilerden faydalanması gerektiğinden ve özel sektör tarafından hizmet finansmanı finanse edildiğinden bunun özel sektöre bir yük olmadığı düşünülmektedir.

Türkiye’de altyapı projelerinde ve hizmet sunumunda geleneksel yöntemin 1980'lere kadar imtiyazla uygulandığı söylenebilir. Kamu hizmetlerinde yaşanan değişiklikler, serbestleşme sürecinin etkisi, yaşam standartlarının değişmesi ve hizmet sunumundaki kalite beklentisi farklı hizmet sunum yöntemlerine yol açmıştır. Sağlıkın uzun vadeli olumlu etkisinden dolayı bu ortaklık modelinin kamu sektörüne olumlu yansıtacağı düşünülmektedir. Devletin vatandaş koruyucu politikalarının göz ardı edilmediği düşünüldüğünde entegre sağlık kampüslerinin sağlık kalitesini artırıcı bir etkisinin olması beklenmektedir. Bu bağlamda söz konusu projelerin başarılı olmasını sağlamak için doğru bir analiz yapılmalıdır.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların günümüzde artan rekabet ortamında yerini alabilmesi için hasta (müşteri) memnuniyetini en üst seviyelerde sağlamak zorundadırlar. Hastaneler kendi kuruluşlarının tercih edilmesi için farklı olmaya yönelmektedir. Bu farklılıkların ve sundukları hizmetlerin hastalar tarafından ne derecede ve nasıl algılandığını ve nasıl memnun kalındığını öğrenmek, araştırmak, değerlendirmek yoluyla mümkün olabilecektir.

Bu çalışmada kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan Yozgat Şehir Hastanesi’nden poliklinik hizmeti alan hastaların hasta (müşteri) memnuniyeti incelenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucuna göre Poliklinik Memnuniyetinin; Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan

Memnuniyeti olmak üzere iki boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Belirlenen alt boyut ve toplam ölçek puanlarından elde edilen çarpıklık ve basıklık değerlerine göre analizlerimizde parametrik testler kullanılmıştır.

Bu çalışma, sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında, Türkiye'nin ilk şehir hastanelerinden biri olma özelliği taşıyan ve 2017 yılının Nisan ayında hizmete açılan kamu özel sektör ortaklığı ile yapılan Yozgat Şehir Hastanesi'nde yapılmış olup, 2019 yılı 17 Ocak- 17 Şubat tarihleri arasında Şehir Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan hastalara hasta (müşteri) memnuniyet anketi uygulanmıştır. Araştırmaya katılmış olan hastaların demografik özelliklerine bakıldığında; hastaların %46,6'sı erkeklerden %53,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Yaş dağılımına baktığımızda büyük çoğunluğun (187) %37,4'ünün 25 yaş ve altında, %18'inin 26-35 yaş aralığında, %20,4'ünün 36-45 yaş aralığında, %16'sının 46-55 yaş aralığında ve %8,2'sinin 56 yaş ve üstünde olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, okuryazar olmayanların %4, ilköğretim mezunu olanların %29,4, lise mezunu olanların %29,8, ön lisans mezunlarının %10,8, lisans mezunlarının %24,6 ve lisansüstü mezuniyeti olanların ise %1,4 olduğu görülmüştür. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında %57,9'unun evli ve %42,2'sinin bekâr olduğu tespit edilmiştir.

Bunlarla birlikte ayrıca hastaların gelir durumlarına bakıldığında, büyük çoğunluğun (282) %56,4'ünün 2.020 TL ve altında, %17,6'sının 2.020-2.999 TL arasında, %18,6'sının 3.000-4.999 TL aralığında ve %7,4'ünün ise 5.000 TL ve üzerinde gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ankete katılan hastaların mesleklerine bakıldığında, %26,2'sinin öğrenci, %13'ünün işçi, %17,2'sinin memur, %4,6'sının emekli, %10'unun serbest meslek, %24,8'inin ev hanımı ve geriye kalan %4,2'sinin ise işsiz olduğu görülmüştür. Büyük çoğunluğu öğrenci (131) ve ev hanımlarından (124) oluşmaktadır. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde, büyük bir çoğunluğun %76,2'sinin SGK'lı, %4,6'sının yeşil kartlı, %0,8'inin özel sigortalı, %4,2'sinin hiçbir sigortasının olmadığı ve %14,2'sinin ise diğer sosyal güvencelerinin olduğu görülmüştür. Hastaların hizmet aldıkları bölüm incelendiğinde, %19,6'sının dahiliye, %9,2'sinin kulak burun boğaz, %9'unun göz, %8,6'sının ortopedi, %7,4'ünün dermatoloji, %7'sinin endokrin, %5,8'inin kardiyoloji, %5'inin nöroloji ve geriye kalan %28,4 ünün ise diğer polikliniklerden hizmet aldıkları görülmüştür. Poliklinik hizmeti alan hastaların hastaneyi tekrar tercih edip etmeyeceklerine bakıldığında ise, büyük bir çoğunluğunun (443) %88,6'sının hastaneyi tekrar tercih edeceği ve %11,4'ünün ise hastaneyi tekrar tercih etmeyeceği sonucuna ulaşılmıştır.

Yozgat Şehir Hastanesi'nden Poliklinik hizmeti alan hastalardan anket yoluyla edinilen bilgilerden yola çıkarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Farklı yaş grupları fiziksel alan memnuniyeti açısından incelenmiş ve yaş ilerledikçe memnuniyetin arttığı görülmüştür. Orta yaşlarda ise memnuniyet düzeyinin ileri yaşlara göre daha düşük seyrettiği görülmüştür. Buradan orta yaş aralığında bulunanların beklentilerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında fiziksel alan memnuniyeti ve poliklinik memnuniyeti açılarından incelenmiş ve eğitilmiş olanların memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre eğitimin artmasıyla birlikte beklentilerinde arttığı söylenebilir. Okuryazar olmayan katılımcıların eğitilmiş olanlara göre memnuniyetinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaneyi tekrar tercih etme durumu, farklı olan gruplar arasında incelenmiş olup ve personel memnuniyeti, fiziksel alan memnuniyeti, poliklinik memnuniyeti açılarından değerlendirilmiştir. Hastaneyi tekrar tercih edeceklerin etmeyeceklerine göre büyük çoğunlukta olduğu görülmüştür. Buradan polikliniklerde modern araç ve gereçlerin olduğu ve poliklinik ortamının güvenliğinden, temizliğinden ve ferahlığından genel olarak memnun olduğu görülmüştür. Fiziksel alan memnuniyetinin hastalar tarafından hastaneyi tekrar tercih etmelerinde kamu özel sektör ortaklığı ile yapılmış olan Şehir Hastanesi'nin tüm araç gereç ve makine-teçhizatının özel sektör tarafından ve yeni cihazlardan oluşmasının öneminin büyük olduğu söylenebilir.

Poliklinik Memnuniyeti ile alt boyutları olan Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan Memnuniyeti cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Poliklinik Memnuniyeti ile alt boyutları olan Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan Memnuniyeti medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Poliklinik Memnuniyeti ile alt boyutları olan Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan Memnuniyeti gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Poliklinik Memnuniyeti ile alt boyutları olan Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan Memnuniyeti mesleğe göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Poliklinik Memnuniyeti ile alt boyutları olan Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan Memnuniyeti sosyal güvenceye göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Poliklinik Memnuniyeti ile alt boyutları olan Personel Memnuniyeti ve Fiziksel Alan Memnuniyeti hizmet alınan bölüme göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Isparta Şehir Hastanesi'nde hasta memnuniyeti üzerine yapılan bir çalışma ile (Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018). Bu çalışma ile karşılaştırılmıştır. Buradan Fiziksel ortam memnuniyetinin birbirine yakın olduğu, personel memnuniyetinin Isparta Şehir Hastanesi'nde daha yüksek olduğu görülmüştür. Mahremiyet ifadesine Yozgat Şehir Hastanesi'ne göre Isparta Şehir Hastanesi'nde katılımın daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaneye ulaşım ifadesine katılımın her iki hastanede de birbirine yakın olduğu görülmüştür. Memnuniyet boyutlarının demografik değişkenlere göre fiziksel alan memnuniyeti ve personel memnuniyeti karşılaştırılması yapılmış ve Isparta Şehir Hastanesi'nde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı bunun yanında Yozgat Şehir Hastanesi'nde farklı yaş grupları ve eğitim durumu farklı olan gruplar arasında fiziksel alan memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür.

Sonuç olarak; hastaların %72,6 oranında personel memnuniyeti, %77,8 oranında fiziksel alan memnuniyeti ve genel olarak %74,4 oranında poliklinik memnuniyeti duyduğu Yozgat Şehir Hastanesi'nden hizmet alan hastaların genel bir memnuniyetin olmasının yanısıra, hastanedeki memnuniyet düzeyinin devamını sağlamak açısından bu çalışmada şu önerilerde bulunulabilir.

- 1- Poliklinik hizmetlerinden hastaneye ulaşım konusunda yaşanan problemleri aşmak için hastane yönetiminin ilgili kuruluşlarla (belediye vb.) görüşüp hastaların mağduriyetlerini gidermesi sağlanmalıdır.
- 2- Poliklinik çalışanlarının hastalara verdikleri hizmeti zamanında yerine getirebilmesi için ve muayenelerinde hastaların belirlenen sürelerde muayene olmalarının sağlanmasının yanında hastalara özel ilgi gösterilmesinin sağlanması açısından hastane yönetiminin günlük bakılan hasta sayısını tekrar değerlendirmesi gerekmektedir.
- 3- Polikliniklerden randevu almanın daha kolay bir hale gelmesi ve hekimler üzerinde biriken hasta yoğunluğunu almak için, Sağlık Bakanlığı tarafından hastanenin personel eksikliğini gidermesi yönünde çalışma yapması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 26-43.
- Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 51.
- Akdur, R. (1998). *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*. Halk Sağlığı, Antıp Aş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, 5-14.
- Alfred, C. A. (2006). *Administrative Law and Process, Second Adition*. United StatesIndiana-Bloomington, 27.
- Algarni, A. M., Arditi, D. ve Polat, G. (2007). Build-operate-transfer in infrastructure projects in the United States. *Journal of Construction Engineering and Management*, 133(10), 728-735.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Anayasa Mahkemesi, (18.04.1987). E. 985/29 sayılı Kararı, RG.
- Atasoy, H. (2011). *Kamu Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye'de Belediyelerin Altyapı Projelerinin Finansmanında Uygulanabilirliği*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Kayseri, 89.
- Benli, F., Topuz, G. ve Ceviz, E. (2014). Kamu Özel Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi ve Riske Maruz Değer (Var) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümü. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (28), 209-226.
- Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P. J. ve Hardcastle, C. (2005). The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK. *International Journal of Project Management*, 23(1), 25-35.
- Boussabaine, A. (2013). *Risk pricing strategies for public-private partnership projects*. John Wiley & Sons.
- Büber, R., Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- Bülbül, D. (2017). Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamasının Mali Saydamlık Açısından Değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches*, 2(7), 93-108.
- Bütçe ve Maliye Kontrol Genel Müdürlüğü, (2016). 1-17.
- Can, H., Doğan, T., Doğan, Y. A. (2001). Genel İşletmecilik Bilgileri 12. Basım. Ankara: Siyasal Kitabevi, 358.

- Çekirge, H. L. (2006). *Dünyada Ve Türkiye'de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi*. Doctoral Dissertation, Fen Bilimleri Enstitüsü, 5.
- Çelebi, M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti: Marmaris Devlet Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 31.
- Cheung, E. (2009). *Developing a best practice framework for implementing public private partnerships (PPP) in Hong Kong*. Doctoral dissertation, Queensland University of Technology.
- Corbett, P. ve Smith, R. (2006, October). An analysis of the success of the Private Finance Initiative as the Government's preferred procurement route. *In Proceedings of the Accelerating Excellence in the Built Environment Conference*, 2-4.
- De Carlo, L. T. (1997). On the Meaning and Use of Kurtosis. *Psychological Methods*, 2, 292-307.
- Demotes-Mainard, J., Canet, E. ve Segard, L. (2006). Public-private partnership models in France and in Europe. *Therapie*, 61(4), 325-334.
- Ekinci, B. (2015). *Kamu Hastanelerinin Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Emek, U. (1999), *Ek ve Değişiklikleri ile Yap-İşlet-Devret(YİD), Yap-İşlet(Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı*. Ankara: DPT Yayın.
- Esatoğlu, A. E. (1997). *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Flinders, M. (2006). Public/private: the boundaries of the state. *The state: Theories and Issues*, 223-247.
- Fougere, D., Pradel, J. ve Roger, M. (2009). Does the public employment service affect search effort and outcomes?. *European Economic Review*, 53(7), 846-869.
- Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 20(9), 136-148.
- Groeneveld, R. A. ve Meeden, G. (1984). Measuring Skewness and Kurtosis. *The Statistician*, 33, 391-399.
- Güneş, A. M. (2009). Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem Kamu Özel Ortaklığı. *Güncel Hukuk Dergisi*, 58-89.
- Güngör, H. (2012). *Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme*. Planlama Uzmanlığı Tezi, TC Kalkınma Bakanlığı, Yayın, 4.

- Gürler, E. (2003). *Kentsel Yeniden Üretim Süreci Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma: İstanbul Örneği*. Kentsel Dönüşüm Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Yıldız Teknik Üniversitesi Basım Yayın Merkezi, İstanbul, 31.
- Hemming, H. E. ve Langille, L. (2006). Building knowledge in literacy and health. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 31-36.
- Hopkins, K. D. ve Weeks, D. L. (1990). Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729.
- İnternet: *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun*. (1994). Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3996.pdf> adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.
- İnternet: *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun*. (1994). Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3996.pdf> 14 Mayıs 2018'de alınmıştır.
- İnternet: DSÖ, (1946). *Dünya Sağlık Örgütü*. Web: <http://www.who.int/about/mission/en/> adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.
- İnternet: Kalkınma Bakanlığı (2012). *Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*. Web: http://www.kalkinma.gov.tr/KamuOzellIsbirligiYayinlar/2_Password_Removed.pdf/ adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.
- İnternet: Knowledge (2016). *Public Private Partnerships*. Web: <https://pppknowledgelab.org/> adresinden 07 Haziran 2018'de alınmıştır.
- İnternet: OECD (2017). *Public Private Partnerships*. Web: <https://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf/> adresinden 07 Haziran 2018'de alınmıştır.
- İnternet: Özeke, H. B. (2016). *The Build-Lease-Transfer Model: First Health Campuses, What's Next?*. Web: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=b320c119-e425-4b8e-9ff9-70f031e52119/> adresinden 07 Haziran 2018'de alınmıştır.
- İnternet: PWC (2016). *Public Private Partnerships*. Web: <https://www.pwc.com/us/en/capital-projects-infrastructure/publications/public-private-partnerships.html/> adresinden 07 Haziran 2018'de alınmıştır.
- İnternet: Resmi Gazete. (2006). *Yap-İşlet Modeli İle Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi İle Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun*. Web: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060718-2.htm> adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.
- İnternet: Resmi Gazete. (2011). *Anayasa Mahkemesi Kararı*. Web: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110414-36.htm> adresinden 10 Haziran 2018'de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Bakanlığı (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Web: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığın%20Teşviki%20Sözlük.pdf> adresinden 17 Temmuz 2018'de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü*. Web: <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.aspx/> adresinden 07 Haziran 2018'de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü*. Web: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> adresinden 24 Aralık 2018'de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü*. Web: <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,33987/fizik-tedavi-ve-rehabilitasyon-psikiyatri-ve-yuksek-guvenlikli-adli-psikiyatri-hastaneleri.html/> adresinden 24 Temmuz 2018'de alınmıştır.

İnternet: T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. *Kamu-Özel İşbirliği İle Yürütülen Projeler*. Web: <https://koi.sbb.gov.tr/> adresinden 03 Ocak 2019'da alınmıştır.

İnternet: TTB (2018). Web: http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673 adresinden 10 Mart 2018'de alınmıştır.

İnternet: Türkiye Cumhuriyeti (1987). *Mevzuat Bilgi Sistemi*. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359/> adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.

İnternet: Türkiye Cumhuriyeti (1994). *Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun*. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4046.pdf> adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.

İnternet: Türkiye Cumhuriyeti (2010). Web: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100522-11.htm> adresinden 07 Nisan 2018'de alınmıştır.

İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982). Web: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> 11 Mayıs 2018'de alınmıştır.

İnternet: UK (2017). *Public Private Partnerships*. Web: <https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnerships> adresinden 07 Mayıs 2018'de alınmıştır.

İnternet: World Bank (2016). *Public Private Partnerships*. Web: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives> adresinden 07 Nisan 2018'de alınmıştır.

- İnternet: *Yap-İşlet Modeli İle Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi İle Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik*. (1997). Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.979853.pdf> adresinden 07 Mayıs 2018’de alınmıştır.
- Iossa, E. ve Martimort, D. (2015). The simple microeconomics of public-private partnerships. *Journal of Public Economic Theory*, 17(1), 4-48.
- Jamali, D. (2004). Success and failure mechanisms of public private partnerships (PPPs) in developing countries: Insights from the Lebanese context. *International Journal of Public Sector Management*, 17(5), 414-430.
- Jefferies, M., ve McGeorge, W. D. (2009). Using public-private partnerships (PPPs) to procure social infrastructure in Australia. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 16(5), 415-437.
- Jeong, J. (2004). *Analysis of The Factors And The Roles of Hrd in Organizational Learning Styles As Identified By Key Informants At Selected Corporations in The Republic of Korea*. Doktora Tezi, Texas A&M University, Major Subject: Educational Human Resource Development, Amerika.
- Kalkınma Bakanlığı, (2012). *Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı*. Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Mevzuat.
- Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(03), 217-262.
- Kasapoğlu, T. M. (2011). *Çeşitli Ülkelerdeki Kamu Özel Ortaklığı Uygulamalarının Hukuki Açidan Değerlendirilmesi*, 101.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 35-298.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, (3), 35-501.
- Ke, Y., Wang, S., Chan, A. P. ve Lam, P. T. (2010). Preferred risk allocation in China’s public-private partnership (PPP) projects. *International Journal of Project Management*, 28(5), 482-492.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M. ve Eke, Ö. G. E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1-23.
- Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 11-21.
- Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 37.

- Kısa, A. ve Tokgöz, N. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları, 282-284.
- Koparal, C. (1997). *Yönetim ve Organizasyon*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 324.
- Kumaraswamy, M. M. ve Morris, D. A. (2002). Build-operate-transfer-type procurement in Asian megaprojects. *Journal of construction Engineering and Management*, 128(2), 93-102.
- Li, B., Akintoye, A., Edwards, P. J. and Hardcastle, C. (2005). Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry. *Construction Management and Economics*, 23(5), 459-471.
- Linder, S. H. (1999). Coming to terms with the public-private partnership: A grammar of multiple meanings. *American Behavioral Scientist*, 43(1), 35-51.
- Liu, J., Love, P. E., Smith, J., Regan, M. and Davis, P. R. (2014). Life cycle critical success factors for public-private partnership infrastructure projects. *Journal of Management in Engineering*, 31(5), 04014073.
- Minow, M. (2003). Public and private partnerships: Accounting for the new religion. *Harvard Law Review*, 116(5), 1229-1270.
- Moors, J. J. A. (1986). The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined. *The American Statistician*, 40, 283-284.
- National Audit Office (NAO) (2010). *The Performance and Management of Hospital PFI Contracts*. London: HC 68 Session 2010-2011.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric Theory*. 1. Baskı, New York: McGraw-Hill, Inc.
- Odabaşı, Y. (2013). *Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi*. İstanbul, 114.
- Öge, H. ve Baş, T. (2016). Public-Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. *The Journal of Business Science*, 4(2), 105-119.
- Onur, T. (2007). *Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 44.
- Ortaylı, I. (1999). Greeks in the Ottoman Administration during the Tanzimat Period. *Ottoman Greeks in the Age of Nationalism: Politics, Economy, and Society in the Nineteenth Century*, 9-161.
- Özgirin, K. (1995). *Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları*. 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 34.
- Pehlivan, A. ve Gerekan, B. (2009). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Muhasebe. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2), 13.

- Pekdemir, D. (2017). Alternative Financing Models in Public Facilities: The case study of Medical Campuses, Healthcare PPP Program in Turkey. *European Real Estate Society*.
- Resmi Gazete. (1987). *Anayasa Mahkemesi*, 11.12.1986 tarih ve E. 985/29 Sayılı Kararı.
- Sarıs, A. (2009/Kasım). *Kamu & Özel İşbirlikleri – Public & Private Partnerships - PPP*, (Birinci Baskı). Ankara: Yaklaşım Yayıncılık, 142-209.
- Sevim, E. (2009). *Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Kurum İmajına Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şimşek, M. (2002). *Yönetim ve Organizasyon*. Konya.
- Skietrys, E., Raipa, A. ve Bartkus, E. V. (2008). Dimensions of the efficiency of public-private partnership. *Engineering Economics*, 58(3). 47.
- Smalley, D. (1996). The listening imagination: listening in the electroacoustic era. *Contemporary Music Review*, 13(2), 77-107.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık - Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi*. Sağlık Kurumları Yönetimi. (1Ed.M.Tatar), Eskişehir, 8-12.
- Sönmez, M. (2016/Kasım-Aralık). Kamu-Özel İşbirliği Projelerinde Büyüyen Sorunlar. *Mimarlık Dergisi*.
- Söylemez, H., Koplay, M., Sak, M. E. and Cingu, A. K. (2009). Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(2), 111.
- Spiller, P. T. ve Levy, B. (Eds.). (1996). *Regulations, institutions, and commitment: Comparative studies of telecommunications*. Cambridge University Press, 33.
- T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, 2009-2012 Strateji Raporu, Ankara, 2008, 9.
- Tan, T. (1991). Anayasa Mahkemesi Kararlarında Kamu Hizmeti Yaklaşımı. *Anayasa Yargısı Dergisi*, 8, 239.
- Teker, D. (2008). Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi. *MUFAD Journal*.
- Tekin, A. G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları. *İdarecinin Sesi Dergisi*, 21(122), 10-14.
- Tengilimoğlu, D. (2013). *Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti*. SKKY, Ed. S. Kaya, Eskişehir, 33.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, (6), 79-499.

- Tortop N., Özer, A., Aykaç, B. ve İşbir, E. G. (2007). *Yönetim Bilimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 499-515.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 2. Madde.
- Uz, A. (2007). Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram ve Hukuksal Çerçeve). *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, XI(1-2), 1165-1182.
- Uz, A. (2011). *Kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi ve devri bakımından anayasal sınırlar*. Adalet Yayınevi, 23-24.
- Van Herpen, G. W. E. B. (2002). Public Private Partnerships, the advantages and disadvantages examined. *Publication of: Association for European Transport*.
- Varinli, İ. ve Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki (Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma). *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (2), 33-52.
- Walker, C. T. and Smith, A. J. (Eds.). (1995). *Privatized infrastructure: The build operate transfer approach*. Thomas Telford, 15-188.
- Williamson, O. E. (1999). Public and private bureaucracies: a transaction cost economics perspectives. *The Journal of Law, Economics, and Organization*, 15(1), 306-342.
- Yildirim, O., Gottwald, M., Schüler, P. and Michel, M. C. (2016). Opportunities and challenges for drug development: public-private partnerships, adaptive designs and big data. *Frontiers in Pharmacology*, 7, 86-381.



EKLER

Ek-1. Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, sağlık hizmeti aldığınız Hastane'nin hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında hazırlanmakta olan yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Size yönelik bir değerlendirme olmadığı için anket formuna lütfen adınızı yazmayınız. Her bir madde için sizin açınızdan geçerlilik gösteren seçeneği işaretleyiniz. Ankete yeterli zamanı ayırarak, içten ve doğru cevaplayacağınıza inanıyor, katkılarınız için teşekkür ediyorum.

Ergün ÖNDER

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN

Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Sağlık Yönetimi ABD

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz?	1. <input type="checkbox"/> Erkek	2. <input type="checkbox"/> Kadın
2. Yaşınız?	1. <input type="checkbox"/> 25 ve altı 2. <input type="checkbox"/> 26-35 3. <input type="checkbox"/> 36-45 4. <input type="checkbox"/> 46-55 5. <input type="checkbox"/> 56 ve üstü	
3. Eğitim durumunuz?	1. <input type="checkbox"/> Okuryazar değil 2. <input type="checkbox"/> İlköğretim 3. <input type="checkbox"/> Lise 4. <input type="checkbox"/> Ön lisans 5. <input type="checkbox"/> Lisans 6. <input type="checkbox"/> Lisansüstü	
4. Medeni durumunuz?	1. <input type="checkbox"/> Evli	2. <input type="checkbox"/> Bekâr
5. Gelir durumunuz?	1. <input type="checkbox"/> 2.020 TL ve altı 2. <input type="checkbox"/> 2.020-2.999 TL 3. <input type="checkbox"/> 3.000-4.999 TL 4. <input type="checkbox"/> 5.000 TL ve üzeri	
6. Mesleğiniz?	1. <input type="checkbox"/> Öğrenci 2. <input type="checkbox"/> İşçi 3. <input type="checkbox"/> Memur 4. <input type="checkbox"/> Emekli 5. <input type="checkbox"/> Serbest 6. <input type="checkbox"/> Ev Hanımı 7. <input type="checkbox"/> İşsiz	
7. Sosyal güvence?	1. <input type="checkbox"/> SGK 2. <input type="checkbox"/> Yeşil Kart 3. <input type="checkbox"/> Özel Sigorta 4. <input type="checkbox"/> Sigorta yok 5. <input type="checkbox"/> Diğer	
8. Hizmet alınan bölüm?	
9. Hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?	1. <input type="checkbox"/> Evet	2. <input type="checkbox"/> Hayır

Ek-1. (devam) Anket Formu

Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek belirtiniz. [X]	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	1	2	3	4	5
Poliklinikler modern araç-gereç ve donanıma sahiptirler	[]	[]	[]	[]	[]
Polikliniklerin fiziksel imkânları görsel açıdan çekicidir	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinikler temiz ve ferahdır	[]	[]	[]	[]	[]
Polikliniklerin bekleme ve dinlenme yerleri iyi ve rahattır	[]	[]	[]	[]	[]
Polikliniklerde verilen hizmet iyidir	[]	[]	[]	[]	[]
Tedavi için gerekli makine ve teçhizat yeterlidir	[]	[]	[]	[]	[]
Hastaneye ulaşım kolaydır	[]	[]	[]	[]	[]
Muayene olunan poliklinikler rahattır (ısı, ışık, vs.)	[]	[]	[]	[]	[]
Polikliniklerden randevu almak kolaydır	[]	[]	[]	[]	[]
Belirlenen süre içerisinde muayene oldum	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi vb.) özen gösterir	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanları hastalara hizmetleri söz verdikleri zamanda yerine getirirler	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanları hastalara ilişkin kayıtları doğru tutarlar	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanları ile olan ilişkilerinde hastalar kendilerini güvende hissederler	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik ortamı güvenlidir	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanları hastalarla birebir ilgilenirler	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanlarının tüm hastalar için uygun çalışma saatleri vardır	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik de hastalara özel ilgi gösteren çalışanlar vardır	[]	[]	[]	[]	[]
Poliklinik çalışanları hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yaparlar	[]	[]	[]	[]	[]

Anket tamamlanmıştır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek-2. Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92198657-771
Konu : Anket Çalışması Hk.

Sayın Ergün ÖNDER

İlgi : 23.01.2019 tarihli ve 92198657-000-498 sayılı dilekçeniz..

İlgi tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden "Türkiye' de Kamu Özel Sektör Ortaklığı ile Yapılan Entegre Sağlık Kampüslerinin Hasta Memnuniyeti Açısından İncelenmesi (Yozgat Şehir Hastanesi Örneği)" konulu yüksek lisans tez çalışmanızı **17 Ocak-17 Şubat 2019** tarihleri arasında yapmanız kaydıyla, çalışmalarının sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmanızın yapılması İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu

Develik Meh. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT

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

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

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bc4e2dfc-cc3d-40ea-8eeb-479aaf485cb5 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Şule ARIKAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 354) 217 50 70

Ek-2. (devam) Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

 TC Sağlık Bakanlığı Tıbbiye Kamu Hastaneleri Kurumu	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Ergün ÖNDER
Kurumu / Üniversitesi	Gazi Üniversitesi
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüslerinin Hasta Memnuniyeti Açısından İncelenmesi
Araştırmanın Statüsü	Anket
Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi / Dilekçe (*)Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / () Araştırma Detay Formu (*) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / () Yok Etik Kurul Raporu (*) Var / () Yok / () Karar Aşamasında
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	17 Ocak 2019- 17 Şubat 2019
Görüş İstenilecek Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Başvuru yapılacak Hastaneden alınacak ön izin formu ve araştırma çalışmaları başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından anket çalışmasının yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekeşi

24/01/2019

KOMİSYON

Üye
Hastane Başhekimisi
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL

Üye
Başkan Yardımcısı
Dr. Murat BAŞKAL

Üye
Başkan Yardımcısı
Dr. Abdullah CESUR

Üye
Başkan
Uz. Dr. Cahit Bekir KAYHAN

Komisyon Başkanı
İl Sağlık Müdürü
Dr. Fatih ŞAHİN

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ÖNDER, Ergün
 Uyuğu : Türkiye Cumhuriyeti
 Doğum tarihi ve yeri : 01.01.1980 / Ankara
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0 (533) 6255868
 e-posta : ergunonderr@gmail.com

Eğitim

Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2004
Lise	Sincan Endüstri Meslek Lisesi	1997

İş Deneyimi

Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2011 - Devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Öğr. Top. Koord.
2008 - 2011	Gazi Üniversitesi	İşletme Müdürü
2000 - 2008	Gazi Üniversitesi	Ayniyat Memuru

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

Ayhan, E. ve Önder, E. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli.
Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(514-526).

Hobiler

İşletme Bilimi, Organizasyon



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

