

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI BAĞLAMINDA ŞEHİR
HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Durmuş GÖKKAYA
1610232009

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA-2020



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Adı Soyadı	Durmuş GÖKKAYA
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi
Tez Başlığı	Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Ekonomik, Politik ve Yönetimsel Boyutları İle Değerlendirilmesi
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma

Süleyman Demirel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Doktora Tez Savunma Sınavında Jürimiz 15/05/2020 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Doktora tezi için;

☒ OY BİRLİĞİ

☐ OY ÇOKLUĞU²

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**³ kararlaştırılmıştır.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**⁴ kararlaştırılmıştır.
☐ Öğrenci tez savunma sınavına **KATILMAMIŞTIR**.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	Kabul/Ret	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM (Süleyman Demirel Üniversitesi)	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Vahit YİĞİT (Süleyman Demirel Üniversitesi)	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Tahsin AKÇAKANAT (Süleyman Demirel Üniversitesi)	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Ümit ÇIRAKLI (Yozgat Bozok Üniversitesi)	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ (Yozgat Bozok Üniversitesi)	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM VE ÖĞRETİM YÖNERGESİ Madde 46-(9) Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir. (10) Düzeltme kararının verilmesi halinde, tezin düzeltilmesi için öğrenciye en fazla altı ay süre tanınır. Öğrenci, danışman önerisi, ilgili EABD kurulunun teklifi ve EYK kararı ile belirlenen düzeltme sınavı tarihinde aynı jüri önünde tezini yeniden savunur. (11) Düzeltme kararı sonunda belirtilen süre içerisinde tez savunma sınavına katılmayan veya tez savunma sınavı sonunda tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI BAĞLAMINDA ŞEHİR HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

15.05.2020
Durmuş GÖKKAYA

Bu eseri aziz şehitlerimize ithaf ediyorum.



ÖZET

Şehir hastaneleri Türkiye’de 2017 yılı itibariyle açılmaya başlamış ve hizmet vermeye devam etmektedir. Bu hastaneler Türk sağlık sistemine bazı dinamikler getirerek farklı bir konseptte hizmet vermektedir. Şehir hastanelerin yatırımları kamu özel ortaklığı modeli kullanılarak hayata geçirilmiştir. Bu model kapsamında özel sektör finansman kaynakları kullanılarak projelerin yapılması sağlanmıştır. Projeler özel sektör ve kamu arasında imzalanan sözleşmelerle yürütülmektedir. Sözleşmeler hastanelerin inşaat süreçleri de eklenerek 30 yıla yakın süreliğine imzalanmaktadır. Bu bağlamda kamu özel ortaklığı modeli kullanılarak açılan şehir hastaneleri Türk sağlık sistemini birçok yönden etkilemektedir. Bu etkilerin değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Bu çalışma, Türk sağlık sistemi adına yepyeni bir oluşum olan şehir hastanelerini geniş bir şekilde ele almaktadır. Bu doğrultuda şehir hastaneleri modelinin yapısı, yöntemi, işleyişi, avantajları ve dezavantajları, finansal sürdürülebilirliği ve gelecekteki riskler gibi konuları derinlemesine inceleyip, modelin yönetsel, finansal, hukuki ve sözleşmesel boyutlarının değerlendirmesini yaparak, şehir hastaneleri hakkında genel bir çerçeve ortaya koymaya çalışmak çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Çalışma nitel araştırma yöntemi kapsamında yürütülmüştür. Desen olarak fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Amaçlı örneklem türlerinden olan ölçüt örnekleme ve kartopu tekniği kullanılarak araştırmanın katılımcıları belirlenmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile 24 kişiyle yapılan derinlemesine görüşme sonucunda araştırmanın verileri elde edilmiştir. Görüşmecilerden elde edilen veriler Maxqda 20 Analytics Pro analiz programıyla ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemiyle çözümlenerek analiz edilmiştir.

Çalışmanın bulgularıyla ilgili genel bir değerlendirme yapıldığında şehir hastanelerinin avantajları olarak, yeni tesisler olmasından kaynaklı fizikler imkânları oldukça iyi olarak görülmektedir. Hastanelerin modern bir yapısı, ferah dinlenme salonlarının olması, nitelikli yataklara sahipliği ve teknolojik donanımıyla iyi bir konumda olduğu dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra kamu özel ortaklığı kullanımından kaynaklı bazı avantajlar da içermektedir. Bunlar özel sektör hizmetleri ve otelcilik hizmetlerinden kaynaklanmaktadır. Özel sektörün bazı hizmetlerde hızlı performans göstermesi, yatırımların hızlı yapılması, görüntüleme hizmetlerinde hızlı sonuçlar alması ve bazı kayıp kaynakların önlenmesinde başarı göstermesi öne çıkmıştır. Otelcilik hizmetleri olarak kaliteli hizmet, temizlik ve yemek gibi konularda avantajlar sağlandığı görülmektedir. Bunlara bağlı olarak hasta memnuniyetinin olumlu yönde etkilenmesi söz konusudur.

Dezavantajları olarak ise, başta şehir hastanelerinin kamu yatırımlarına göre çok daha maliyetli olması gelmektedir. Uzun süreli sözleşmelerle yönetilecek olmasıyla birlikte bu sözleşmelerin içerdiği bazı yükümlülük problemleri de vardır. Bunların yanında, özellikle büyük şehirlerde kuruluş yerlerinin yanlış seçimi ve planlama hataları beraberinde ulaşım problemlerini getirmiştir. Yine özellikle büyük şehirlerde yatak kapasiteleri olarak büyük hastanelerin kurulması ve bunlara bağlı olarak da hastanelerde gereksiz maliyetlerin oluşması, verimlilik ve etkililik gibi konularda soru işaretleri içermesi de önemli bir dezavantaj olarak durmaktadır. Diğer yandan bu hastanelerle ilgili sözleşmelerin kamuoyuyla paylaşılması ve hastanelerin maliyetleri ile ilgili malumatların elde edilememesi bir eleştiri kaynağı olarak karşımızda durmaktadır. Yatırımların pilot projeler olmadan hayata geçirilmesi, yine sözleşmelerin içeriği ve kamu özel ortaklığı yapısından kaynaklı hastane yönetim süreçlerinin zorlaşması da dezavantajlar arasında değerlendirilmektedir. Bunlarının yanında şehir hastaneleri finansal sürdürülebilirlikle ilgili bazı riskler içerdiği de görülmektedir.

Araştırma sonuçlarından hareketle, şehir hastaneleri için daha iyi bir yönetim modeli geliştirilmeli, profesyonel yönetim ve uzmanlaşmaya daha fazla önem verilmeli, sözleşmelerden kaynaklı işleyişte yaşanan gri alanlara dair çözümler bulunmalı, hastaneler daha sıkı denetim ve takip edilmeli, şehir hastanelerinin statüsü yani misyon ve vizyonları netleştirilmeli, son olarak hastane yatırımları daha küçük ölçekli ve ulaşımı kolay yerlere yapılmalı gibi öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri, Nitel Araştırma.

ABSTRACT

City hospitals started to open in Turkey as of 2017 and continue to provide services. City hospitals serve a different concept by bringing some dynamics to the Turkish health system. City hospitals investments were implemented using the public private partnership model. Within the scope of this model, projects were made using private sector financing sources. These projects are carried out with contracts signed between the private sector and the public. These contracts are signed for close to 30 years, including the construction processes of hospitals. In this context, the city hospitals opened using the public private partnership model affect the Turkish Health System in many ways. This study was planned to evaluate these effects.

This study extensively addresses city hospitals, a brand new organization for the Turkish healthcare system. The aim of the study is to examine in depth the structure, method, operation, advantages and disadvantages of the city hospitals model, financial sustainability and future risks and to evaluate the managerial, financial, legal and contractual dimensions of the model and to establish a general framework about city hospitals. The study was carried out within the scope of qualitative research method. Phenomenological method was used as a pattern. Using the criterion sampling and snowball technique, which are among the purposeful sampling types, the participants of the research were determined. As a result of the in-depth interview with 24 people with the semi-structured interview form, the data of the research were obtained. The data obtained from the interviewers were analyzed by analyzing the Maxqda 20 Analytics Pro analysis program and the interpretive phenomenological analysis method.

Based on a general assessment of the findings of the study as the advantages of the city hospital, the physical facilities sourced from the new facilities is seen as being quite good. It is remarkable that the hospitals are in a good position with a modern structure, spacious lounges, quality beds and technological equipment. In addition, it contains some advantages arising from the use of public private partnership. These stem from private sector services and hotel services. The private sector has shown rapid performance in some services, rapid investment, rapid results in imaging services, and success in preventing some lost resources. It is seen that there are advantages such as quality services, cleaning and food as hotel services. Accordingly, patient satisfaction is positively affected.

The disadvantages are that city hospitals are much more costly than public investments. Although it will be managed with long term contracts, there are some liability problems that these contracts include. Besides these, the wrong choice of establishment places and planning errors brought with them transportation problems, especially in large cities. Again, especially in large cities, the establishment of large hospitals as bed capacities, and consequently, unnecessary costs in hospitals, productivity and effectiveness, such as the question marks on issues such as the important drawback stands. On the other hand, it is a source of criticism that contracts related to these hospitals are not shared with the public and information about the costs of hospitals cannot be obtained. The implementation of investments without pilot projects, and the difficulty of hospital management processes arising from the content of contracts and the structure of Public Private Partnership are also considered among the disadvantages. In addition, it is seen that city hospitals contain some risks related to financial sustainability.

Based on the results of the research, a better management model should be developed for city hospitals, more attention should be given to professional management and specialization, solutions should be found regarding the gray areas experienced in contracts, hospitals should be more strictly supervised and monitored, the status of city hospitals, the mission and vision should be clarified, finally have been developed recommendations such as hospital investments should be made in smaller and easy-to-reach places.

Keywords: Public Private Partnership, City Hospitals, Qualitative Research.

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ÖNSÖZ.....	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

1.1 KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ TANIMI VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	4
1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ TARİHSEL ARKA PLANI	9
1.3. KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ ÖZELLİKLERİ VE TERCİH EDİLME NEDENLERİ	11
1.4. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELLERİ.....	13
1.5. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN SWOT ANALİZİ.....	16
1.5.1. Kamu Özel Ortaklığının Modelinin Avantajları	16
1.5.2. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Dezavantajları.....	18
1.5.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Tehditleri	20
1.5.4. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Fırsatları	21
1.6. KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARINDA RİSK TÜRLERİ.....	21
1.7. DÜNYADA KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI	26
1.8. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI.....	33
1.9. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI.....	38

İKİNCİ BÖLÜM ŞEHİR HASTANELERİ

2.1. ŞEHİR HASTANELERİ MODELİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	44
2.2. ŞEHİR HASTANELERİ	46
2.3. ŞEHİR HASTANELERİNİN HUKUKİ YAPISI.....	52
2.4. ŞEHİR HASTANELERİNİN SÖZLEŞMESEL YAPISI	55
2.5. ŞEHİR HASTANELERİNİN YÖNETSEL YAPISI.....	61
2.6. ŞEHİR HASTANELERİNİN FİNANSMAN YAPISI	68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI	74
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	74
3.3. ARAŞTIRMA PROBLEMİNİN İFADESİ	76

3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	76
3.5. ARAŞTIRMANIN DESENİ	77
3.6. ARAŞTIRMANIN VARASAYIMI, SINIRLIKLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER.....	78
3.7. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI	80
3.8. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	82
3.9. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA FORMU	83
3.10. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA SÜRECİ	84
3.10.1. Ses Kayıt Cihazı	85
3.10.2. Araştırmacı Günlüğü	85
3.10.3. Araştırmacının Konumu	86
3.11. ARAŞTIRMANIN TUTARLILIK, TEYİT EDİLEBİLİRLİK, İNANILIRLIK VE AKTARILABİLİRLİĞİ.....	88
3.12. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ	91

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMANIN BULGULARI

4.1. ŞEHİR HASTANELERİNİN YATIRIMLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	94
4.1.1. Yatırım Gerekçeleri	95
4.1.1.1. Yeni Tesislere İhtiyaç Gerekçesi	96
4.1.1.2. Politik Gerekçeler	98
4.1.1.3. Ekonomik Gerekçeler	99
4.1.2. Şehir Hastanelerinin Yatırım Problemleri	100
4.1.2.1. Planlamayla İlgili Sorunlar	100
4.1.2.2. Finansmanla İlgili Problemler.....	104
4.1.2.3. KÖO Modelinin Kullanımı İle İlgili Problemler	108
4.2. ŞEHİR HASTANELERİNİN SÖZLEŞMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	112
4.2.1. Sözleşmelerin Kamuoyuyla Paylaşılmaması	113
4.2.2. Sözleşmelerin İçeriği ile İlgili Problemler.....	115
4.2.3. Sözleşmelerin Uygulanması ile ilgili Problemler	120
4.2.4. Sözleşmelerin Hukuki Yönleri ile ilgili Problemler	124
4.2.5. Kamu- Özel Sektör Arasında Asimetrik Bilgi.....	126
4.2.6. Sözleşmelerle İlgili Diğer Durumlar	128
4.3. FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞE İLİŞKİN BULGULAR	129
4.3.1. Olumlu Görüşler	130
4.3.2. Olumsuz Görüşler	131
4.3.2.1. Yüksek Maliyetler.....	131
4.3.2.2. Hastaya Yansıma.....	137
4.4. YÖNETİM YAPISI İLE İLGİLİ PROBLEMLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	138
4.4.1. İkili (Kamu-Özel) Yönetim Yapısı ile İlgili Problemler	139
4.4.1.1. Başhekimlik Makamının Zayıflaması	140
4.4.1.2. Çift Başlılık	141
4.4.1.3. İşleyiş Problemleri	144
4.4.1.4. Özel Sektörün Baskın Olması	148

4.4.2. Personel Yönetimi İle İlgili Problemler.....	152
4.4.3. Koordinasyon Problemleri.....	154
4.4.4. Merkezi Yönetim Problemleri.....	156
4.4.5. Kurum Kültürünün Oluşamaması.....	159
4.4.6. Diğer Yönetimsel Sorunlar.....	160
4.5. ŞEHİR HASTANELERİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	161
4.5.1. Avantajlar.....	161
4.5.1.1. Fiziksel İmkânlar.....	162
4.5.1.2. Teknolojik Donanım.....	164
4.5.1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kullanılması.....	166
4.5.1.3.1. Özel Sektör Hizmetleri.....	166
4.5.1.3.2. Otelcilik hizmetleri.....	169
4.5.1.4. Memnuniyet.....	171
4.5.1.5. Diğer Avantajlar.....	172
4.5.2. Dezavantajlar.....	173
4.5.2.1. Bina Yapıları.....	173
4.5.2.2. Ulaşım Problemleri.....	181
4.5.2.3. Kapanan Hastaneler.....	187
4.5.2.4. Çalışan Problemleri.....	188
4.5.2.5. Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı.....	191
4.5.2.5.1. Ekonomik Problemler.....	191
4.5.2.5.2. Sözleşme Problemleri.....	196
4.5.2.5.3. Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı.....	198
4.5.2.5.4. Olumsuz Yurt Dışı Örnekleri.....	199
4.5.2.6. Şeffaflığın Olmaması.....	201
4.5.2.7. Özelleştirmenin Olması.....	202
4.5.2.8. Diğer Dezavantajlar.....	203
4.6. ŞEHİR HASTANELERİNİN GELECEK RİSKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	203
4.6.1. Ekonomik Riskler.....	204
4.6.2. Yönetimle İlgili Riskler.....	208
4.6.3. Sözleşme İle İlgili Riskler.....	210
4.6.4. Hastanelerle İlgili Riskler.....	211
4.6.5. Politik Riskler.....	214
4.7. ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ ÖNERİLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	215
4.7.1. Yönetimle İlgili Öneriler.....	216
4.7.1.1 Merkezi Yönetimle İlgili Öneriler.....	216
4.7.1.2. Hastaneye Yönelik Öneriler.....	217
4.7.1.3. İnsan Kaynağına Yönelik Öneriler.....	218
4.7.2. Maliyetlerle İlgili Öneriler.....	220
4.7.3. Denetim ve Kontrol ile İlgili Öneriler.....	221
4.7.4. Sözleşmelerle İlgili Öneriler.....	223
4.7.5. Hastanelerle İlgili Öneriler.....	224
4.7.6. Yatırımlarla İlgili Öneriler.....	227
4.7.7. Şehir Hastaneleri ile İlgili Diğer Öneriler.....	229

BEŞİNCİ BÖLÜM

GENEL DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. GENEL DEĞERLENDİRME ve SONUÇ	230
5.1.1. Şehir Hastanelerinin Yatırımlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi...	230
5.1.2. Şehir Hastanelerinin Sözleşmelerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	232
5.1.3. Şehir Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	235
5.1.4. Şehir Hastanelerinin Yönetim Yapısına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	238
5.1.5. Şehir Hastanelerinin Gelecek Risklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	240
5.1.6. Şehir Hastanelerinin Genel Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	241
5.2. ÖNERİLER.....	249
KAYNAKÇA	252
EKLER.....	268
EK 1: KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	268
EK 2: GÖRÜŞME FORMU	269
EK 3: ETİK KURUL İZNİ.....	270
ÖZGEÇMİŞ.....	271

KISALTMALAR

AB	:Avrupa Birliği
ABD	:Amerika Birleşik Devleti
Akt.	:Aktaran
BİMER	:Başbakanlık İletişim Merkezi
Çev.	:Çeviren
ÇED	:Çevresel Etki Değerlendirme
CİMER	:Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
Ed.	:Editör(ler)
EPEC	:Avrupa KÖO Uzmanlık Merkezi
DB	:Dünya Bankası
GSYH	:Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
IMF	:Uluslar Arası Para Fonu
İHD	:İşleme-Hakkı-Devri
KB	:Kalkınma Bakanlığı
KÖİ	:Kamu Özel İşbirliği
KÖO	:Kamu Özel Ortaklığı
MB	:Maliye Bakanlığı
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PFI	: Private Finance Initiative
PPP	:Public Private Partnership
SB	:Sağlık Bakanlığı
SABİM	:Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
vb.	:Ve Benzeri
vd.	:Ve Diğerleri
vs.	: Ve Sair
Yİ	:Yap-İşlet
YİD	:Yap-İşlet-Devret
YKD	:Yap-Kirala-Devret
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Türkiye Geneli Yapılması Planlanan Şehir Hastaneleri	50
Şekil 2.2. Şehir Hastanelerinin Taslak Sözleşmeleri	56
Şekil 2.3. Şehir Hastanelerinin Sözleşme Süresi	58
Şekil 2.4. Kamu Özel İşbirliği ile Şehir Hastaneleri Algoritması.....	63
Şekil 2.5. Şehir Hastaneleri Yönetim Yapısı	65
Şekil 2.6. Şehir Hastanelerinde İdari Yönetim Yapısı	66
Şekil 2.7. Şehir Hastanelerinde Şirket Yönetiminin Organizasyon Şeması.....	67
Şekil 2.8. Sözleşme Kapsamındaki Ödemeler	69
Şekil 2.9. Sözleşmeye Göre İşletme Döneminde Yapılacak Ödemeler	70
Şekil 4.1. Şehir Hastanelerinin Kavram Haritası	94
Şekil 4.2 Şehir Hastanelerinin Yatırımlarına İlişkin Kavram Haritası	95
Şekil 4.3. Yatırım Gerekçelerine İlişkin Kavram Haritası	96
Şekil 4.4. Şehir Hastanelerinin Yatırım Problemleri Kavram Haritası.....	100
Şekil 4.5. Şehir Hastanelerinin Sözleşmelerine İlişkin Kavram Haritası.....	113
Şekil 4.6. Finansal Sürdürülebilirliğe İlişkin Kavram Haritası.....	130
Şekil 4.7. Yönetim Yapısı İle İlgili Problemlere İlişkin Kavram Haritası.....	139
Şekil 4.8. İkili (Kamu-Özel) Yönetim Yapısı ile İlgili Problemler.....	139
Şekil 4.9. Şehir Hastanelerinin Genel Değerlendirilmesine İlişkin Kavram Haritası...	161
Şekil 4.10. Şehir Hastanelerinin Avantajlarına İlişkin Kavram Haritası	162
Şekil 4.11. Şehir Hastanelerinin Dezavantajlarına İlişkin Kavram Haritası	173
Şekil 4.12. Gelecek Risklere İlişkin Kavram Haritası	204
Şekil 4.13. Şehir Hastaneleri ile İlgili Önerilere İlişkin Kavram Haritası	215
Şekil 4.14. Yönetimle İlgili Önerilere İlişkin Kavram Haritası	216
Şekil 5.1. Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Bir Değerlendirme Kavram Haritası	248

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Kamu Özel Ortaklığına İlişkin Mevzuat.....	35
Tablo 2.1. Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri	49
Tablo 2.2. Şehir Hastaneleri Sözleşme Ekleri.....	57
Tablo 2.3. Şehir Hastanelerinde Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler	62
Tablo 2.4. Garanti Puan Üstü İndirim (y –Faktörü) Oranları	71
Tablo 3.1. Katılımcıların Görüşme Bilgileri	81
Tablo 5.1. Şehir Hastaneleri Değerlendirilmesinin Kod Matris Tarayıcısı	249



ÖNSÖZ

Üniversiteye ilk girdiğim günden bu yana 11 yıllık eğitim hayatımda her daim destekleri ile yanımda olan, beni yetiştiren, hayatımda büyük izleri olan, örnek aldığım, kıymetli büyüğüm ve danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e bu süreçteki katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Tezimin başından sonuna kadar geçen bu süreçte bana her daim katkıları olan tez izleme jürime, SDÜ Sağlık Yönetimi Bölümümün güzide asistanları, hocaları ve Isparta Okulu'nun mensuplarına çok teşekkür ederim. Uzaktan yürüttüğüm doktora tez sürecinde okulla ilgili işlemlerde bana daima yardımcı olan eski oda arkadaşım kıymetli Arş. Gör. Osman ŞENOL'a yardımlarından dolayı çok teşekkür ediyorum.

Bana devamlı vatana ve millete hayırlı bir insan ol diyen, öncelikle vatan ve millet sevgisini aşılayan aileme her daim yanımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Ayrıca bu çalışma SDK-2019-6931 nolu doktora tezi Bilimsel Araştırma Projesi olarak desteklenmiştir. Bu nedenle Süleyman Demirel Üniversitesi BAP yetkililerine verdikleri maddi destekten dolayı teşekkür ederim.

GİRİŞ

Dünyadaki çoğu devlet 1980 sonrasında yeni bir kamu yönetimi anlayışı ile idare edilmeye başlanmıştır. Bu anlayış, hizmet üreten ve işleten devlet anlayışından politika belirleyen ve düzenleyen bununla birlikte hizmetlerin özel sektörün eliyle sunulmasını sağlayarak kendisinin denetleme ve kontrol görevini üstlendiği anlayışa doğru bir geçiştir. Bu süreçte devlet kurumu verimlilik, etkinlik ve kalite gibi performans kriterlerine odaklanarak daha fazla müşteri, piyasa, fiyat merkezli ve daha az bürokrasi anlayışıyla hareket ederek yönetim mekanizmasını yeniden kurgulama yoluna gitmektedir. Bu kurguyu hayata geçiren ise son dönemlerde yaygın bir şekilde kullanılan “*Kamu Özel Ortaklığı*” modelidir. Devletler son zamanlarda kamu hizmetlerinin sunulmasında ve yerine getirilmesinde bu modele başvurmaktadır. Diğer yandan dünyada da değişen kamu yönetimi anlayışı ve yönetim yaklaşımı kapsamında neoliberal kalkınma politikalarının merkezinde yer alan kamu özel ortaklıkları, devlette ya da kamuda yeniden yapılanma sürecinin önemli bir unsuru olarak sürekli gündemde olan bir konudur.

Kamu özel ortaklığı modeli, kamu kurumları ve özel sektörü bir araya getiren mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi unsurların her iki aktörce paylaşıldığı bir yöntemdir. Devletin sunmakla yükümlü olduğu hizmetleri finansman sıkıntısı ile sunamadığı zamanlarda kamuya alternatif bir finansman kaynağı olan model, özel sektörün kaynaklarını kamu hizmetleri için kullanma kolaylığı sağlamaktadır. Diğer bir ifade ile kamu kaynaklarının hizmet üretme noktasında yetersiz kalması, devletin özel sektör kuruluşlarını kamu özel ortaklığı yöntemiyle bu sürece dâhil etmesine neden olmaktadır. Bu sayede özel sektör aracılığıyla kamu hizmetlerinin sunumu sağlanmaktadır. Bu durumda her iki taraf bir yandan fayda (hizmet ve kâr) sağlarken bir yandan da belirli risklerin sorumluluklarını üstlenmektedirler. Böylelikle kamu ve özel sektör birbirini tamamlayan şekilde bir ilişki yumağının içerisine girmiş olmaktadır. Bu ilişki yumağının bir takım sorunları da içerisinde barındırdığı bilinmektedir.

Kamu özel ortaklığı modeli dünyadaki çoğu ülke tarafından kullanılmaktadır. Aynı zamanda birçok kamu hizmetinin sunumu için hükümetler tarafından, hızlı bir şekilde yatırım imkânı sağlayan aracı bir model olarak benimsenmektedir. Kamu özel ortaklığı önceleri altyapı, ulaşım ve enerji sektörlerinde uygulanırken günümüzde eğitim

ve sağlık sekt6rlerinde 6zel sekt6r6n işletmecilik becerilerinden faydalanmak ve finansman sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. D6nya genelinde bir6ok 6lkede 6eşitli sekt6rlerde kamu 6zel ortaklığı y6ntemiyle y6zlerce proje hayata ge6irilmiş ve ge6irilmeye devam etmektedir. Sağlık sekt6r6 ise bu pastadan olduk6a fazla pay almaktadır. Bu y6ntemle 6ok sayıda hastane ve sağlık kuruluşu yapılıp hizmet vermeye başlamıştır.

Diğer yandan d6nyadaki yaşanan bu gelişmeler T6rkiye'ye de yansiyarak karşılık bulmuştur. T6rkiye yeni h6k6metlerle birlikte son yıllarda kamu y6netiminde neoliberal politikaları benimseyerek 6oğu sekt6rde bu politikaları uygulamıştır. Bu politikaların sağlık alanında en g6ncel karşılığı sağlıkta d6n6ř6m programı olarak g6ndeme gelmiştir. Sağlıkta d6n6ř6m programı kapsamında sağlık sisteminde 6ok k6kl6 değişiklikler meydana gelmiştir. En son ve en yeni uygulamalardan bir tanesi de kamu 6zel ortaklığı y6ntemiyle yeni sağlık tesisleri ya da hastaneler yapılması olarak karşımıza 6ıkmaktadır. Bu hastaneler genel olarak şehir hastaneleri olarak nitelendirilip T6rkiye geneli yaklaşık otuz şehirde yapılması planlamıştır. Bunların bir kısmı ihale aşamasında, bir kısmı yapım aşamasında ve bir kısmı ise yapımı tamamlanmış hizmet vermeye devam etmektedir. Bu kapsamda kamu 6zel ortaklığı modeliyle şehir hastanelerinin yapılması ve işletilmesi, T6rk sağlık sistemini bir6ok y6nden etkilemektedir. Bu model sağlık sistemini finansal, yapısal ve y6netsel olarak etkileyerek bir6ok tartışmayı da beraberinde getirmiştir. Bu tartışmaları da g6z 6n6nde bulundurarak şehir hastanelerinin 6eşitli y6nleriyle değerlendirilmesinin yapılması bu 6alışmanın ana konusunu oluşturmaktadır.

şehir hastaneleri, kamu 6zel ortaklığı modeliyle finansmanı sağlanarak hayata ge6irilmiş ve ge6irilmeye de devam etmektedir. T6rkiye i6in yeni bir proje olan şehir hastaneleri modelinin yapısı, y6ntemi, işleyişi, 6lke sağlık hizmetlerine katkıları, finansal s6rd6r6lebilirliği ve gelecekteki riskler gibi konuları derinlemesine incelemek, bu 6alışmanın amacını oluşturmaktadır. Bu kapsamda kamu 6zel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerine b6t6nc6l yaklaşıp sistemin y6netsel, finansal, hukuki ve s6zleşmesel boyutlarının kapsamlı bir değerlendirmesi yapılarak, şehir hastaneleri hakkında genel bir 6er6eve ortaya konulmaya 6alışılacaktır. B6ylelikle, T6rkiye'de hayata ge6miş ve ge6ecek olan şehir hastaneleri projelerinin bir fotoğrafı 6ekilerek genel bir değerlendirme tablosunu g6rme f6rsatı elde edilmiş olunacaktır. Diğer yandan şehir hastaneleri son zamanlarda T6rk sağlık sisteminin en g6ndemdeki konusudur. Bunun yanında bu konuyla

ilgili bilimsel çalışmaların yetersizliği diğer dikkat çeken bir noktadır. Bu kapsamda çalışmayla şehir hastanelerinin genel bir değerlendirilmesi yapılarak, alandaki bilimsel boşluk doldurulmaya çalışılacaktır.

Bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümünde kamu özel ortaklığı kavramı geniş çerçevede ele alınarak teorik bilgilere yer verilmiştir. Bu bölümde; kamu özel ortaklığının tanımı, ortaya çıkış nedenleri, özellikleri, türleri, kamu özel ortaklığı modelinin SWOT analizi, kamu özel ortaklığı risk türleri, dünyada kamu özel ortaklığı ve örnek ülke uygulamaları, Türkiye’de kamu özel ortaklığı ve sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı kavramlarına değinilmiştir. İkinci bölümde, Türkiye’deki şehir hastaneleri modeli incelenmektedir. Bu bölümde şehir hastanelerine giriş yapıldıktan sonra, şehir hastanelerinin sözleşmesel, hukuki, yönetsel ve finansman yapıları üzerinde durulmaktadır. Üçüncü bölümde ise araştırmanın metodolojisi kapsamında çalışmanın amacı, önemi, yöntemi ve katılımcılar grubu gibi başlıkları ele alınmaktadır. Araştırma analizlerinin sonucunu bulgular kısmıyla dördüncü bölümde anlatılmaktadır. Çalışma değerlendirme, sonuç ve öneriler kısmıyla beşinci bölümle sonlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

1.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ TANIMI VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Kamu Özel Ortaklığı, kamu hizmetlerinin sunumu açısından hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde benimsenen önemli modellerden birisidir. Özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılarak uzmanlık, risk paylaşımı ve yatırım yükü gibi konularda devletlere alternatif bir yöntem olarak nitelendirilen kamu özel ortaklığı, uzun yıllardır çok sayıda sektör ve projede başvurulmuş bir geçmişe sahiptir. Kamu özel ortaklığı ya da İngilizce ifadesiyle “*Public Private Partnership, PPP*” uygulamaları dünyada farklı sektörlerde aktif bir şekilde kullanılmakta ve önemi her geçen gün artarak büyük projelerle kendini göstermektedir. Kamu özel ortaklığı uygulamalarının gelişimine bakıldığında, yatırımların çoğalması, kamunun finansman ihtiyacının artması, kamu hizmetlerinin kalitesindeki artış beklentisi, devletin küçülüp işletmeci rolünü bırakarak bu rolü özel sektörün dinamizmine bırakması bu modelin daha da yaygınlık kazanmasına neden olmaktadır.

Kamu özel ortaklığı zengin içeriğe sahip genel bir kavramdır. Aynı zamanda kapsamı ve içeriği itibarıyla geniş bir uygulama alanına sahiptir. Bu sebeple kamu özel ortaklığı teriminin literatürde ortak bir şekilde kullanılan tek terim olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte tanımı üzerinde de net bir şekilde uzlaşa sağlanamamıştır. Yabancı literatürde de bu kavram karmaşasının olduğu görülmektedir. Bu bölümde kamu özel ortaklığı modelinin alt yapısındaki felsefi tartışmalara girmeden daha çok tanımı ve modelin kavramsal çerçevesi üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

Bu modelin terim sorunu “International PPP Platform Turkey”¹ açılış gününde gündeme gelerek tartışılmıştır. Modelin işbirliğinden öte, kamu ile özel sektör arasında ticari bir ortaklığa karşılık geldiği, bu nedenle “ortaklık” teriminin kullanılması gerektiği savunulmuştur. Buradan hareketle ve akademik camiadaki çoğu çalışmada kamu özel ortaklığı kavramı kullanıldığı ve benimsendiği ayrıca İngilizce karşılığını daha uygun

¹“International PPP Platform Turkey, Açılış Töreni Konuşma Metinleri, 2008”, International PPP Platform Turkey, Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığına yönelik PPP kavramının tanıtımı, yayılması ve geliştirilmesi için ulusal ve uluslararası camiayı takip ederek bu kavramın desteklenmesini yapan tarafsız bir platform oluşturup dernek şeklinde kurulmuştur. Ayrıntılar için bkz. <http://ppp.org.tr/> Erişim Tarihi: Aralık 2018.

yansıttığı için, bu çalışmada da “Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)” kavramının kullanılması tercih edilmiştir.

Bu model literatürde “Kamu Özel Sektör İşbirliği (KÖSİ)”², “Kamu Özel İşbirliği (KÖİ)”^{3,4}, “Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖSO)”⁵, ve “Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)”⁶ gibi farklı terimler kullanılarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda ağırlıklı olarak bu kavramların kullanıldığı görülmektedir. Yabancı literatürde ise modelin dünyada ilk defa gündeme geldiği İngiltere’de “Private Finance Initiative (PFI)”^{7,8} olarak kavramsallaştığı daha sonra “PFI” genişleyerek daha kapsamlı “Public Private Partnership” (PPP)^{9,10} kavramı dünyada genelleşip benimsenmiştir. Bazı çalışmalarda da model P3^{11,12} ya da P3s¹³ olarak ele alınarak çalışılmaktadır.

Uluslararası literatürde KÖO’yu inceleyen geniş bir alan olmasına rağmen, KÖO’nun, tanımı ve kapsamı noktasında bir uzlaşının ve fikir birliğinin olmadığı görülmektedir. Bu sebeple evrensel olarak herkes tarafından kabul edilen ve üzerinde anlaşılan KÖO’nun genel bir tanımı bulunmamaktadır. Bu kapsamda kamu özel ortaklıkları ile ilgili en sık rastlanan tanımlara değinmekte fayda vardır.

Kamu özel ortaklığı (Public Private Partnership-PPP),

²Keşli, A. T., (2012), *PPP Projelerinin Hukuki Rejimi (Kamu Özel Sektör İşbirliği)*, 1. Baskı, İstanbul, Grup HBS Yatırım Danışmanlık.

³Sarıs, A., (2009), *Kamu Özel İşbirlikleri, Public Private Partnerships-PPP*, 1. Baskı, Ankara, Yaklaşım Yayıncılık.

⁴Kalaycı, İ. “Enerji Yatırımlarında Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) Modeli: Kuramsal Çerçeve”, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 48-61.

⁵Şahin, M. ve Uysal, Ö., (2012), “Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme”, *Maliye Dergisi*, (162).

⁶Karasu, K., (2009), Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi, *İçinde: Barış Övgün (der), Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın*, (598), 79-91.

⁷Froud, J., (2003), “The Private Finance Initiative: Risk, Uncertainty and the State”, *Accounting, Organizations and Society*, 28(6), 567-589.

⁸Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., and Shaoul, J., (1999), “The Private Finance Initiative: PFI in the NHS—Is There an Economic Case?”, *BMJ: British Medical Journal*, 319(7202), 116.

⁹Banzon, E. P., Lucero, J. A., Ho, B. L., Puyat, M. E., Factor, P. A., and Young, F. J. (2014), Assessing the Feasibility of Public-Private Partnerships in Health in the Philippines (No. 2014-49). PIDS Discussion Paper Series.

¹⁰Keers, B. B., and van Fenema, P. C., (2018), “Managing Risks in Public-Private Partnership Formation Projects”, *International Journal of Project Management*, 36(6), 861-875.

¹¹Hedman, J., Lind, M., Forsgren, O. and Albinsson, L., (2008), “Business Models for Public Private Partnership: The 3P Framework”, IOS Press, 2008 Amsterdam.

¹²White, B., (2017), “Disrupting the Discourse of P3 Value”, *Mount Allison University*, 144 Main Street Sackville, NB, Canada.

¹³Martin, L., Lawther, W., Hodge, G. and Greve, C., (2013), “Internationally Recommended Best Practices in Transportation Financing Public-Private Partnerships (P3s)”, *Public Administration Research*, 2(2), 15.

- Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanan Yeşil Kitap'ta (2004: 3) *“bir hizmetin sunumunu ya da altyapının finansmanını, yapımı, yenilenmesi, işletilmesi, bakımını ve onarımını sağlamak amacıyla kamu otoriteleriyle iş dünyası arasında işbirliği kurulmasına ilişkin yöntem”*,
- Uluslararası Para Fonu'na göre (IMF, 2006: 1) *“geleneksel olarak devlet tarafından tedarik edilip sunulan altyapıya dayalı hizmetleri özel sektör tarafından tedarik edilip sunulması”*,
- Dünya Bankası'nın (World Bank, 2012: 11) tanımına göre *“özel firma kuruluşunun büyük oranda risk ve yönetim sorumluluğu aldığı, kamu mal ve hizmetlerinin sağlanması için özel sektör ve devlet kurumları arasındaki uzun dönemli sözleşme”*,
- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'ne (OECD, 2008: 18) göre ise, *“devlet ile bir ya da daha fazla özel ortağın (işletmecileri ya ve finansörleri içerebilir), devletin hizmet sunum hedefleri ve özel sektörün kazanç hedefleri uzlaşarak hizmetin özel sektör tarafından sunulduğu ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre yeterli risk transferine bağlı olduğu bir anlaşma”*,
- Kanada Kamu-Özel Ortaklığı Konseyi'ne göre (2015), *“kamu ve özel sektörler arasında, her bir ortağın uzmanlığına dayanan ve açık bir şekilde tanımlanmış kamu ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan, kaynakların, risklerin ve ödüllerin uygun şekilde tahsis edilmesi yoluyla sağlanan ortak girişim”*,
- T.C. Kalkınma Bakanlığına göre (2012: 6), *“bir sözleşmeye dayalı olarak yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında dengeli bir şekilde paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi”*,
- *“Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı bir yöntem”* (Kerman vd., 2012:4);
- Bir veya daha fazla hükümet/kamu kurumu ile bir veya daha fazla özel sektör firması ya da kâr amacı gütmeyen kurum arasında, kamu hizmetlerinin sunulmasının yanında finansmanın sağlanması, belirli bir projenin tasarlanması, kurulması, işletilmesi ve/veya sürdürülmesi amacıyla sözleşme anlaşması (Roman ve Bernardino, 2015: 1);
- Risklerin, maliyetlerin, faydaların, kaynakların ve sorumlulukların paylaşıldığı veya yeniden tahsis ettikleri altyapı tesislerinin planlanması/inşası ve/veya işletilmesinde

kamu ve özel ortaklar arasında yapılandırılmış bir işbirliği biçimi (Koppenjan, 2005: 137);

- Kamu sektörü dışındaki herhangi bir kuruluşla bir kamu sektörü kuruluşu arasındaki karşılıklı taahhüdü (herhangi bir sözleşmede belirtilen taahhütlerin üzerine ve üstüne) esas alan çalışma düzenlemeleri (Bovaird, 2004: 1);
- Son olarak T.C. Özelleştirme İdaresi Başkanlığının¹⁴ ifadesine göre, ‘*gelecekte yapılacak kamu yatırımlarının bugünden özelleştirilmesi*’ olarak tanımlanmaktadır.

Bu tanımlardan yola çıkarak KÖO’nun bir tanımı yapılacak olursa; KÖO, kamusal mal ve hizmetlerin tedarikinin sağlanması ve sunumunda kamu sektörü ve özel sektör arasında ihale yoluyla uzun yılları kapsayan sözleşme imzalanarak, her iki tarafın da bu sözleşmelerin yükümlülükleri ve risklerini üstlenmesiyle birlikte, özel sektörün finansmanı, bilgisi, tecrübesi ve hızlı operasyonel hizmet ve mal tedariki noktasındaki etkinliğinin kamu yararına işlerde karşılıklı çıkar ilişkisine dayanarak kullanılması şeklinde ifade edilebilir. Sarısu’ya (2009: 141-142) göre, KÖO kavramı, “*genel olarak kamu alt yapısı, kamu hizmetleri ve ilgili hizmetlerin sağlanması için devlet ve özel sektör arasındaki işbirliği anlaşmalarını içermektedir. Bu işbirlikleri, ortaklar arasındaki yatırım, risk, sorumluluk ve kazancın paylaşılması ile karakterize edilmektedir. Bu çeşit ortaklıkların kurulma sebepleri değişik olmakla birlikte genellikle kamu alt yapı ve hizmetlerinin tasarlanması, finanse edilmesi, inşa edilmesi, işletilmesi ve bakımını amaçlamaktadır*”.

Hubbard ve Paquet (2007: 254), KÖO’ların temel felsefesini Arthur Schopenhauer’in 1851’deki gözlemlerine dayalı olarak “kirpi problemi” diye bilinen olguya dayandırarak ifade etmektedir. Bu çalışmada Schopenhauer’ın gözlemleri KÖO’larla ilişkilendirilerek somutlaştırılmıştır. “*Buna göre soğuk kış günlerinde çok sayıda kirpi ısınmak amacıyla sıkıca birbirlerine sokulurlar. Bununla birlikte bir süre sonra kirpilerin dikenleri birbirine batmaya başlar. Bu yüzden kirpiler birbirlerinden uzaklaşmaya başlarlar. Fakat soğuk onları tekrar bir araya getirir. Kirpilerin soğuk karşısındaki makul çözümleri birbirlerine güvenilir mesafede kalarak yakınlaşmaktır*”. KÖO’lara da bu perspektiften bakılabilir. Yani kamu ve özel sektör kendisine en uygun

¹⁴T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı “2009-2013 Strateji Raporu”, Ankara. s. 23. <http://www.oib.gov.tr/dokuman/stratejik-planlar/2009-2013-stratejik-plani.pdf>.

konumda durmalıdır. Aksi takdirde “KÖO’lar sorunların çözümünde kirpi problemine benzer çelişkiler yaratabilirler. Çünkü KÖO’lar özel, kamu ve sivil sektörlerin temelini oluşturduğu farklı koordinasyon mekanizmaları ve mantığıyla etkileyici bir sinerji, innovasyon ve yüksek üretkenlik yaratırken aynı zamanda enerjileri boşa harcayan bir mekanizmaya da dönüşebilir. KÖO’ların en iyi kullanımı kirpilerin çözümündeki gibi en fazla sıcaklık/en az iğne batırma oranını sağlayacak şartlarla gerçekleştirilebilir” (Akt. Şahin ve Uysal, 2012: 156-157). Kirpi problemindeki gibi KÖO’lar denge üzerine kurulduğunda hem kumu hem de özel sektör açısından olumlu ve etkili çıktılar görülme ihtimali yüksektir. Ancak birbirlerine çok yaklaşp yani gerekli düzenlemeler, şartlar ve çerçeveler takip edilmediği takdirde iki taraf için olumsuz sonuçlanma ihtimali de olabilir.

KÖO, geleneksel olarak devletlerin sunduğu mal ve hizmetlerin, maliyet yükünü devletlerin üzerinden kısmen de olsa almak ve devlet bütçesini zorlayan veya aşan meblağlarda yatırım gerektiren hizmetlerin hayata geçirilebilmesi amacıyla ortaya çıkmış bir proje finansmanı modeli olarak görülmektedir (Sarıkatiipoğlu vd., 2016: 196). Aynı zamanda “KÖO modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devlete alternatif bir finansman sağlamak amacıyla geliştirilmiştir” (Acartürk ve Keskin, 2012: 27). Bu bağlamda KÖO’nun geleneksel kamu yatırımı ile tamamen özelleştirmenin arasında ara bir model olarak konumlandığı söylenebilir. Bu modelin tercih edilme sebebini ise son zamanlardaki neolibarel politikaların etkisiyle dünyadaki değişim ve dönüşüm çerçevesinde ele almakta fayda vardır. Dünyadaki çoğu ülkede hâkim olan görüş devletlerin küçültölüp hizmetlerin piyasa aktörleriyle ya da özel sektör tarafından yürütölmesi şeklindedir. Bununla birlikte ölkelerin gerek merkezi gerek ise taşra birimlerinden sağlanan gelirlerde azalmalar görölmektedir. Diğer taraftan ise giderlerindeki önemli artışın yanında vatandaşların daha kaliteli hizmet beklentisi kamuyu özel sektör ile ortaklıklar kurmaya yöneltmiştir. Bu durum aynı zamanda IMF ve Dünya Bankası gibi çeşitli uluslararası örgütler tarafından da teşvik edilmekte ve desteklenmektedir. Gelişmekte olan ölkelere daha piyasacı politikalar transfer etmekte ve parasal teşvikler sunmaktadırlar. Bu gibi sebepler KÖO’nun gelişmesine daha da katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak günümüzde, hem kamu

hem de özel sektör birbirine ihtiyaç duyup her iki taraf da birbirinden faydalanma yoluna gitmektedir.

Kamu, özel sektörle ortaklık yoluna giderek belli amaçları hayata geçirmeyi istemektedir. Bunların başında özel sektörün elindeki sermayeyi harekete geçirmek, özel sektörün sahip olduğu işletme mantığı sayesinde kurumların işletme etkinliğini ve verimliliğini artırmak, özel sektörün rekabet ve pazar gücünden yararlanarak kamu harcamalarının azaltılması, büyük çaptaki projelerin daha hızlı bir şekilde hayata geçirilmesi, projelerin yürütülmesinde ortaya çıkan riskin paylaşımı ve özel sektörün elindeki teknolojilerin kullanılması sayılabilir. Özel sektör açısından ise kamunun sahip olduğu kaynak ve imkânları kullanarak yeni iş sahalarında yeni kazanç imkânlarının oluşturulması ve devletin doğal garantörlük rolü bu tür ortaklıklara katılmada belirleyici olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında özellikle özel sektör tarafından sağlanan finansman desteği, merkezi ve mahalli idarelerin içinde bulundukları mali sıkıntıların aşılmasında çok önemli rol üstlenerek, öngörülebilir kısa bir sürede gerçekleştirilmesi zor olan büyük ölçekli yatırımların ortaya çıkmasına önemli bir katkı sunmaktadır (Güneş, 2009: 59). Aynı zamanda KÖO'lar, devletin sunacağı mal ve hizmetlerin, yapım işlerinin bütçe yetersizliği nedeniyle ertelenmesini veya yapılamamasını önlemek amacıyla da tercih edilmektedir. Modelin kullanılmasının temel nedeni yatırım finansmanının sağlanması olsa da kamu yatırımlarından kaynaklanan maliyetlerin azaltılması, özel sektörün konforunun kamu hizmetlerinde yaşatılması ve riskin etkin dağıtılması gibi faydaları da olduğu bilinmektedir. Özel sektör ise sahip olunan çeşitli imtiyazlarla yatırımın geri dönüşümünü garanti altına almak istemektedir (Uygun, 2013: 25). KÖO'ya bu şekilde bir giriş yapıp tanımıyla beraber çerçevesini çizdikten sonra şimdi de modelin geçmişine biraz değinmekte fayda vardır.

1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ TARİHSEL ARKA PLANI

Her ülke kamu özel ortaklığına kendi tarihi perspektifinden bakarak farklı çıkarımlarda bulunmaktadır. Geçmiş yüzyıllarda kamu özel ortaklığı modeli çeşitli ülkelerde aynı isimle olmasa da farklı şekilde ve farklı sektörlerde kullanıldığı bilinmektedir.

Kamu ve özel sektörün ortaklığı ile hayata geçirilen projelerin tarihteki ilk örnekleri, 17. yüzyılda Avrupa'da özellikle İngiltere ve Fransa'da özel sektörün katıldığı

yol inşaatı ve kanal projeleri ile başlamıştır (Saiyed, 2015: 25; Associates, 2017: 11). Örneğin, Fransa’da 1681’de inşa edilen “Canal du Midi” özel finansman kullanılarak tamamlanmıştır (Cartlidge, 2006: 11). Daha sonra 19. yüzyılda Avrupa ve Amerika’da endüstri devrimi ile birlikte toplu taşıma, enerji ve kanalizasyon sistemlerinin genişlemesiyle hızlı kentleşme meydana gelmiş, bunların çoğu, imtiyaz anlaşmaları yoluyla özel sektör tarafından faaliyete geçirilmiştir (Associates, 2017: 11; Babatunde, 2015: 15; Cartlidge, 2006: 11). Model aynı zamanda 19. yüzyılın ortalarından itibaren başarıyla başka ülkelere ihraç edilmeye de başlanmıştır. 1858 yılında başlanarak Fransızlar tarafından finanse edilen ve inşa edilen Süveyş Kanalı KÖO’nun bir türü olan yap-işlet-devret modeliyle hayata geçmiştir (Bergere, 2016: 4; Cartlidge, 2006: 10).

20. yüzyıla gelindiğinde birinci ve ikinci dünya savaşları ve 1929 yılındaki gibi büyük ekonomik krizler ülkeleri daha devletçi politikalara yöneltmiştir. Bu sürede büyük kamu yatırımları devletlerin eliyle gerçekleşmiştir. Mooney’e (2012: 110) göre yirminci yüzyılın sonlarına doğru ise, 1980’lerde Amerika Birleşik Devleti (ABD) Başkanı Ronald Reagan ve Birleşik Krallık’ta Başbakan Margaret Thatcher tarafından başlatılan Washington Konsensüsü çerçevesinde neoliberal politikalar özelleştirme akımlarını başlatmıştır. Çoğu ülkelerin hükümetleri de bu durumdan etkilenecek kendi ülkelerinde neoliberal politikaları uygulamaya başlamıştır. Bu durum daha piyasacı ve kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi olarak çoğu devlette karşılık bulmuştur. Neoliberal akımların başlamasıyla birlikte KÖO kavramı da kendine daha çok uygulama alanı bularak gelişmeyi sürdürmüştür.

Bugünkü anlamda KÖO modellerinin uygulanmasına ise ilk olarak, İngiltere’de “Özel Sektör Finansman Girişimi” (PFI) adı altında 1992 yılında John Major’un hükümeti tarafından başlanmıştır. İngiltere’de modelin başarılı uygulamalarından sonra Almanya, Avusturalya, Kanada ve ABD gibi birçok ülke bu modeli uygulamak için harekete geçmiştir (Roman ve Bernardino, 2015: 7; Babatunde, 2015: 16; Alfen, 2010: 14; Spackman, 2002: 285; Hood ve McGarvey, 2002: 21; Kile vd., 2014: 233). 2000’li yıllarla birlikte çoğu gelişmiş ve gelişme olan ülkelerde KÖO uygulamaları çeşitli projelerde hayata geçirilmiş ve geçirilmeye de devam etmektedir (Grimsey ve Lewis 2004: 3-6).

1.3. KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARININ ÖZELLİKLERİ VE TERCİH EDİLME NEDENLERİ

KÖO'lar, hem kamu sektörünün hem de özel sektörün spesifik görevlerine göre bazı avantajlar sunmaktadır. Her iki sektörün de en iyi yapabilecekleri şeyleri yapmalarına imkân sağlayarak, kamu ve altyapı hizmetlerinin ekonomik açıdan en verimli bir şekilde gerçekleşmesine imkân oluşturmaktadır. Bu sebeple KÖO'ların genel amacı taraflar arasında ilişkiyi yapılandırıp gerçekleştirmek, özel sektörün beceri ve yeteneklerinden yararlanmak ve ortaklıktan oluşan riskleri onları en iyi kontrol edebilecek sektör tarafından üstlenmesi sağlanarak artan değer kazanmayı hedeflemektir (European Commission, 2003: 16-17).

KÖO'nun özelliklerine bakıldığında ilk ifade edilecek madde finansmanın özel sektör tarafından üstlenilmesi olacaktır. Bununla birlikte, genel olarak yüksek kaynak gerektiren büyük alt yapı projeleri için kullanılsa da günümüzde daha küçük boyutlu uygulamalar için de yaygınlık göstermektedir. Diğer bir özellik ise, kamu özel ortaklığı çerçevesinde planlanmış bir projenin farklı yönlerinde, bir kamu ortağının ve bir özel sektör ortağının arasında işbirliği gerektiren nispeten uzun vadeli ortaklık ilişkisi söz konusudur. Bunun yanında KÖO modelinde devletin ana görevi organizasyonu sağlamak ve denetlemektir, bu sayede devlet proje ömrü boyunca etkin rol almaktadır. (Green Paper, 2004: 3; Grimsey ve Lewis, 2004:13; Tekin, 2008: 6; Li ve Akitoye, 2003: 4; Lee, 2005: 2).

KÖO projelerinde risk ve sorumluklar devlet ve özel sektörce paylaşılmaktadır. İlke olarak her risk onu en ekonomik yoldan çözebilecek tarafa verilmektedir. Riski kimin üstleneceğine ilişkin karar, tarafların her birinin riski değerlendirme ya da ölçümleme, kontrol ve riskin üstesinden gelebilme yeteneğine göre projeden projeye değişiklik gösterebilmektedir. Risk paylaşımındaki amaç projelerde istenilen sonuçlara varmak ve faaliyetlerin sorunsuz bir şekilde yerine getirilmesini sağlamak içindir. KÖO modeli tek başına dışarıdan hizmet alma uygulaması (outsourcing), finansman modeli, gayrimenkul geliştirme projesi veya imtiyaz sözleşmesi değildir. Genelde tasarım, finansman, yapım ve bakımı bütünleştiren uygulamaları kapsamaktadır. KÖO modelinin çekirdeğini devletle yapılan hizmet veya imtiyaz sözleşmesi oluşturur. Özellikle verilecek olan hizmetlerin uygun fiyatlarla, kesintisiz, kaliteli ve belirli bir nicelik ve nitelik düzeyinde

sunulmasını garanti altına almak hayati önem taşır (Green Paper, 2004: 3; Grimsey ve Lewis, 2004:13; Tekin, 2008: 6; Li ve Akitoye, 2003: 4; Lee, 2005: 2).

KÖO’lar taraflar arasında ortaklığın çerçevesini belirleyecek “oyunun kurallarını” ortaya koyan, ortaklara dayanak sağlayıp güven duyabilecekleri aynı zamanda sürekliliği koruyacak sözleşmeleri içermektedir. Bu sözleşmeler tarafların karar almalarını ve yönetim düzeyinde etkileşimlerinin gelişmesine imkân sağlamaktadır. Diğer yandan kamu özel ortaklığı sözleşmeleri ortaklığın temel mimarisini sağlarken mutlaka eksik yönü çıkabilmektedir, sözleşmeler bileşenlerinin tüm yapısını belirtmez/belirtemez ve tüm çıktıların sonuçlarını ön göremez. Bu nedenle taraflar arasında paylaşılan değerler, öncelikler ve politik amaçlara yönelik ortak bir anlayış ve iyi bir güven ilişkisi olmalıdır. Aksi durumda ise projenin başarılı bir şekilde sonuçlanması zorlaşabilir. Hem kamu hem de özel sektörün rolü ve çıkarları birbirinden farklıdır. Bu yüzden taraflar arasında ortaklık anlaşmasında pazarlık ya da ihale süreci de yaşanmaktadır (Green Paper, 2004: 3; Grimsey ve Lewis, 2004:13; Tekin, 2008: 6; Li ve Akintoye, 2003: 4). Genel olarak KÖO, sinerjileri en üst düzeye çıkarmak ve düşük sermaye / yüksek işletme maliyeti tekliflerinden vazgeçmek için tipik olarak “paketlenmiş” (tasarım, inşaat, bakım-onarım ve işletme) hizmetleri içermektedir. Altyapı ve hizmet sunumunda risk yönetiminde yeni ve dinamik bir yaklaşımı da sunmaktadır.

KÖO ile ilgili projelerde devletin önceliği kamu yararı, sunulan hizmetlerin kalitesi ve en uygun fiyat politikası belirleyip, erişilmesi gereken hedeflere odaklanmaktır. Bununla birlikte devlet yerine getirilen işlerin hedeflere uygunluğunun denetlenmesi sorumluluğunu da üstlenir (Green Paper, 2004: 3). Kamu, özel sektörün finansmanı ile projeleri zamanında ve bütçe içerisinde tamamlamak, riskin doğru tahsisi ile pazar verimliliğini artırmak, kullanıcılara daha kaliteli ve kapsamlı hizmet sunmak, maliyetleri düşürme ve bakım-onarım maliyetlerini azaltmak, ülkeye yabancı yatırımcı çekmek, gelişmiş teknolojiye ve inovasyona erişmek, kaynakların optimizasyonu sağlamak, özel sektörün esnekliğini elde etmek ve yasal düzenleme ve uygulamaların baskısını azaltmak gibi nedenlerle KÖO modelini tercih ederek kullanılmaktadır (Associates, 2017: 12-13). Bunların dışında KÖO hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kamu hizmetleri ile ilgili artan nüfusun beklentilerine cevap vermek, alt yapı eksikliklerini gidermek ve iyileştirmeler yapmak, projelerin teslim sürelerini kısaltmak, bütçe yetersizliklerinden kurtulmak ve daha yenilikçi hizmet ve uygulamalar geliştirmek

için de tercih edilmektedir. Ayrıca kamu, herhangi bir acil nakit paraya ihtiyaç duymadan KÖO modeliyle bir projenin tasarım, inşaat ve hizmet süreci de dâhil bazı riskleri de özel sektöre transfer edip maliyet yükünü hafifleterek bir projeyi hayata geçirebilmektedir. Bu gibi faktörlerden dolayı devletlere KÖO modeli çekici gelmektedir. KÖO'ların özellikleri ve tercih edilme nedenlerini bu şekilde anlattıktan sonra bu modelin türlerini değerlendirmekte önem arz etmektedir.

1.4. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELLERİ

Sınırlı finansman ve artan kısıtlamalar nedeniyle, birçok devlet kurumu büyük yatırımlar yapmak zorunda kalmadan, güncellenmiş altyapıları sürdürmenin bir aracı olarak ya da yeni hizmetlerin getirilmesi için kamu-özel ortaklık modelinin farklı türlerini araştırmaktadır. KÖO, pek çok kişi ya da kurum tarafından altyapı projelerinin reçetesi ya da en iyi çözüm yolu olarak kabul edilmektedir. Çünkü finansman, iş tamamlama ve işletme gibi süreçlere devlet bütçesinden ödün vermeden büyük projelere ve yatırım sorunlarına çözüm sunabilmektedir. Bununla birlikte çok çeşitli inşaat, işletme, mülkiyet ve gelir getirici senaryolara uyacak farklı türde kamu-özel ortaklığı modelleri mevcuttur. Bunlar esas olarak sermaye varlıklarının mülkiyeti, yatırımın sorumluluğu, risk varsayımı ve sözleşmelerin süresi bakımından farklılıklar göstermektedir. Modeli daha iyi tanımak için kısaca bunlara değinmekte fayda vardır.

Literatürde KÖO modelleri ya da türlerinin sınıflandırılmasıyla ilgili bir standardizasyonun olduğunu görmek mümkün değildir. KÖO geniş uygulama alanına sahip olması ve yapısındaki esneklik sayesinde farklı sektörlerde farklı modellerle kendine uygulama alanı bulabilmektedir. Aynı zamanda KÖO terimi ve tanımındaki esneklik, kamu özel ortaklığı modelleri ya çeşitleri üzerinde de görülmektedir. KÖO modelleri geniş çerçevede; hizmet sözleşmeleri, işletme ve yönetim sözleşmeleri, kiralamar, imtiyazlar (concessions), ortak girişimler (joint venture), hibrid ya da melez anlaşmalar (Hybrid Arrangements) ve yap-işlet-devret (YİD) sözleşmeleri ve çeşitleri olarak ele alınmaktadır (Turina ve Car-Pušić, 2006: 2; Ndandiko ve Ibanda, 2010:27-33; Karim, 2011: 9; www.ppp.worldbank.org; Asian Development Bank, 2008:27-43;). Dar çerçeve de ise tasarla-yap-işlet ve devret modelleri ekseninde sınıflandırılmaktadır (Roman ve Bernardino, 2015: 3-4; Kačer vd., 2008: 609-611; Diéguez ve Oliver-Alfonso,

2013; 611). Burada ise konunun dışına çok çıkmadan dar kamsam da en çok kullanılan modelleri ele almakta fayda vardır.

- **Sadece Finans (Finance Only):** Yalnızca finans modelinde, bir finansal hizmetler şirketi, emeklilik fonu veya bir banka gibi özel bir kuruluş, kamu altyapısının inşasını doğrudan veya uzun vadeli bir kiralama ya da tahvil ihracı gibi mekanizmalar aracılığıyla finanse eder. Kamu ortağı, tesisin yapımı ve işletilmesiyle birlikte tüm risk ve masrafları üstlenir (Handbook on Public Private Partnership (PPP) in Built Heritage Revitalisation Projects, 2017: 42). Bu modelde kamu, tesisin yapılması için sadece finans desteği alır ve tesisi kendisi yaparak işletir.
- **Tasarla-Yap (Design-Build):** Bu tip, iki ayrı işlemi tek bir sözleşmede birleştirir. Kamu kesimi finansman sağlayarak ve özel bir ortak (bir firma veya bir konsorsiyumdan) geleneksel olarak sabit ücretli ve sözleşmeye dayalı olarak bir tesisin tasarlanması ve inşası için hem mühendislik hem de inşaat hizmetlerinin tedarikini sağlar. Burada özel ortak, projeyi belirli bir zaman çizelgesi içerisinde sabit bir ücret karşılığında tamamlamanın getirdiği sorumluluk ve riskleri üstlenir. Yani özel ortak tasarım ve inşaat riskini üstlenir. Kamu ise, finansmanla birlikte tesisin sahipliğinin getirdiği işletme, bakım ve mali sorumlulukları üstlenir (Roman ve Bernardino, 2015: 3).
- **Yap-İşlet-Devret (Build-Operate-Transfer):** Bu model basit ve geleneksel olarak en çok kullanılan KÖO modellerinden birisidir. Bu model kapsamında özel ortak, kamu tesisinin yapımını, finansmanını ve belirli bir süre işlettikten sonra geri iadesini yerine getirir. Projelerin sermayesi, kâr ya da zararı özel ortağa aittir. Hizmetler kamu kuruluşunun kontrolü altında yürütülür. Sözleşmenin sona ermesi üzerine, tesis ortak kuruma geri devredilir. Bunun yanında kamu kurumu, özel ortağın hizmet karşılığında kullanıcılardan gelir elde etmesine izin vermektedir (Handbook on Public Private Partnership (PPP) in Built Heritage Revitalisation Projects, 2017: 43). Kamu özel ortaklığı içerisinde en sık başvuru alan modeldir. Özellikle büyük bütçeli ve ölçekteki projelerin gerçekleştirilmesi için yaygın olarak yap-işlet-devret modeline başvurulmaktadır.
- **Yap-Devret-İşlet (Build-Transfer-Operate):** Kamu bir tesisi finanse edip inşa etmek için, özel bir ortakla sözleşme yapar. Proje tamamlandıktan sonra, özel

ortak tesisin mülkiyetini kamuya devreder. Kamu daha sonra tesisi, özel ortağın yatırımını geri alma ve makul bir getiri oranını geri kazanma imkânına sahip olduğu, uzun vadeli bir kiralama sözleşmesiyle tekrar tesisi özel şirkete kiralar (Kwan, 1999: 9).

- **Tasarla-Yap-İşlet ve Finanse Et (Design, Build, Operate and Finance):** Bu model, bir tesisi tasarlamak, inşa etmek, işletmek ve finanse etmek için belirli bir süreliğine özel sektörle yapılan bir sözleşmeye dayalı olarak ve daha sonra tesisi kamu sektörüne geri iade etmeyi içerir. Tesis sözleşme süresince özel sektöre ait olup, özel sektör kamu sübvansiyonu ile maliyetlerini geri almaktadır. Kilit faktör tasarım, inşaat ve işletme riskinin transferine ek olarak özel finansmanın kullanılmasıdır. Değişik formlarda tasarım, inşa, finans, işletme, sahip olma ve devir sorumluluğunun farklı kombinasyonlarını içerir (Ndandiko ve Ibanda, 2010: 33). Bu özel KÖO modeli, 25-30 yıl gibi uzun bir vadeyle özel bir ortakla sözleşmeyi içerir. Özel teşebbüs, sözleşmede açıkça belirtilmiş olan hizmet ve performans standartlarına sahip bir tesisi kurma ve işletme sorumluluğunu yüklenir. Sözleşme süresi sonunda tesis daha sonra kamu tarafından devralınmaktadır. Bu, kamu ve özel ortak arasında, sonrasının önemli bir risk taşıdığı karşılıklı bir anlaşmadır (Grimsey ve Lewis 2004: 60).
- **Yap-Kirala-İşlet-Devret (Build-Lease-Operate-Transfer):** Bu model yap-kirala-devret olarak da bilinmektedir. Bu modelde özel ortak, kamuyla anlaşmalı olarak finansman sağlayıp bir tesis kurar. Özel şirket bu tesisi hem kamuya kiralar hem de hizmet üreterek sözleşme süresi boyunca işletir. Sözleşmenin sona ermesi üzerine, tesisin mülkiyeti kamu ortağına iade edilir (Belka, 2008: 3). Diğer bir ifadeyle yap-kirala-devret modeli, kamuya ait tesisler ya da alt yapı yatırımlarının özel sektör ortağı tarafından yapılması ve belli bir süreyle devlete kiralanması olarak ifade edilmektedir. Bu kamu özel ortaklığı modelinde kira süresi boyunca özel sektör ortağı kamunun arzu ettiği hizmetleri üretir (Çınar vd., 2017: 221). Bu model Türkiye’de sağlık alanında oldukça geniş bir uygulama alanı bulmuştur. Yeni yapılan hastane binalarının yapımı ve işletilerek kiralanmasında bu model kullanılmaktadır.
- **Yap-Sahiplen-İşlet (Build-Own-Operate):** Kamu ya mevcut bir tesisin mülkiyetini ve sorumluluğunu özel bir şirkete devreder. Ya da daimi olarak yeni

bir tesis inşa etmek, sahip olmak ve işletmek için özel bir ortakla sözleşme yapar. Özel ortak genellikle finansmanı sağlar ve tesisin sahibi olur (Kwan, 1999: 10).

KÖO ortaklığı ile ilgili çeşitli modeller gelişmiş ve gelişmeye de devam etmektedir. Bu modeller genelde birbirine yakın olmakla birlikte bazı farklılıkları da içinde barındırmaktadır. Bununla birlikte sektörlere göre kullanılan modellerde değişiklik göstermektedir. Örneğin; enerji, ulaşım ve benzeri alt yapı yatırım ve hizmetleri için yap-işlet-devret, sağlık ve eğitim hizmetlerinde ise yap-kirala-devret modelleri daha çok ön plana çıkmaktadır. Devletler ya da kamu kurumları son zamanlarda bazı hizmetlerin hayata geçirilmesi için bu modeller kapsamında özel bir şirket ile anlaşma yoluna giderek önemli sayıda büyük ve küçük bütçeli projeye imza atmaktadır. Kamu KÖO modelini kullanarak hizmetlerin kullanılmasını sağlarken bir takım avantajların yanında dezavantajlar ve riskler de üstlenmektedir. Bu kapsamda KÖO'nun SWOT analizini yaparak modelin bütün yönleriyle değerlendirmesini görmekte fayda vardır.

1.5. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN SWOT ANALİZİ

KÖO politik yapısı ya da doğası gereği çeşitli tartışma ve eleştirileri beraberinde getirmektedir. Bu sebeple KÖO modelinin her yönüyle bilinmesi, uygulamaların değerlendirilmesine önemli bir ışık tutabilir. Bu bölümde KÖO'na geniş perspektiften bakılarak modelin SWOT analizinin (avantaj ya da güçlü yönü ve dezavantajlarının veya zayıf yönünün yanı sıra fırsat ve tehditlerinin) değerlendirilmesi yapılacaktır.

1.5.1. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Avantajları

KÖO'nun avantajları, güçlü yönleri ya da yararları ele alındığında şu faktörlerin öne çıktığı görülmektedir.

KÖO'ları gelişmiş operasyonel verimlilik yoluyla kamu hizmetlerinin daha iyi sağlanması ve sunulması için, özel sektörün beceri, tecrübe, teknolojik ve yenilikçi birikimlerinden istifade edip faydalanmayı sağlamaktadır. Aynı zamanında özel sektör projelerin zamanında ve öngörülen bütçe dâhilinde tamamlanmasını teşvik eder. KÖO, yerel ya da ulusal özel sektör şirketlerin büyük uluslararası şirketlerle ortak girişimler kurmasını sağlayarak yeteneklerini geliştirmelerine imkân oluşturmaktadır. Ayrıca inşaat ve elektrik işleri, tesis yönetimi, güvenlik, temizlik ve bakım hizmetleri gibi alanlarda yerel şirketlere taşeronluk imkânları sağlamaktadır (Lee, 2005: 3; Sapri vd., 2016: 4; Lai,

2018: 248-249; Zaharioaie, 2012: 18; Brzozowska, 2006, 24; Singh, 2017: 2093; Corner, 2005: 49; Alexandersson ve Hultén, 2009: 99; www.ppp.worldbank.org; House of Commons Treasury Committee, 2012: 5; Tharun Shastry, 2014: 61).

KÖÖ'ları sayesinde kamu tesisleri ve hizmetlerin kalitesinde önemli bir gelişme sağlanarak vatandaşların hizmetlerden memnuniyeti artmaktadır. Altyapı hizmetlerinin geliştirilmesi, hizmetlere olan artan talebi karşılamak ve sınırlı kamu sektörü kapasitesini desteklemek için özel sektör finansmanını kullanmayı sağlar. Bununla birlikte altyapı projelerinin mevcut ve gelecekteki maliyetlerini belirleyerek bütçe kesinliğini ortaya koymaktadır. Diğer yandan KÖÖ'lar ekonomik büyüme, istihdam ve yatırım fırsatları sağlayarak ülkenin rekabetçi gücünü geliştirip yabancı yatırımcıyı teşvik ederek ekonomik canlanmayı sağlamaktadır (Lee, 2005: 3; Sapri vd., 2016: 4; Lai, 2018: 248-249; Zaharioaie, 2012: 18; Brzozowska, 2006, 24; Singh, 2017: 2093; Corner, 2005: 49; Alexandersson ve Hultén, 2009: 99; www.ppp.worldbank.org; House of Commons Treasury Committee, 2012: 5; Tharun Shastry, 2014: 61).

KÖÖ'lar bir projenin tasarım, inşaat, işletme ve bakım aşaması da dâhil bütün ömrü boyunca oluşacak maliyetlerini özel sektöre risk transfer ederek, kamu sermayesini projenin ömrü boyunca yayarak uzun vadeli paranın değer karşılığını almayı sağlar. Projelerin maliyet aşırımları ve gecikmelerini en aza indirerek, kısa sürede gerçekleşmesine imkân verir. Bunun yanında büyük ve karmaşık altyapı projelerin uygun bir şekilde gerçekleşmesini sağlar. Ayrıca KÖÖ özel yatırım sermayesinin katkısı sayesinde, kamu kaynakları desteklenebilir veya daha sonra diğer kamu ihtiyaçlarına yönlendirilebilirler, böylece finansal kaynakların ve hatta rollerin, teşviklerin ve sorumlulukların yeniden tahsisine dayanan kamu sektörünün reformunu kullanarak verimliliğin artırılmasını sağlarlar (Lee, 2005: 3; Sapri vd., 2016: 4; Lai, 2018: 248-249; Zaharioaie, 2012: 18; Brzozowska, 2006, 24; Singh, 2017: 2093; Corner, 2005: 49; Alexandersson ve Hultén, 2009: 99; www.ppp.worldbank.org; House of Commons Treasury Committee, 2012: 5; Tharun Shastry, 2014: 61).

Son olarak KÖÖ modelinin güçlü yönleri, iyileştirilmiş hizmet kalitesi, proje maliyetlerinin daha düşük olması ve maliyet verimliliğini sağlaması, risk paylaşımı, rekabetin artırılması, paranın değeri, daha erken ve daha hızlı bir şekilde projelerin teslim edilmesi, kamu hazinesi kaynaklarının kullanımının azaltılmasıyla daha iyi bütçeleme oluşturulması olarak özetlenmektedir (Lee, 2005: 3; Sapri vd., 2016: 4; Lai, 2018: 248-

249; Zaharioaie, 2012: 18; Brzozowska, 2006, 24; Singh, 2017: 2093; Corner, 2005: 49; Alexandersson ve Hultén, 2009: 99; Tharun Shastry, 2014: 61).

1.5.2. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Dezavantajları

KÖO projeleri tipik olarak karmaşık projelerdir. Bunun en önemli sebeplerinden biri, projelerin genellikle iki aşamaya bölünmüş uzun vadeli yatırımlarla (inşaat aşaması ve operasyonel/bakım aşaması) gerçekleşmesidir. Bu süreçlerin karakter bakımından birbirinden çok farklı olması ve farklı talepler içermesi projelerin uğraştırıcı yönünü ortaya çıkarmaktadır. Aynı zamanda bu projeler karmaşık, uzun ve teknik terimler içeren sözleşmeler çerçevesinde hayata geçirilmektedir. Bu nedenle sözleşmelerin tasarım ve yönetiminde uzman ekiplerin olmaması projeleri riske edebilmektedir. (Alexandersson ve Hultén, 2009: 102). Kamu kurumu uzun vadeli bu sözleşmelerle bağlanır (genellikle yaklaşık 30 yıl). Ancak iş ihtiyaçları zaman içerisinde değişebilir, bu nedenle sözleşmenin, sözleşme ömrü boyunca değişen bu ihtiyaçlar için uygun olmama riski vardır. Diğer bir ifadeyle sözleşmelerin değişen ihtiyaçları kapsayamaması ya da gerekli esnekliği göstermemesi dezavantajlı bir durum oluşturmaktadır. Nitekim kamu sektörü kuruluşunun iş ihtiyaçları değiştikçe çeşitlilik gerekebilir. Bunların yönetimi, sözleşme şartlarının ve fiyatlarının yeniden müzakere edilmesini gerekli kılabilir. (Corner, 2005: 49). Bu nedenle KÖO projelerinde sözleşme esnekliği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

KÖO projeleri daha yüksek işlem maliyeti içermektedir. KÖO'ları toplam proje maliyetlerini azaltmaya çalışır, ancak eğilim maliyetleri ve geliştirme maliyetleri daha yüksektir. KÖO'larda iki veya daha fazla taraf olduğu için koordinasyon eksikliği ve geçimsizlik ihtimali vardır. Bazı projelerde rekabet edilemezlik ve rekabet eksiliğinden dolayı verimsizlikler yaşanabilir. Diğer yandan kamu ve özel sektör arasında birbirlerine güven kaybına neden olabilecek bir kültür boşluğu vardır. KÖO'da yer almak için özel sektörlerin amacı, esas olarak kâr elde etmektir, ancak kamu sektörünün amacı hizmet odaklıdır. Bu durum bazen çatışmalara sebebiyet verebilir. KÖO projeleri, projenin tamamlanmasına katılan çok fazla insan ve süreç olduğundan, yolsuzluk riski biraz daha düşüktür. Ancak ihale süreçlerinde etik dışı davranışlarla bazı şirketlere tolerans gösterilip farklı ilişkiler içine girilme riski vardır. Bu da projenin maliyetine etki edebilir.

Bunların yanında hükümetlerin ve yasaların değişmesi KÖO projelerinin üzerinde bazen kötü bir etkiye sahip olabilmektedir (Tharun Shastry, 2014: 61) .

Devletin kendisinin yaptığı bazı hizmetleri özel sektöre devretmesiyle özel sektör bağımlılığını artırarak, kamu kontrolünü, koordinasyon ve yönetim sistemini yitirerek işletme kapasitesinin kaybolmasına sebep olabilir. Bu bağlamda özel şirketin iflas etmesiyle bir yönetim krizinin yaşanma riskini görmekte fayda vardır. Kamu ve özel sektör arasında risklerin uygunsuz tahsisi, bu modelin işletilmesi için ciddi bir önem teşkil etmektedir. Ayrıca özel sektör kuruluşunun kamuya hesap verme konusundaki yetersizliği ve şirketin işletmeyi tasfiye etmesi ya da statüsünü değiştirmesiyle borç ve sorumluluktan kaçma riski vardır. Nitelikli müteahhitler ya da şirketler mevcut değilse sınırlı rekabet nedeniyle projelerde daha yüksek maliyetler olabilmektedir (Lee, 2005: 3).

KÖO projelerinin geliştirilmesi, teklif verilmesi ya da ihale edilmesi ve diğer devam eden maliyetler, geleneksel devlet alımı ya da tedarik süreçlerine göre daha yüksektir. Bunun yanında özel sektör daha yüksek faiz oranları ile finansman sağlamakta bu da doğal olarak proje maliyetine yansımaktadır. Kamu bu nedenle yatırımlar için daha büyük maliyetlerin gerekli olup olmadığını doğru tespit etmesi gerekir. Hayata geçirilen projelerde sözleşme gereği kamunun sorumluluğu devam etmektedir. Hizmet kullanıcıları sunulan hizmetlerin kalitesinden devleti sorumlu tutmaya devam edecektir. Kamu ayrıca projenin hayata geçirildiği uygulayıcı kurum/ veya düzenleyici bir kurum aracılığıyla KÖO düzenlemelerini anlayacak, KÖO anlaşması kapsamında kendi sorumluluklarını yerine getirecek ve özel sektörün performansını izleyebilmekle birlikte faaliyetlerini de denetleme uzmanlığına sahip olmalıdır (www.ppp.worldbank.org¹⁵). Ancak bu her zaman mümkün olmayabilir ve kamu zarar edebilir.

Bu projelerin uzun vadeli niteliği ve ilgili karmaşıklığı göz önüne alındığında, proje geliştirme sürecinde muhtemel tüm durumları belirlemek zordur ve sözleşme sırasında taraflarca öngörülmeyen olaylar ve sorunlar ortaya çıkabilir. Tarafların, bu koşulların yerine getirilmesi için sözleşmeyi yeniden müzakere etmesi için tedbirler alınması gerekebilmektedir. Ayrıca bazı projelerin, projenin öngörülen süresinden önce, hükümet politikasındaki değişiklikler, özel şirketin veya hükümetin yükümlülüklerini yerine getirmesi veya mücbir sebepler gibi dış koşullar nedeniyle başarısız olması veya

¹⁵ <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives> Erişim Tarihi: 18.01.2019.

feshedilmesi de mümkündür. Bu sorunlardan bazıları KÖO anlaşmasında ele alınabilse de, bazılarının proje süresince yönetilmesi gerekebilir. Bu riskler süreç içerisinde devamlı göz önünde tutulmalıdır. Özel sektör projenin risklerinin bütün yönleriyle sınırsız bir biçimde transferini kabul etmeyecektir. Özel şirketler ve finansman sağlayıcıları kontrolleri dışındaki mevcut riskleri (örneğin, döviz kuru ve eski tesislerden kaynaklı riskler) ya da büyük riskleri kabul etme konusunda temkinli olacaktır. Eğer bu riskleri üstlenilirlerse maliyetler hizmet bedeline yansıtacaklardır. Özel şirketler aynı zamanda önemli riskleri kabul ederse operasyonlar üzerinde önemli düzeyde kontrol bekleyecektir. Bu durumda da hizmetler sunulurken kamu yararından çok ticari kâr kaygısını kendini gösterebilir. Bu sebeple özel şirket hizmet sunumunda maliyetleri göz önüne alarak kâr kaygısıyla hareket ederek hizmetlerin miktarını ve kalitesini düşürme yoluna gidebilir. Bu durumu önlemek amacıyla sözleşmelerdeki performans kriterlerinin ya da standartları açık ve ayrıntılı bir biçimde düzenlenmelidir (www.ppp.worldbank.org).

KÖO modelinin bunların dışında da sektörden ya da projeden projeye değişen sorunları ya da riskleri olabilir. Bu kapsamda KÖO modelinin riskli yönlerini ya da deavantajlı durumlarını önceden bilip sözleşmelerin bu doğrultuda hazırlanmasında büyük fayda vardır. Aynı zaman da sürdürülebilir bir çözüm elde etmek için açık bir yasal ve düzenleyici çerçeve çok önemlidir. Bu durum öngörülme-yen ya da iyi hesaplanmayan risk ya da sorunlar için bir çıkış yolu sunabilir.

1.5.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Tehditleri

Özel finans kreditorleri ya da bankalar özel sektör temsilcilerine devletlere oranla daha yüksek faizlerle borç ve garanti verirler. Bu durum ise daha yüksek sermaye maliyetini ortaya çıkararak projelerin daha maliyetli yapılmasına neden olmaktadır. KÖO sözleşmelerinin karmaşık ve uzun olması bazı durumların gözden kaçmasına ve sözleşmenin eksik kalmasına neden olarak projenin uygulamasını tehdit edebilmektedir. Bunun yanında projelerin uzun vadeyi içermesi ilerdeki ihtiyaçların tahminlerini öngörmede güçlükler de çıkarabilmektedir. Diğer yandan sözleşmenin düzenleyici yönetimindeki kişilerin taraflı olması ya da belirli bir grubun çıkarlarını gözetmesi projelerin hayata geçmesini tehdit etmekte ve daha maliyetli olmasına sebep olmaktadır. Bu durumda kamu yönetimi açısından şeffaflık, etik ve hesap verebilirlik ilkelerine ters yönde hareket edilip kamu yararından ziyade bir grubun çıkarı daha fazla önemli hale

gelebilmektedir. Bunun yanında projelerin ihale süreçlerinde bir grubun daha fazla ön plana alınmasıyla haksız rekabet tehdidinin ortaya çıkmasına da sebep olunabilir. Ayrıca projelerin yapısı gereği büyük ve uzun vadeli olması kamu bütçelerinin aşımına sebep olarak genel bütçeyi tehlikeye sokabilmektedir. Aynı zamanda projeler büyüklüklerine göre yüksek işlem maliyetlerini de içermektedir. Son olarak maliyetlerin sadece ana şirketlere devredilmesi bir dizi tehlikeyi de içermektedir. Bu projeler bir ana şirket altında alt yüklenicilerle hayata geçirilmektedir. Alt yüklenici kaynaklı çeşitli tehlike ve risklerinde oluşması muhtemeldir (Cruz ve Marques , 2013: 12-14).

1.5.4. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Fırsatları

KÖO hem kamu hem de özel kesim için “ölçek ekonomileri” (içsel ekonomiler)¹⁶ ve “pozitif dışsal ekonomiler”¹⁷ oluştururlar. KÖO’lar kamunun daha sık ve daha büyük ölçekli projeleri hayata geçirmesine imkân tanır. KÖO, kademeli olarak (özellikle doğrudan yabancı yatırımlarda) özel kesimin katılımını yükseltmek için hükümetlerin kamu iktisadi teşebbüslerinin mali açığını kapatmanın bir yoludur. KÖO modeliyle yapılan bir altyapı yatırımında mümkünse en yeni ve en gelişmiş teknolojilerin kullanılması tercih edilerek bir farkındalık oluşturulur. Proje şirketi kimse, KÖO onun faaliyetleri için nakit akımları boyunca “yatırım dönüşü” sağlar (Kalaycı, 2018: 54).

1.6. KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARINDA RİSK TÜRLERİ

Kamu özel ortaklıklarının risk türleri önemli bir konudur. Sebebi ise, KÖO projelerinin doğası risklerin paylaşımı üzerine kurulu olmasından ileri gelmektedir. Risklerin etkili paylaşımı ise, projelerin başarısına doğrudan etki edeceği ortadadır. KÖO projelerinde tarafların risk paylaşımı, her iki tarafın uzman olduğu alan yönünden ya da en iyi olduğu konuda bildiği işin yapımını üstlenmesi ilkesine dayanır. Bu riskler bazen

¹⁶ “Ölçek ekonomileri, fabrikanın / şirketin üretim kapasitesinde yarattığı artışlardan dolayı uzun dönemli birim üretim maliyetinde azalmalar şeklinde ortaya çıkan reel ya da nakdi tasarruflardır. Fabrika / şirket ölçeğinin artması, maliyet azaltıcı tasarrufları (emek, sermaye ve taşımadan sağlanan tasarruflar ile pazarlama, satın alma, sevk ve idare masraflarında oluşan azalmalar) ortaya çıkarır. (Bu tasarruflar fabrika / şirket içindeki değişimlerden kaynaklandığı için “içsel ekonomiler” olarak da bilinir.)”

¹⁷ “Dışsal ekonomiler, bir işletmenin kendi dışından kaynaklanan fakat maliyetlerinin azalmasına ya da artmasına yol açan etkilere sahiptir. Pozitif (olumlu) dışsal ekonomiler ham madde ve ara malı sağlayan sektörlerin gelişmesi, daha ileri tekniklerin kullanılması, daha ucuz ve kaliteli girdi elde edilebilmesi, daha iyi yetişmiş işçi, teknisyen ve yönetici bulunabilmesi, enerji, yol, haberleşme gibi alt yapı tesislerinin tamamlanmasını; negatif dışsal ekonomiler de sanayideki büyümenin yol açtığı hava, su kirlenmesi, aşırı trafik, kaynaklanan verimsiz kullanılması, alt yapı yetersizlikleri gibi olumsuzlukları kapsar”.

özel sektör kaynaklı, bazen kamu kaynaklı, bazen de her iki tarafın dışında gelişen riskler olabilmektedir. Yapılan sözleşmeler ya da anlaşmalar bu riskleri göz önüne alınarak imzalanmalıdır. Aksi takdirde projelerin başarı ile sonlanması oldukça zor olacaktır.

KÖO'nun risk türleri ile ilgili literatürde oldukça çok kavram çeşitliliğine rastlanmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2004: 172; Kavishe, 2018: 82-83; Mouraviev, 2012: 37-38; Chiu ve Bosher: 2005: 2-3; Hodge, 2004: 161; Checherita ve Gifford, 2007: 4-9; Shrestha, 2011: 6-9; Maslova ve Sokolov, 2017: 5-6; Evans ve Bowman, 2005: 67; Karim, 2011: 14; Sastoque vd., 2016: 1356; Rajput, 2017: 435). Bu çeşitliliğin en genel standart çerçevesi Dünya Bankası tarafından çizilerek temel başlıklar halinde kategorize edilmiştir. Bunlar; İnşaat ve Tamamlama Riski, İşletme Riski, Talep Riski, Mücbir Sebep ve Hukuk Değişikliği Riski ya da Yasal Risk, Politik ve Düzenleyici Risk ve Kamulaştırma ve Ulusallaşma Riski, Çevresel Risk, Sosyal Risk, Vade ve Yeniden Finansman Riski, Döviz Kuru Riski ve Faiz Oranı Risk'leridir¹⁸. Bu risklere kısaca değinmekte fayda vardır.

İnşaat ve Tamamlama Riski: Her KÖO sözleşmesi inşaat riskini özel ortağa tahsis eder. Özel ortak, varlıkları standart hale getirmek ve oluşturmak için kendi riskine tabidir. Ancak bu alanda bile kamu önemli mali risklerle karşı karşıya kalabilir. Bazı projeler kamuya bazı özel riskler tahsis eder: jeolojik riskler, bir kısmı özellikle değişken olan girdiler veya arazi ile ilgili (örneğin arazi edinme, arındırma alanlarının temizlenmesi, insanların ve faaliyetlerin yeniden konumlandırılması) gibi konular başta gelmektedir. Çoğu kamu kuruluşu, arkeolojik bulguların korunmasıyla veya özel ortağın kontrolü dışındaki beklenmedik çevresel sorunlarla ilgili riskleri kabul etmek durumunda kalmaktadır. Diğer taraftan özel ortağın (veya müteahhitlerinin) riski ise, sözleşmeye bağlı olarak özel kuruluşlara tahsis edilen inşaat risklerinin sonuçlarıyla başa çıkma ihtimalinin olmamasından kaynaklanmaktadır. Yani özel ortağın inşaatı tamamlamadan batma riski vardır. Diğer yandan projenin uygulanamamasında özel sektör kaynaklı arazinin satın alınması, maliyet aşılması, beklenmeyen jeolojik koşullar gibi faktörler etkili olup inşaatın tamamlanması gecikebilir ya da hiç tamamlanamayabilir. Bu risklerle başa çıkmak için taraflar sorumluluklarını elinden geldiğince yerine getirmelidir (IMF, 2016: 26).

¹⁸ <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/financing/risk-allocation-mitigation#top>. Erişim Tarihi: 20. 02. 2019.

Yasal Risk: Mevzuat değişikliği, proje maliyetlerinin artmasına ve gelirin düşmesine neden olacak bir yasa ve yönetmelik değişikliği olduğunda meydana gelir. Proje sözleşmesi imzalandıktan sonra; geçerli yeni yasaların çıkarılması, yürürlükteki herhangi bir yasanın yürürlükten kaldırılması, değiştirilmesi veya yeniden canlandırılması, geçerli yasaların yorumlanmasında veya uygulanmasında bir değişiklik ve özel ortağa yeni vergilerin getirilmesi vergilerin oranlanmasında veya sınıflandırılmasında artış veya düşüşlerin olması halinde projenin başarı ile tamamlanması riske atılmış olur. Yasadaki değişiklikler, taraflardan herhangi birinin veya her ikisinin de yararına veya zararına çalışabilirken, yalnızca özel ortak üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu durumlar da ortaya çıkabilir. Kamu herhangi bir yasal değişiklikle çeşitli tazminatları ödemek durumunda kalabilirken, özel sektörün ise yeni vergilerle kâr oranı azalabilir (Karim, 2011: 14; IMF, 2016: 29).

Politik Risk: Hükümetin proje operasyonları üzerindeki olumsuz müdahalesinden veya azalan getiri, büyük kayıplar ya da yönetsel kontrol ile sonuçlanabilecek siyasi kararın bir sonucu olarak ortaya çıkan risk olarak ifade edilebilir. Diğer yandan politik risk, endüstri ve yönetim yasaları ile ilişkili politik sorunları içermesiyle birlikte, devlet eyleminden kaynaklanan riskler, istihdam yasaları ve rekabet düzenlemelerini içerir. (Shrestha, 2011: 6). Devletlerin yönetiminde hükümet değişiklikleri zaman zaman meydana gelmektedir. Bu durum siyasi anlayışın değişmesiyle birlikte bir önceki hükümetin politikalarında değişikliğe gidilerek projelerin fesh edilmesine ya da millileştirilmesine sebep olabilir. Ya da yeni siyasi anlayış elindeki politik güçle yasalarda değişikliğe giderek özel ortak açısından riskli kanunlar yürürlüğe koyabilir. Bu durumda bir yandan projeler risk içine girerken bir yandan da özel ortağın kâr oranını azaltarak zarar etmesine sebep olabilir. Bu nedenle şirketler projelerin sözleşmelerinde ağır tazminatlar, uluslararası mahkemeye başvurma gibi faktörleri devamlı göz önünde tutmaktadırlar.

Çevresel Riskler: Çevresel, sosyal yasalar ve düzenlemeler bir projeye sorumluluk ve sınırlamalar getirebilir. Büyük projelerin çoğu, izin verme sürecinin bir parçası olarak Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) raporu gerektirmektedir. ÇED, projenin çevresel etkisini çeşitli yollarla incelemektedir. Bunlar; projenin inşaatı ve işletmesinin çevre doğal çevre üzerindeki etkisi (bitki ve hayvan habitatları, peyzaj vb.), inşaatın gürültü, toz, diğer kirlilik ve inşaat trafiği dahil olmak üzere yerel topluluklar üzerindeki etkisi,

projenin işletilmesinden kaynaklanan atmosfere yayılan emisyonlar; su temini ve tahliye edilmesi, projenin yerel trafik, ulaşım ve kamu hizmetleri üzerindeki uzun vadeli etkileri ve projenin yerel topluluklar veya doğal çevre üzerindeki diğer uzun vadeli etkileri olmak üzere sıralanmaktadır. Bu faktörler, projelerin gecikmeli teslim edilmesine ya da iptal olmasına sebep olabilmektedir. Diğer yandan projelerin uluslararası borç verenleri ya da banka ve kreditorleri, projenin geçerli yasa ve düzenlemelerde belirtilenleri aşabilecek minimum çevresel ve sosyal gereklilikleri karşılaması gerektiğine göre projeyi destekleme kararı almaktadırlar. Bunu ise Ekvator Prensipleri¹⁹ ile sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu bankalar, Ekvator İlkelerine uymayan projelere borç vermeme yoluna gitmektedirler. Bu durumda da finansman bulamayan özel ortak projenin sürdürülmesinde riske girebilir (Yescombe, 2007: 250-251; www.ppp.worldbank.org²⁰).

Talep Riski: Gelir riski olarak da bilinen talep riski, KÖO hizmetleri için yetersiz ya da öngörülenin altında oluşan talepten ve hizmetlerin fiyatlarındaki değişiklikten kaynaklanan riskleri içerir (Mouraviev, 2012: 37). Gelir riski, talep veya kararlaştırılan tarife veya ikisinin kombinasyonunda beklenmeyen değişiklikler nedeniyle, proje gelirinin öngörülen finansal uygulanabilirlik düzeyine ulaşamama riskidir (Fund, 2017: 42). En önemli faktör tarife değişikliğidir. Uygun olmayan tarife tasarımı veya yetersiz gelir sağlayan esnek olmayan bir düzenleme çerçevesinin ortaya çıkması durumunda meydana gelir. (Karim, 2011: 14). Talep riski özellikle tahminlerin zorlaştığı yeni yapılan ulaşım tesisleri için önemlidir (Checherita ve Gifford, 2007: 7). Bu durumu aşmak için sözleşmelere genellikle belli kullanım kotaları konulmakta veya hazine garantileri verilmektedir. Böylece kullanım ya da geçiş riskini özel sektör, kamuya transfer edebilmektedir. Kamu açısından ise bu durum bazen siyasi ve ekonomik dezavantajlar getirebilmektedir.

Ekonomik ve Finansal Risk: Proje gelir akışlarının ve proje finansman maliyetlerinin tahminindeki hatalardan kaynaklanmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2002:

¹⁹ “*Ekvator Prensipleri: Uluslararası ticari bankaların çoğu tarafından tanınan gönüllü bir davranış kodudur. Ekvator Prensipleri, proje finansmanındaki sosyal ve çevresel riskleri belirlemek, değerlendirmek ve yönetmek için gönüllü olarak oluşturulan standartlar dizisidir. Bu prensipleri kabul ettiğini belirten finansman kurumları, Ekvator Prensipleri Finansman Kurumları (EPFK) olarak anılmaktadır. EPFK, sosyal ve çevresel politikalarına ve prosedürlerine uymayacak ya da uyamayacak olanların projelerine kredi vermemeyi taahhüt eder. Ekvator prensibi, sürdürülebilir proje finansmanında “altın standart” olarak kabul edilen 10 maddeyi içerir: Bu standartlara uymayan projelere genelde bankalar finansman desteği sağlama konusunda çekingen davranabilirler*”.

²⁰ <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/financing/risk-allocation-mitigation#top>.

111). Bu riskler, proje değerlendirme, tasarım ve inşaatın yanı sıra işletme/uygulama aşaması için de mali düzenlemelerle ilgilidir. Bu riskler, her şeyden önce, finansal sözleşmenin kurulmasında kullanılan, projeye eksojen olan parametrelerin kümesinden oluşur. Bunlar; a) enflasyon oranı riski, fiyatların tüm dönem için kesin olmadığı, ancak üretici fiyat endeksi gibi ilgili bir ekonomik parametreye ilişkin bir endeksleme maddesi içeren uzun vadeli inşaat projeleri için geçerli, b) faiz oranı riski, proje değişken faizli kredilerle finanse edildiğinde, c) döviz kuru riski, maliyetler ve gelirler farklı para birimlerinde ifade edildiğindedir (Checherita ve Gifford, 2007: 6). Bunlar proje sürecinde ortaya çıkabilir ve projenin riske girmesine neden olabilir.

Diğer yandan ekonomik ve finansal riskler sözleşmeye bağlı ortakların finansal taahhütlerine uyma kapasiteleri ile ilgilidir. Bu karşı taraf riski, sözleşmeden doğan ortağın mali durumunun yanlış değerlendirilmesi gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Bir projenin finansmanı, sigortası ve reasüransını sağlayan şirketin ya da taşeronun ekonomik kapasitesinin zayıflığından dolayı projenin tamamlanamamasına neden olabilir (Checherita ve Gifford, 2007: 6). Özetle ekonomik ve finansal risk, genel fiyat artışlarından ya da enflasyon ve faiz oranları gibi diğer ekonomik faktörlerden kaynaklanmaktadır. Diğer finansal riskler ise döviz kurlarındaki ani değişimler, vergiler ve ithalat vergileri, tazminat ve sigorta masrafları ile büyük uluslararası sermaye akışları nedeniyle artan emtia fiyatları ile ilgilidir. Bu risk aynı zamanda tahvil ihraç edenin anapara ve faizi zamanında geri ödememesi nedeniyle de olabilir. Bu sonuçlar zaman zaman kârların azalmasına ya da projelerin başarısız olmasına neden olabilmektedir (Shrestha, 2011: 7).

İşletme Riski: Planlanan işletme ve bakım maliyetlerinden daha yüksek oranda bir maliyetin meydana gelmesinde ortaya çıkar. En önemli faktör maliyet aşırımlarıdır. Yanlış ölçümden, kötü planlanmış programdan veya işletme veya bakım sırasında düşük işletme verimliliğinden kaynaklanır (Karim, 2011: 14; Grimsey ve Lewis, 2002: 111). Bir KÖO sözleşmesi her zaman bakım riskini özel ortağa tahsis eder. Amaç, altyapı varlıklarının tasarlanması ve inşa edilmesinin sorumluluğunun, özel ortağın “ucuza halletmesi” ve daha sonra oluşan performans sorunlarına karşı için hiçbir zaman teşvik oluşturmayacağını garanti etmektir (IMF, 2016: 27). Yani işletmenin diğer bir riski olan performans riskini kamu, özel sektöre tahsis ederek bu riskin sorumluluğunu özele havale etmiştir. Özel sektör ise işletmenin, bakım, performans ve verimlilik risklerini devamlı

göz önünde bulundurulmalıdır. Özel sektör yeni veya artan vergiler nedeniyle bir artış olmadıkça, işletme risklerinin sorumluluğunu devamlı üstlenir.

Bu risklerin dışında projeden projeye göre değişen teknolojik risk, mücbir ya da zorlayıcı risk, sözleşme fesih riskleri, yenileme riskleri, sosyal riskler, proje yükümlülüklerini yerine getirmeme riski, faiz oranları riski, döviz kuru riski, tarife riskleri, kamunun müdahale riski, stratejik risk, yatırım riski, retrospektif riskler, yolsuzluk riski, idari ve yönetim riskleri, piyasa riski, arkeolojik riskler, gizli kusur riski, sponsor riski, varlık mülkiyeti riskleri, öznel değerlendirme riskleri, dış ve iç riskler, ticari riskler ve riskli satışlar gibi çeşitli risklerde mevcuttur (Maslova ve Sokolov, 2017; 5-6). Bu riskler hem kamu hem de özel sektör tarafından iyi yönetilmelidir. Bu durum projelerin başarı ile sonlandırılması için oldukça önemlidir.

1.7. DÜNYADA KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

1980'lerden bu yana KÖO, altyapı projelerini inşa etmek ve finanse etmek için kamu finansmanına uygulanabilir bir alternatif model olarak dünya çapında popülerlik kazanmakta ve çeşitli sektörlerde kullanılmaktadır (Mital ve Mital, 2016: 122; Oktavianus vd., 2018: 1). Dünyanın dört bir yanındaki devletler, alt yapı projelerini tasarlamak, finanse ederek inşa etmek ve işletmek için KÖO modeline yönelmektedir. Nitekim Dünya Bankasının 2016 yılındaki sunduğu yıllık raporunda ya da alt yapıda özel katılım (Private Participation in Infrastructure, PPI) veri tabanında²¹, 1984'ten 2016'ya kadar 8.700'den fazla alt yapı projesinin yapıldığı ifade edilmektedir. Yani dünya genelinde bu kadar proje KÖO modeliyle işlerlik kazanmıştır. 2017²² yılında 304 proje, 2018²³ yılının ilk dönemi itibarıyla 164 proje daha hayata geçirilmiştir. Bu projelerin sadece ulaşım, enerji ve su sektörlerindeki toplam maliyeti ise yaklaşık 1.6 trilyon ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Bu oran diğer sektörlerde eklendiğinde yaklaşık 3 trilyon ABD dolarıdır (The World Bank, 2017a: 2).

Dünya Bankası (2017a: 2) raporu alt yapı yatırımları ihtiyacının 2040 yılına kadar dünya genelinde 94 trilyon dolarlık bir hacme kavuşmasını öngörmektedirler. Yani dünyanın yıllık olarak ortalama 0,8 trilyon ABD dolarının üzerindeki altyapı-yatırım

²¹ <https://ppi.worldbank.org/~media/GIAWB/PPI/Documents/Global-Notes/2016-PPI-Update>.

²² <http://documents.worldbank.org/curated/en/658451524561003915/pdf/125640-AR-PPI-2017-AnnualReport-PUBLIC.pdf>

²³ https://ppi.worldbank.org/~media/GIAWB/PPI/Documents/Global-Notes/H12018_PPI_Report

ihtiyacı olduğunu düşünerek hayata geçirilen projelerin oranını düşük seviyede olduğu ifade etmektedir. Öte yandan başka bir raporda²⁴ ise, 2030 yılına kadar dünya genelinde yaklaşık 59 trilyon dolar alt yapı yatırımlarına ihtiyacın olduğu belirtilmektedir. Yıllar itibari ile alt yapı yatırımlarının 2016-2020 döneminde ortalama 3.5 trilyon dolar 2020-2030 döneminde ise 4 trilyon dolar olması gerektiği savunulmaktadır. Bu bilgiler ışığında dünya genelinde daha çok alt yapı yatırımlarına ihtiyaç duyulduğu söylenilebilir. Böylelikle küresel çapta KÖO yöntemiyle hayata geçen projelerle birlikte daha fazlasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu durum da ise gelecekte KÖO yönteminin daha fazla kullanılacağına bir göstergedir.

Dünya Bankası'nın bir başka raporuna göre 2008-2017 yıllarında dünyada gerçekleştirilen KÖO projelerinin sektörel dağılımına bakıldığında en fazla yatırımın enerji sektöründe olduğu görülmektedir. Enerji sektörünü sırasıyla ulaşım, su, atık su ve diğer sektörler takip etmektedir. 2017 yılında sadece 203 projeyle 51.9 milyar dolar enerji sektörüne yatırım yapılmıştır. Ulaşım sektörü ise küresel düzeyde yatırımın %39'unu kapsayarak 36,5 milyar dolar olarak kendine yatırım alanı bulmuştur. 2017 yılında enerji ve ulaşım sektörleri toplam özel katılımlı alt yapı projelerinin %95'ini oluşturmaktadır. Geri kalan %5'lik kısım ise diğer sektörleri oluşturmaktadır (The World Bank, 2017b: 12) . Yine aynı raporda dünyada KÖO yöntemiyle en fazla yatırım yapan bölgelerin başında Latin Amerika ve Karahipler'deki ülkeler gelmektedir. Burayı Doğu Asya ve Pasifik, Avrupa ve Merkez Asya, Güney Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri takip etmektedir. Ülke düzeyinde 2017 yılında en yüksek yatırım seviyesine sahip beş ülke ise şu şekildedir. 73 projeyle 17.5 milyar dolar yatırım hacmiyle Çin birinci sırada gelmektedir. 11 proje 15.4 milyar dolar ile Endonezya ikinci, Meksika 20 proje 8.6 milyar dolar ile üçüncü, Brezilya 24 proje 7.3 milyar dolar ile dördüncü olurken, Pakistan ise dört proje ile 5.9 milyar dolar ile beşinci sırada yer almaktadır (The World Bank, 2017b:7).

KÖO uygulamalarının Avrupa'daki kullanım oranlarında bakıldığında; Avrupa KÖO Uzmanlık Merkezi'ne (Euoropen PPP Expertise Centre, EPEC) göre, Avrupa Birliği (AB) KÖO pazarında 1990 ve 2016 yılları arasında toplam 336 milyar Euro tutarında 1749 KÖO projesi gerçekleşmiştir. Finansal ve ekonomik krizden önce, KÖO pazarı hacimde keskin bir artış yaşıyordu, ancak 2008'den beri KÖO projelerinin sayısı

²⁴ <http://www.urbangateway.org/system/files/documents/urbangateway/a7lin.pdf>.

azalma eğilimi göstermektedir. 2016 yılında, AB piyasasında finansal kapanışı gerçekleştirilen 64 KÖO projesi işleminin toplam değeri 10.3 milyar Euro'dur. Projelerin çoğu 2016 yılında tüm KÖO yatırımlarının üçte birini oluşturan ulaşım sektöründe ve ardından sağlık ve eğitim sektörlerinde gerçekleşmiştir (European Court of Auditors, 2018: 15). 2017 yılında ise Avrupa pazarında finansal kapanışı sağlanmış KÖO projelerinin toplam değeri bir önceki yıla göre artmış ve 14.4 milyar Euro'luk bir hacme kavuşmuştur. Bununla birlikte finansal kapanışa ulaşan KÖO projelerinin sayısı 2016'da 64'e kıyasla 42'ye düşmüştür. Bu sayı 1997'den bu yana en düşük proje sayısı olmuştur (Euoropen PPP Expertise Centre, 2017:1).

Avrupa Birliği KÖO pazarı çoğunlukla 1990-2016 döneminde tüm pazarın %90'ına değen projeler uygulayan İngiltere, Fransa, İspanya, Portekiz ve Almanya'da yoğunlaşmıştır. Bunların arasında İngiltere yaklaşık 160 milyar Euro değerinde 1000'den fazla KÖO projesine sahipken, 40 milyar Euro değerinde 200'e yakın KÖO projesine sahip Fransa onu takip etmektedir. 28 üye devletten 13'ü ise beş ve daha az KÖO projesi gerçekleştirmiştir (European Court of Auditors, 2018: 16). Avrupa KÖO Uzmanlık Merkezi'nin (EPEC) son yıllardaki raporlarına bakıldığında, AB'ye üye olmayan Türkiye'nin ise son zamanlarda yüksek maliyetli projelerle dikkat çektiği görülmektedir. Bu raporların son beş yıllık ortalaması alındığında Türkiye'nin hem proje sayısı ile hem de projelerin maliyetleriyle AB ülkelerinde ilk üç sırada yer aldığı görülmektedir (EPEC, 2013; 2104; 2015; 2016; 2017). Nitekim Türkiye KÖO projelerine 2015 yılında 9.2 Milyar Euro'luk yatırım ile en çok yatırım yapan ülke olmuştur (EPEC, 2015: 2). 2017 yılında ise 6 milyar Euro'luk yatırımlık bütçeyle KÖO projelerine yine en çok yatırım yapan ülke olarak değerlendirilmektedir (EPEC, 2017: 2). Avrupa'da yapılan projelerin sektörel dağılımına bakıldığında en çok yatırım yapılan alanlar sırasıyla ulaşım, sağlık ve eğitim sektörleridir. 2017 yılında ulaşım sektörü 7.6 milyar Euro'luk yatırım ile başı çekerken, 3.8 milyar Euro değeriyle sağlık sektörü en aktif ikinci sektör olmuştur. Bu durum Türkiye'de finansal kapanışı sağlanan beş sağlık tesisinden kaynaklanmaktadır. Eğitim sektörü ise 2017 yılında 10 projeyle toplam 958 milyon Euro ile üçüncü sırada yer almıştır (EPEC, 2017: 3). KÖO görüldüğü üzere Avrupa'da da kapsamlı bir şekilde uygulanarak kullanılmaktadır. Diğer yandan KÖO konusunu ülkeler bazında değerlendirildiğinde ise öne çıkan bazı devletler şu şekildedir;

- **İngiltere:** Birleşik Krallık KÖO alanında, altyapı yatırımlarının özel finansman ile yapılmasını kolaylaştıran erken ve sürekli devam eden faaliyetlerinden dolayı bu alanda mutlak bir öncü olarak kabul edilmektedir. KÖO, Birleşik Krallık'ta on yıllardır farklı şekillerde kullanılmış ve kullanılmaya da devam edilmektedir. İngiltere dünyada yaygınlaşan PPP kavramı yerine kendine özel PFI kavramını kullanmayı tercih etmektedir. Özel Finans Girişimi (PFI) olan Birleşik Krallık'ta bugünün ana imtiyaz modeli 1980'lerin sonunda hazırlanmış ve 1990'ların başında uygulanmıştır. Bu tarihlerde İngiliz Hükümeti'ndeki iktidardaki Thatcherist yaklaşım, çoğunlukla kamu harcamalarını önemli ölçüde azaltma arzusu içinde olduğundan, özel ortakların kamu hizmetlerinin ve çalışmalarının geliştirilmesine daha fazla katılımı için siyasi bir gündem hazırlayarak uygulamaya koymuştur. Böylelikle PFI, kamu özel ortaklıklarını (PPP'leri) teşvik etmeyi amaçlayan sistemik programların doğum tarihi olarak kabul edilmektedir. İngiltere'deki KÖO projeleri politika stratejisinin 1992'de başlatılmasından bu yana kayda değer sayıda gerçekleşmiştir. İngiltere'nin merkezi PFI birimi olan Partnerships UK tarafından sağlanan bilgilere göre, 2013 itibariyle 847 KÖO projesi hayata geçirilmiştir (Hurk ve Liyagane, 2013: 247-251). Bu rakam 2018 itibariyle 1000'in üzerine çıkmıştır. En çok ulaşım, sağlık ve eğitim sektörlerinde projeler gerçekleştirilmiştir (European Court of Auditors, 2018: 16). Dünyada KÖO yöntemini ilk somut projelerle uygulayan ülke İngiltere olduğu için hem bilgisi hem de tecrübesi bu konuda oldukça gelişmiştir. Bu bilgi ve tecrübeyi çeşitli danışmanlık firmaları ile diğer ülke hükümetleri ya da devlet yöneticileriyle paylaşarak KÖO yönteminin dünyaya yayılmasında önemli rol oynamış ve oynamaya da devam etmektedirler.
- **Amerika Birleşik Devletleri:** Liberal politikalarla yönetilen ABD, yatırımlarını ve hizmetleri özel sektör merkezli yürüttüğü için KÖO kavramına içerik olarak çok yabancı değildir. Aslında, KÖO terimi 1990'lara kadar kullanılmasa da, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çeşitli devlet kademeleri, modern KÖO'larına çok benzeyen şekillerdeki projelerle önemli devlet hizmetlerini uzun süredir yürütmektedir. Bu nedenle, ABD'de, KÖO terimi eski bir fenomen için yeni bir isimdir. 1990'lı yıllar modern Amerikan KÖO'ların doğum tarihi olarak nitelendirip bu döneminin ortalarına doğru ilk yasal düzenlemeler çıkarılarak

yürürlüğe sokulmuştur. Bu tarihten itibaren çok sayıda KÖO projesi hayata geçirilmiştir (Custos ve Reitz, 2010: 562-566). Genel olarak özel sektör, ABD’de kamu altyapılarının sağlanmasında diğer birçok ülkeye kıyasla daha fazla rol oynamış oynamaya da devam etmektedir. Mevcut en büyük KÖO sektörü su ve atık su alanında olup, belediye sistemlerinin % 15’i bu şekilde sağlanmaktadır. Diğer yandan 1980 yıllardan itibaren yapılan hapishanelerde de Françayzing yöntemiyle birlikte KÖO kullanılmıştır. Ayrıca 1995 yılından itibaren çeşitli sayıda yol projesi de faaliyete konmuştur. 2005-2006 yılında KÖO yatırımları zirve yaparak yaklaşık 180 Milyar dolarlık tutarla dünyanın en büyük projesi olan Trans-Texas Koridoru olarak bilinen yeni bir karayolu ve demiryolu ağı projesi yürütülmüştür (Yescobe, 2007: 39-41).

- **Kanada:** 1990’lı yılların başından beri KÖO modellerini çeşitli şekillerde kullanmakta olan Kanada 2019 yılına kadar 136,8 milyar Kanada doları tutarında 280 KÖO projesi gerçekleştirilmiştir. KÖO ilgilenen resmi (The Canadian Council for Public-Private Partnerships) kurumun verileriyle ülkede yapılan bütün projelerle ilgili her şeyi anlık ve güncel olarak bulmak mümkündür. Bu projelerin sektörel dağılımı incelendiğinde 99 proje ile sağlık sektörünün ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada ise 77 proje ile ulaşım sektörü gelirken bunu 23 proje ile adalet sektörü ve 20 proje ile su ve atık su projeleri takip etmektedir. Finansal kapanışı gerçekleştirilen projeler arasında, yaklaşık 60 milyar Kanada doları ile en fazla yatırım ulaşım projelerine yapılırken, sağlık sektöründeki projeler için yaklaşık 35 milyar Kanada Doları ve enerji projelerinde ise yaklaşık 30 milyar Kanada Doları tutarında yatırım gerçekleştirilmiştir (www.p3spectrum.ca.com).
- **Avustralya:** KÖO yönteminin kullanımı noktasında gelişmiş ülkelerden biri olan Avustralya’da ulaşım sektöründe yapılan alt yapı yatırımlarının çoğu KÖO modeliyle yapılmaktadır. KÖO yöntemi farklı sektörlerde kullanılmış, 2000’li yıllardan itibaren ise sosyal projelerin yapımında da kullanılmaya başlanmıştır. 1987 ile 2012 yılları arasında toplam 59 milyar Avustralya Doları tutarında 125 KÖO projesi tamamlanmıştır. 2008 yılında Queensland’te yapılan havaalanı bağlantı yolu ve otobüs yolunun tamamlanmasıyla proje tutarı 12 milyar Avustralya Doları ile zirveye ulaşmıştır. 2012 ile 2015 yılları arasında çok sayıda

ulaştırma, sosyal ve sağlık alanlarında proje gerçekleştirilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2016: 10).

- **Fransa:** Fransa özel sektörü, özellikle ulaşım sektöründe kamu işlerine ve hizmetlerine dâhil etme konusunda eski bir geleneğe sahiptir. 19. yüzyılda işbirliği gemicilik kanallarının ve köprülerinin yapımı ile ilgiliyken, 1950'lerden bu yana ise, Fransa'daki en eski KÖO olan imtiyaz modeli, şehirlerarası otoyolların büyük çoğunluğunun inşasında kullanılmıştır. 1990'larda ve 2000'lerde, modern PPP formları geliştirildi: 1993'te “*kamu hizmeti delegasyonu*” ve 2004'te “*ortaklık sözleşmesi*” yasaları çıkarılarak KÖO modelinin çerçevesi çizilerek özellikle ulaşım projelerinde bu mevzuatlar kullanılmıştır. 2011 yılında, Fransa sermaye açısından, yeni projeler için en büyük KÖO pazarının olduğu konuma yükselmiştir. 2004 ile 2012 yılları arasında yaklaşık 13 Milyar Euro yatırımla 170 KÖO projesinin sözleşmesi imzalanmıştır. Ulaşım alanında az sayıda proje olmasına rağmen maliyetindeki tutar bakımından 4.9 Milyar Euro'luk bütçeyle yatırımlar arasında en fazla paya sahiptir (Bonnet ve Chomat, 2013: 42-46). Fransa Avrupa'da İngiltere'den sonra KÖO yöntemini en çok kullanan ikinci ülke konumundadır. Hem proje sayıları hem de bu projelerin maliyetleri bakımından en yüksek ikinci paya sahiptir (EPEC, 2018: 6).
- **Hindistan:** Son yılların yükselen ekonomisi olan Hindistan da yoğun bir şekilde KÖO yöntemini kullanmaktadır. Nitekim 1990-2017 (ilk yarısı) döneminde Hindistan'da gerçekleştirilen KÖO Proje sayısı 879 olup toplamda 234.9 milyar dolar yatırım tutarına sahiptir. İlgili dönemde en çok yatırım yapılan sektör elektrik sektörü olmuştur. Bununla birlikte sırasıyla ulaşım, liman, su ve atık su sektörlerinde çok sayıda projeler gerçekleştirilmiş ve gerçekleştirilmeye de devam edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 11).
- **Portekiz:** Portekiz, son yıllarda KÖO pazarında en aktif Avrupa ülkelerinden biri olmuştur. Portekiz'de, özel ortakların ulaştırma altyapısı dağıtımına katılımı, 1990'ların başında demiryolları sektöründe, imtiyaz sözleşmeleri kullanılarak başlatıldı. Bu durum, ilk KÖO özel mevzuatın kabul edildiği 2003 yılına kadar ulaşım sektöründe yaygın bir şekilde sürdürülmüştür. 2003'ten bu yana, bazı büyük ulaştırma projelerinin ihale prosedürlerini başlatarak ve KÖO projelerinin yürütülmesini iyileştirmek için yasal ve kurumsal reformlar uygulayan Portekiz

devleti, KÖO alanında oldukça ilerleme kaydetmiştir. Bu tarihten itibaren KÖO'ları ülkede daha yoğun olarak kullanılmış ve yasal çerçevesi çizilen yöntemin uygulanması daha da kolaylaşmış ve kural haline gelmiştir. Bununla birlikte 2010 yılında Portekiz, Avrupa'da GSYİH yüzdesi bakımından KÖO'ye katılım konusunda bir numaralı ülke olmuştur. Portekiz öncelikli olarak KÖO projelerini ulaşım sektörü, altyapı, su ve atık su sektöründe yoğun olarak kullanmıştır. Bunların içinde karayolu, demiryolu ve deniz limanları, su ve kanalizasyon projeleri ağırlıklıdır. İkinci olarak en çok kullanılan sektör ise sağlıktır. Süreç 2002 yılında “Sağlık Sektöründe KÖO’ları için Misyon Tüzüğü’nün” stratejik tanımıyla başlamış ve 2004 yılından itibaren yılda iki ila üç proje ritminde toplam on hastane projesi başlatılmıştır. Bu sektörde iki tür KÖO uygulama süreci başlatıldı: hastane yönetimi için, genellikle on yıllık sözleşmeler ve hastanelerin inşası ve yönetimi için, genellikle otuz yıllık sözleşmelerle ortaklık modeli oluşturulmuştur. Sağlık sektöründen sonra ise eğitim sektörü gelmektedir. Bu alanda da yeni okullarını yapılması ve mevcut okulların modernizasyonu ile ilgili yoğun bir şekilde KÖO projeleri hayata geçirilmiştir (Macário vd., 2013: 142-150).

- **Almanya:** Almanya'da ilk KÖO projeleri dalgası yeni yüzyılın başlangıcı yani 2000'li yılların başında başlamıştır (Jakop vd., 2014: 181). Almanya'daki KÖO modeli geç başlamış, ancak hızla ilerlemiştir. İlk KÖO sözleşmeleri 2002 ile 2003 arasında imzalanmış ve ardından takip eden yıllarda Almanya'da KÖO pazarı giderek genişlemiştir. Şu anda, Alman KÖO pazarı İngiltere kadar olgun olmasa da, Danimarka, Finlandiya ve Belçika gibi diğer Avrupa ülkelerinden daha gelişmiştir. Avrupa KÖO uzmanlık Merkezi'nin (EPEC) en son istatistiklerine göre, Almanya'nın yıllık KÖO projelerinin miktarı birkaç yıl boyunca Avrupa ülkeleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Gou vd., 2017: 328). 2003'ten 2014 yılına kadar Almanya 8.1 milyar euro yatırım bedeliyle 200'ün üzerinde KÖO projesi gerçekleştirmiştir (Jakop vd., 2014: 181). Bu rakam 2016 yılı itibari ile 9.2 milyar Euro olurken günümüzde bu rakam 10 milyar euro'yu geçmiştir. Almanya KÖO'larının ana yatırım alanları eğitim, rekreasyon tesisleri, kültür, spor, yönetim, güvenlik, yargı, tıbbi tedavi ve ulaşım gibi altyapılardır. 2002-2014 yılları arasında yapılan KÖO projelerinin sayısında okullar, anaokulları ve eğitim

tesisleri %38, bunu %21'lik rekreasyon, kültür, spor ve aktivite tesisleri izlemektedir. Ayrıca, projelerin %15'ini idari yapı projeleri oluştururken, %9'u ise ulaşım projeleridir. Bedel ve bütçe açısından, ulaşım projeleri büyük ölçekte ilk sırada yer alırken, bunu okullar, kreşler ve eğitim tesisleri izlemektedir (Gou vd., 2017: 328-329). Almanya'nın KÖO piyasası 2017'de önemli değişikliklere uğramıştır. Temmuz ayında, Alman parlamentosu, otoyolların yapımı ve işletilmesiyle ilgili olarak büyük ölçüde daha fazla KÖO projesine yol açabilecek bir otoyol yönetimi reformu geçirmiştir. Hali hazırda 2015 yılında federal hükümet, 600 kilometrelik otoyollar için yeni nesil KÖO projeleri için toplam 14 milyar Euro tutarında yatırım: inşaat için 7 milyar Euro ve bakım ve işletme için 7 milyar Euro değerinde bir program başlatmıştır. Bununla birlikte devlet, KÖO tedarik seçeneğini gözden geçirdiği 10 projenin bir listesini yayınlamıştır. Böylelikle KÖO projelerine yapılan yatırım hacmi, toplamda 2017'de yeni bir zirveye ulaşmıştır. Bu ise önümüzdeki yıllarda Almanya'da daha aktif bir KÖO pazarının bir göstergesi olabilir (Bonhage ve Roberts, 2018: 100-102).

1.8. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

KÖO modelinin Türkiye'deki tarihçesi ya da bu alana yönelik uygulamalar Osmanlı İmparatorluğu zamanına kadar gitmektedir. Kamu hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin ilk imtiyazlara 10 Haziran 1910 tarihli “Menfaii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun” ile yasal dayanak sağlanmıştır. Osmanlı döneminden kalan ve halen geçerliliğini koruyan bu kanun, imtiyaz oluşturan hizmetlerin özel sektöre devredilmesinin yasal çerçevesini oluşturmaktadır. Daha sonraki yıllarda yani cumhuriyet döneminde imtiyaz yöntemine çok başvurulmadan hizmetler kamu eliyle sağlanmıştır. *“Ancak zamanla kamu hizmetlerine duyulan ihtiyaçla birlikte kamu hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak gösterdiği artış, devlet tarafından yatırımlara ayrılan kaynakların yetersiz kalmasına sebep olmuş, bu kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasında görülen eksiklikler ve klasik yönetim anlayışıyla kamu hizmetlerinin istenen kalite ve düzeyde gerçekleştirilememesi nedeniyle KÖO modellerinin uygulanması söz konusu olmuştur”*. Böylelikle klasik devlet eliyle yapılan hizmetler için alternatif bir model olan KÖO yöntemi kullanılmaya başlanmıştır. *“Bu kapsamda 1980’li yıllardan itibaren çeşitli kanun düzenlemeleri yapılarak KÖO modellerinin yasal alt*

yapısı oluşturulmuş ve bazı kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle sunulması sağlanmıştır” (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 1).

KÖO modeli Türkiye’de 1980’li yıllardan sonra artarak yaygınlaşmış, 2000’li yıllarda ise bu artış hız kazanmıştır. Son dönemlerde Ulaştırma Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı gibi kurum ve kuruluşlar, KÖO modelini kamusal alt yapı yatırımlarını sağlamak için çeşitli projelerde uygulamıştır (Sarısü, 2009: 158). Özellikle elektrik üretim ve dağıtımı, otoyollar, havaalanları, hastaneler ve limanlar gibi çeşitli alan ve sektörlerde onlarca proje KÖO modeliyle hayata geçirilmiştir. Türkiye’de KÖO alanında Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-Kirala-Devret (YKD), Yap-İşlet (Yİ), İşletme Hakkı Devri (İHD) ve İmtiyaz anlaşmaları gibi modeller uygulanmaktadır.

“Yap-İşlet-Devret modelinde devlete ait bir arazi üzerinde özel sektöre tesis inşaatme hakkı verilmekte, riskler özel sektör ile kamu arasında paylaşılacak üzere özel sektör belirli bir süre tesisi işletmekte, bakım-onarımını yapmakta ve süre sonunda kamuya devretmektedir. Model; köprü ve tünel yapımından tabiat parkı ve toptancı hali yapımına kadar birçok farklı alanda uygulanabilmektedir. Yap-İşlet modeli, elektrik enerjisi üretiminde kullanılmaktadır. Bu modelde, özel sektöre mülkiyetleri kendilerine ait olmak üzere termik santral kurma ve işletme izni verilmekte, üretilen elektriği devlet satın almaktadır. Sözleşme bitiminde ise tesis özel sektörde kalmaktadır. Yap-Kirala-Devret modelinde özel sektör tesisi yapmakta, fiziksel donanımını sağlamakta, belirlenen süre boyunca sözleşmede belirlenen alanları işletmekte ve sonunda tesisi kamuya devretmektedir. Kamu ise her yıl şirkete kira ödemesi yapmaktadır. Yoğun olarak sağlık sektöründe Şehir Hastaneleri’nin yapımında kullanılmaktadır. İşletme Hakkı Devri modelinde, devletin mevcut bir tesisinin işletme hakkı belirli bir süreliğine özel sektöre devredilmektedir. Bu model tam olarak bir özelleştirme yöntemi özelliği taşımamaktadır. Çünkü tesis sadece belli bir süreliğine özel sektöre devredilmekte, mülkiyet kamuda kalmaktadır” (Kalkınma Bakanlığı, 2016: 16-17). İmtiyaz Sözleşmeleri ise, “kamu idaresini altyapı veya kamu hizmetine ilişkin yönetimi özel sektöre devretme imkânı tanımaktadır. Özel sektör kamu hizmetini kamu idaresi adına işletirken riski yatırımcı taşımaktadır. Kamu idaresine ödenecek olan hizmet bedeli özel yatırımcı tarafından tahsil edilmektedir. İmtiyazın sona ermesi ile ilgili hizmete ilişkin tüm mallar doğrudan kamu idaresine devredilmiş olmaktadır. Bu usul, bir özel hukuk kişinin bir kamu idaresi

ile yaptığı sözleşme uyarınca, kullanıcılardan alacağı ücret karşılığında kendi kâr ve zararına bir kamu hizmetini kurup işletmesi usulüdür” (Canaz Yılmaz, 2008: 2). Tablo 1.1.’de Türkiye’de yürürlükte olan KÖO ilgili kanun ve yönetmelikler özet bir şekilde görülmektedir.

Tablo 1.1. Kamu Özel Ortaklığına İlişkin Mevzuat

Model	Mevzuat
Yap- İşlet- Devret (YİD)	3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkındaki Kanun
	3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkındaki Kanunun Uygulama Usul Esaslara İlişkin Karar
	3096 Sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	3465 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği
Yap-Kirala-Devret (YKD)	6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun
	Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği
	652 Sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 23. Maddesi
	Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığında Yaptırılması Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik
	351 Sayılı Yüksek Öğrenim Kredi Ve Yurtlar Kurumu Kanununun 20. Maddesi
Yap-İşlet (Yİ)	4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun
	Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik
Özelleştirme ve İşletme Hakkı Devri (İHD)	4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun
	5335 Sayılı Kanunun 33. Maddesi (Havaalanları İşletme Hakkının Devri)
	4458 Sayılı Gümrük Kanunun 218/A Maddesi (Gümrük Kapılarının İşletme Hakkının Devri)
İmtiyaz	Menafii Umumiyye Mütcellik İmtiyazat Hakkında Kanun
	Menafii Umumiyye Mütcellik İmtiyazat Hakkında 10 Haziran 1926 Tarihli Kanuna Bazı Maddeler Tezyiline ve Bu Kanunun Bazı Maddelerinin İlgasına Dair Kanun
	4483 Sayılı İzmir Tramvay ve Elektrik Türk Anonim Şirketi İmtiyaziyle Tesisatının Satın Alınmasına Dair Mukavele Tasdiki ve Bu Müessesenin İşletilmesi Hakkında Kanun
	4501 Sayılı Kamu Hizmetleri ile İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkeler Dair Kanun
	406 Sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu

Kaynak; (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 23).

Bu kapsamda bu modellerle ilgili yapılmasına karar verilen projelerin yasal alt yapısı çeşitli kanunlarla atılmıştır. Yap-İşlet-Devret modeli projeler 3996, 3069 ve 3465 sayılı kanun ve ilgili yönetmelikler kapsamında gerçekleştirilmektedir. Yap-İşlet modeli projeler 4283 sayılı Kanun ve uygulama yönetmeliğiyle yapılmaktadır. Yap-Kirala-Devret modeli sağlık projeleri, 6428 sayılı Kanun ve ilgili uygulama yönetmeliği ile yürütülmekle birlikte bu modelle yurt ve eğitim projeleri 351 ve 652 sayılı kanunlar kapsamında yapılmaktadır. İşletme Hakkı Devri modeli projeler ise, 4046, 4458 ve 5335 sayılı Kanunlar kapsamında gerçekleştirilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2016: 17).

Türkiye’de 1986-2016 tarihleri arasında “*toplamda 211 proje sayısı ve 122 milyar dolarlık sözleşme bedeline ulaşan bir KÖO proje envanteri bulunmaktadır. 1986-2002 döneminde, 11.1 milyar dolarlık yatırım ve 11.6 milyar dolarlık sözleşme bedeli ile toplamda 67 proje uygulanmıştır. Bunun karşılığında yaklaşık 500 milyon dolar sözleşme bedeli olarak ödenmiştir. 2003-2016 döneminde ise, 42 milyar dolarlık yatırım ve 110 milyar dolarlık sözleşme bedeli ile toplamda 144 proje uygulanmıştır. Bunun karşılığında ise, yaklaşık 68.5 milyar dolar sözleşme bedeli olarak ödenmiş veya ödenmeye devam etmektedir. Son yıllarda yapımına başlanan 40 milyar dolarlık nükleer santraller ve Çanakkale 1915 Köprüsü projelerini kapsamamaktadır. Türkiye’de 1986-2016 Eylül ayı itibari ile KÖO projelerinin sektörle dağılımı incelendiğinde, neredeyse ekonomideki bütün sektörlerde uygulandığı görülmektedir. Ancak KÖO yatırım projelerinin içerisinde en fazla büyüklüğe ulaşım alt yapısı (havaalanı, karayolu, köprü), enerji ve sağlık yatırım alanlarında yoğunlukta olduğu görülmektedir*” (Alagöz ve Yokuş, 2017: 119). 2017 yılı itibariyle en güncel rakamlarla 191 adedi işletmede, 34 adedi ise, finansal kapanış ya da yapım aşamasında olmak üzere, toplam yatırım tutarı 2018 yılı fiyatlarıyla yaklaşık 61.7 milyar dolar olan 225 KÖO projesi uygulamaya konmuştur. Bu projelerin toplam sözleşme değeri yaklaşık 135 milyar dolardır (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 20). Bu sayı ve rakamlar KÖO modelinin Türkiye’de ne denli yaygın olarak kullanıldığı göstermektedir.

Uygulama sözleşmesi imzalanan 225 proje içinde %47’lik payla (106 proje) YİD modelinin ilk sırada yer aldığı bilinmektedir. YİD modelini %42’lik payla (93 proje) İşletme Hakkı Devri, % 9’lık payla (21 proje) YKD ve %2’lik payla (5 proje) Yİ modelleri takip etmektedir. Uygulama sözleşmesi imzalanmış proje sayısının kullanılan modellere göre sektörel dağılımına bakıldığında; 225 proje içinde enerji üretim tesislerinin (86 proje) ilk sırada yer aldığı, enerji tesislerini büyükten küçüğe sırası ile

otoyollar ve hizmet tesisleri (42 proje), limanlar (22 proje), sağlık tesisleri (21 proje), havaalanları (18 proje), yat limanı ve turizm tesisleri (17 proje), sınır kapıları (15 proje), sanayi tesisleri (2 proje), demiryolları (1 proje) ve kùltür ve turizm tesisinin (1 proje) takip ettiği görùlmektedir. Bu 225 projenin toplam sözleşme değeri (yatırım tutarı + kamuya ödenecek miktar) yaklaşık 135 milyar dolar olup 69.4 milyar doları ile en büyük pay havaalanı projelerine aittir. Bunu 27.7 milyar dolar ile enerji ve 19,4 milyar dolar ile otoyollar ve hizmet tesisleri takip etmektedir. En düşük pay 136,8 milyon dolar ile kùltür ve turizm tesislerine aittir. (Kalkınma Bakanlığı, 2017: 25-27).

“Türkiye KÖO yatırımlarının GSYH oranına bakıldığında, 1986-2002 dönemi ortalaması %0,5 civarında iken, 2003-2015 dönemi ortalamasının %1 civarı olduğu görùlmektedir. Özellikle 2010-2015 döneminde bu oran ise %1,63 olarak hesaplanmıştır. Dünya düşük ve orta gelir ÷lkeleri 1991-2015 KÖO yatırımların GSYH oranı ortalaması olan %0,43 ile kıyaslandığında Türkiye’nin oranları oldukça yüksek seviyelerdedir. Son yıllardaki yapılan projelerde düşünùldüğün de (Termik Santralleri ve Kanal İstanbul Projeler gibi) bu oran daha da yükseklerle çıkacağı düşünùlebilir. Türkiye’de KÖO yatırımları, girişimcilerin kâr güdüsünü oldukça tatmin ettiği, finansörlere garantili iyi bir faiz oranı sunduğu, ekonomi yöneticilerine ise, büyüme ve modern alt yapı ihtiyaçlarını karşılayan bir araç olduğu görùlmektedir. Dünya Bankası raporunda 2015 yılının en büyük bütçeli 10 KÖO projesi içerisinde, Türkiye’den 3 KÖO projesi toplam bedelin, %75’lik kısmını oluşturmaktadır. Bu 10 proje içerisinde 35,587 milyar dolar 3. Havalimanı, 6,356 milyar dolar Gebze –İzmir otoyolu (Osmangazi köprüsü dâhil) ve 1,086 milyar dolar Dalaman Havaalanı projeleri yer almaktadır. Bu rapordan da anlaşılacağı üzere Türkiye KÖO projeleri konusunda son yıllarda yoğun yatırımlar yapmakta ve yapmayı planlamaktadır” (Alagöz ve Yokuş, 2017: 119-120).

Türkiye’de, 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun" ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, yat limanlarından gümrük kapılarına kadar pek çok farklı sektörde başarıyla uygulanan KÖO projeleri, günümüzde 6428 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun kapsamında Yap-Kirala-Devret modeli ile gerçekleştirilecek şehir hastaneleri ile yeni bir boyut kazanmıştır. Ayrıca 652 sayılı "Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile eğitim-

öğretim tesislerinin, 351 sayılı "Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu" ile de yurt ve benzeri öğrenci konaklama tesislerinin Yap-Kirala-Devret yöntemiyle gerçekleştirilmesinin yolu açılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 20). Bu kapsamda KÖO yönteminin en güncel uygulama alanı ise sağlık sektörü olduğu görülmektedir. Yap-Kirala-Devret yöntemiyle şehir hastaneleri projeleri hayata geçirilmiş ve geçirilmeye de devam edilmektedir.

1.9. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

Sağlık sektöründe KÖO tartışması, kamu sektörünün sağlık hizmetlerinin finansmanı, yönetimi ve tedarikinde karşılaştığı zorluklar açısından önemli bir konumda durmakta ve güncel olarak çoğu dünya devletinde kullanılmaktadır (Nikolich ve Maikisch, 2006: 1). Dünya nüfusunun son yıllarda giderek yükselmesi devletlerin de altyapı ihtiyaçlarını her geçen gün artırmaktadır. Sağlık sektöründe de bu ihtiyaç oldukça fazla hissedilmektedir. Artan nüfus, hastalıkların çoğalması ve çeşitlenmesi, obezite, hareketsiz yaşam, kronik rahatsızlıkların yaygınlaşması ve yaşlı nüfusun yükselmesi gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine olan talep giderek artmaktadır. Devletler ise son dönemlerde bu ihtiyaçlara yönelik çözüm yolu olarak KÖO modeline başvurarak sağlık hizmetlerini sağlama yoluna gitmektedir. Sağlık hizmetlerindeki teknolojik gelişmeler ve kentli nüfusla birlikte artan talebe, kamu kesimi mevcut finansal kaynaklarla cevap vermekte zorlanmaktadır. Bu nedenle büyük sermaye ve teknoloji gerektiren büyük hastanelerin yapılması için devletler KÖO modelini tercih ederek gerekli finansmanı bu şekilde sağlamaya çalışmaktadır. Bu durumu Tekin Şenel (2017: 16) şu şekilde özetlemektedir. *“Birçok sektörde olduğu gibi neoliberalizmin küreselleşmesi sağlık sektörüne devletin müdahalesini azaltmış ve artık hükümetler sağlık sektöründeki birincil ve asli sorumluluklarını azaltma davranışları sergilemeye başlamışlardır. Bu süreç kamu hastaneciliği alanına da yansımıştır. Bu kapsamda birçok ülkede hastane reformlarında öncelikle kamu hastanelerinin merkezi hükümetin birer bütçe birimi olmaktan çıkıp, kendi gelir ve giderlerinden sorumlu daha otonom, özerk veya özelleştirilmiş hastane özelliğine kavuşturulması amaçlanmaktadır. Ancak daha önce kamu hastanelerinin yenilenmesi ve günün ihtiyaçlarını karşılayabilen modern tesislere dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu kapsamda KÖO yöntemi birçok yönetim için finansman ihtiyacını karşılayabilecek önemli bir finansman alternatifi olabilmektedir. Öyle görülmektedir ki bu alternatif*

finansman yöntemi önümüzdeki yıllarda popülerliğini sürdürecektir bir yönetim aracı olmaya devam edecektir". Bunun yanında KÖO modelinin sağlık hizmetlerinde kullanılma sebebi, özel sektörün imkân, tecrübe ve yönetim becerilerinden yararlanarak verimlilik, etkinlik ve zaman faktörü gibi konularda yüksek fayda sağlamayı elde etmek içindir. Böylelikle sağlık hizmetleri kullanıcılarına daha kaliteli bir hizmet sunmak hedeflenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), KÖO ilgili bu tür bir ortaklığı "karşılıklı olarak kabul edilen roller ve ilkelere dayanan, nüfusun ya da vatandaşların sağlığını iyileştirmeyi ve geliştirmeyi ortak amaç edinen, bir dizi aktörü bir araya getirmek için bir araç" olarak tanımlamaktadır (Khalid ve Rajae, 2015: 1). Sağlık hizmetlerinin talebi ve arzı arasındaki artan uyumsuzlukta, birçok OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ve orta gelirli ülkeler, özel sektörün, diğer temel sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından gerçekleştirileceği iyi donanımlı hastaneler de dâhil olmak üzere altyapı sağlamasından sorumlu olduğu KÖO modelini benimseme yoluna gitmektedir. Bu sayede devletler hizmet sunumunun sorumluluğunun bir kısmını özel sektörün omuzuna yüklemektedir. Bu tür bir ilişkinin önemli olmasının sebebi, sorunun odak noktası sadece güncellenmiş ya da teknolojik ekipman eksikliği değil, aynı zamanda profesyonel bir sisteminde eksikliğini ortadan kaldırmaya yönelik adımları içermesidir. Bu faktörlerin her ikisinin de sağlık sektörünün düzgün çalışmasını sağlayarak birbirini tamamladığı varsayılmaktadır (Thadani, 2014: 308).

KÖO modelinin, mevcut sağlık hizmeti sunumunun üretkenlik, verimlilik veya kalite bakımından yetersiz olduğu durumlarda kullanılması en uygun yöntem olarak görülmektedir. Bu ortaklıklar, özel konsorsiyumun sağlık hizmeti üretim sürecinin her alanında, sağlık hizmeti tesislerinin tasarlanmasından, finanse edilmesine, inşa edilmesinden ve sürdürülmesinin yanı sıra klinik hizmetlerin sunumuna kadar her konuda yer aldığı "birleşik ya da ortak" bir çözüm sunmaktadır (Chakravarty vd., 2015: 132). Bu kapsamda KÖO'lar, dünya genelinde sağlık sorunlarına ortak bir yaklaşım haline gelmiştir. Son zamanlarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, daha geniş bir sağlık yelpazesindeki sorunlara yönelik, sağlık ve refah hizmetlerinin sunumunu geliştirmek için KÖO'ları kullanma istekliliği oluşmuştur (Barr, 2007: 19). 1990'ların ikinci yarısından itibaren devletler yeni bir kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde yönetilmeye başlanmıştır. Bu süreçte çeşitli reform hareketleri başlatılmış bütünsel

yönetişim ve ortaklıklar yoluyla sosyal uyumun değerlerini vurgulayan bir modernizasyon anlayışına aşamalı bir şekilde geçiş yaşanmıştır. Yani kamu yönünü piyasaya döndürerek, yönetim ve hizmet üretme süreçlerinde özel sektörle daha bir içli ve dışlı hale gelmiştir.

Küresel düzeyde, sağlık politikalarının formüle edilmesinde ve sağlık standartlarının belirlenmesinde önemli bir rol oynayan WHO gibi kurumlar, finansman desteği, finansman bulma ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi konularda devlet ile piyasa arasındaki ortaklıkları memnuniyetle karşılayarak bu ortaklıkların gelişmesini teşvik etmektedir (Baru ve Nundy, 2008: 62). Ayrıca, hizmet sağlayıcılar üzerindeki artan finansal baskılarla birlikte, kamu ve özel sektör temsilcileri çok çeşitli toplum sağlığı ihtiyaçlarını karşılamanın ve yerel sağlık hizmetlerinin dağıtımını rasyonelleştirmenin bir yolu olarak bu tür ortaklıklara giderek daha fazla önem vermektedir (Bazzoli vd., 1997: 533-534). Ortaya çıkan baskın gerekçede birçok hükümet kamu harcamalarını dikkatlice önceliklendirmeye ve kısıtlamaya zorlayan, mali kısıtlamalar ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum ise kamuyu özel sektörle bir araya getirmektedir. Özel sektöre yönelmedeki hâkim olan anlayış, maliyet ve yatırım mücadelesini ele alabileceği, verimliliği artırabileceği, büyük ölçüde hizmet sunumu ve yönetimi açısından azaltılmış maliyetlerle hizmet üretebileceği ve hizmet kalitesini artırabileceği yönündedir (Nikolich ve Maikisch, 2006: 1).

Ayrıca, temel olarak yaşanan nüfustan, tıbbi-teknolojik gelişmelerden ve politika değişikliklerinden dolayı sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki hızlı değişim, dünyanın dört bir yanındaki hükümetlerin artan sağlık hizmeti maliyetleri ve azalan devlet bütçeleri gibi sorunlarla başa çıkması anlamına geliyordu. Birçok hükümet için, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve özel sektör arasındaki KÖO'lar, bu sorunlarla başa çıkmanın bir yolunu temsil ediyordu. Bu gelişme, rekabetçi piyasaların sağlık hizmet piyasalarında maliyet kontrol, eşitlik ve verimlilik artışlarını kolaylaştırdığı durumları gündeme getirdi. Bu dinamik manzarada, kamu sektörünün rolü gelişerek değişti. Böylelikle toplum sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan toplum sağlığı planlamasında ortaklıklar kurularak, hizmetlerin doğrudan sunumundan yavaş yavaş uzaklaşılma yoluna gidildi. (Torchia vd., 2015: 239). Bunun sonucu olarak da KÖO'lar sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır.

Sağlık sektöründeki KÖO'lar, kamu ve özel sektörün sorumluluk ve risk derecelerine bağlı olarak çeşitli biçimlerde olabilmektedir. Sağlık alanında bir hizmeti

veya tesisi halka etkin bir şekilde sunmak için, bir sözleşmede tanımlanabilecek ya da farklı bir düzenleme ile belirtilebilecek ortak amaçların yanı sıra risklerin ve ödüllerin paylaşılması ile KÖO'lar kullanılmaktadır. (Nikolich ve Maikisch, 2006:2). KÖO'lar uygun şekilde yapılandırıldığında ve uygulandığında, belirli maliyet ve yatırım zorluklarının ele alınmasına, hizmet verimliliğinde iyileştirmelere ve hizmet kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilir. Bununla birlikte, KÖO'ların yapılandırılması ve uygulanması kolay olmayabilir. Çünkü çoğu durumda mevcut en etkili veya verimli seçenek olmayabilir. Bu nedenle, maliyet ve faydaları ve böyle bir yaklaşımın başarı ihtimalini değerlendirmek için durum bazında başarı ve sürdürülebilirlik koşullarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir (Nikolich ve Maikisch, 2006:1). Bu bilgiler ışığında KÖO'lar kamu sektörü için hizmet üretme süreçlerinde bir alternatif olarak kullanılmış ve kullanılmaya da devam etmektedir. Sağlık sektöründe bu kullanım oldukça yaygındır. Dünyadaki çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin sunumunda KÖO'lar alternatif bir model olarak kullanılmaktadır.

Proje Finans ve Altyapı Dergisi²⁵ (IJGlobal), dünya genelinde, KÖO modeli kapsamında tamamlanmış, inşaat halinde, geliştirme aşamasında veya gelişim öncesi aşamada olan yaklaşık 600 hastane, sağlık altyapısı projesi varlığı ve sağlık merkezi olduğunu tahmin etmektedir. IJGlobal tarafından belirlenen altyapı projelerinin %60'ından fazlası Avrupa'da yer almaktadır. Latin Amerika ve Pasifik Asya ülkeleri projelerin %20'ine sahiptir. Kuzey Amerika ülkeleri projelerin %15'inden biraz daha fazlasına sahipken, Sahra-Altı Afrika ve Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri dünya genelinde projelerin% 5'inden daha azına sahiptir. Yine IJGlobal verilerine göre, bu sağlık altyapısı projelerin yarısı faaliyete geçmiştir. Ülkelere göre veriler değerlendirildiğinde, dünya genelinde faaliyete geçen projelerin üçte ikisinden fazlasına İngiltere ve Kanada sahiptir. Geriye kalan ve birden fazla hizmet verir şekilde projesi olan ülkeler Avustralya, Fransa, Almanya, Hindistan, İrlanda, İtalya, Japonya, Meksika, Portekiz, İspanya, Birleşik Arap Emirlikleri ve Amerika Birleşik Devletleri ile Avusturya, Şili ve Mısır'dır. Bir projeye sahip olan ülkeler ise Kenya, Lesoto, Malezya, Pakistan, Filipinler, Romanya, Güney Kore ve Turks ve Caicos Adaları'dır (Abuzaineh vd., 2018: 10-11).

²⁵ IJGlobal dergisi, dünya genelinde finansal yapı, politika, fiyatlandırma ve altyapı işlemlerini ve trendleri etkileyen oyuncular hakkında ayrıntılı bilgi sağlamakta ve coğrafik bölgelere göre KÖO projeleri hakkında fikirler ve istatistikler sunmaktadır. Ayrıntılar için <https://ijglobal.com/sectors/ppp> bakınız.

Sağlık sektöründeki KÖO uygulamalarının ilk örnekleri İngiltere’de ortaya çıkmıştır. Sağlıkta ilk KÖO sözleşmesi 1997’de imzalanarak, ilk KÖO hastaneleri 2000 yılında tamamlanıp hayata geçmiştir. 1997 yılından bu yana, İngiltere’de neredeyse tüm Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) hastaneleri büyük yeni inşaat yatırımlarına odaklanarak, KÖO modeli altında finanse edilmiştir. 2007 yılına kadar İngiltere’de 8.67 milyar sterlinlik bir sermaye değerine sahip 155 hastane projesinin KÖO modeli ile yapılmasına karar verilmiş ve projeler imzalanmıştır (Shaoul vd., 2008:101). 2005-2006 yılları arasında İngiltere’de 53 tane KÖO hastanesi işletme sürecine geçerek hizmet vermeye başlamıştır. Bu hastanelerin yaklaşık maliyeti 2.8 milyar sterlindir. (Price, 2011: 14-15). 2013 yılı itibariyle İngiltere’nin Ekonomi ve Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan raporda 22 yıllık tecrübe ve 12 milyar sterlinlik sermaye değeriyle 130’dan fazla sağlık projesin hayata geçirildiği ifade edilmektedir (HM Treasury, 2013). Bir başka rapora göre ise, İngiltere’nin KÖO modelini, proje sayısı olarak en fazla sağlık sektöründe kullandığı belirtilmektedir (Epec, 2012: 11). Bu kapsamda İngiltere sağlık hizmetlerinde KÖO modelini kullanan öncü ülke olarak değerlendirilebilir. Diğer ülkeler ise İngiltere’deki modeli kendi sağlık sistemlerine uyarlayarak kullanmışlar ve kullanmaya da devam etmektedirler. Kanada, İngiltere’den sonra sağlık hizmetlerinde KÖO modelini en fazla kullanan ülke konumundadır. Kanada 99 tane sağlık altyapı yatırımıyla diğer sektörlerden daha fazla sağlık sektörüne yatırım yapmaktadır. Bu durum ise kendisini dünya genelinde KÖO modeli kapsamında sağlığa en çok yatırım yapan ikinci ülke konumuna getirmektedir (www.p3spectrum.ca.com).

Türkiye ise son dönemlerde KÖO modeli kapsamında sağlık sektöründeki projeleriyle dikkat çekmektedir. Yapılmış ve yapılması planlanan hastane projeleri sağlık sektörünün yenilenen yüzü olarak gösterilmektedir. Bu projelerin hem Avrupa’da hem de dünya genelinde bir ses getirdiği ortadadır. Örneğin; dünyanın tek parçada yapılan en büyük hastanesi unvanını taşıyan Ankara Etlik Şehir Hastanesi 3660 yatak kapasitesiyle Avrupa’nın en büyük hastanesi olarak kabul edilmektedir. Bu projeler şehir hastaneleri olarak adlandırılırken sağlık turizminin de gelişmesine katkı sağlaması yönünde planlanarak uygulamaya geçilmiştir. Yapılması planlanan projeler bittiğinde Türkiye’nin sağlık sektöründe KÖO kullanımında dünyada en yaygın ülkeler arasına girmesi muhtemeldir. Diğer yandan bu projeler Türk sağlık sistemine yönetsel, finansal ve hukuki

açıdan bir tür değişim ve yenilikler getirmiştir. Böylelikle Türk sağlık sisteminde şehir hastaneleri ile birlikte yeni bir dönemin başladığı ifade edilebilir.



İKİNCİ BÖLÜM

ŞEHİR HASTANELERİ

2.1. ŞEHİR HASTANELERİ MODELİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1980'li yıllardan itibaren serbest piyasa ekonomisi sistemi ağırlıklı olarak dünyada genel kabul görmektedir. Son otuz- kırk yıldır dünya üzerinde, devletin iktisadi hayatta daha düzenleyici bir rol alması ve kamu hizmetlerinin özellikle de altyapı yatırımlarının da özel sektör tarafından piyasa ekonomisi dinamikleri içerisinde gerçekleştirilmesi fikri gitgide daha fazla taraftar kazanmaya başlamıştır (Sarcan, 2017: 2-3). Küreselleşme hareketleri sonucu devletin her alanda elinin bulunmasından ziyade küçültülmesi gerektiğini savunulmuştur. Bu uygulamaların sonucu olarak devletler siyasal ve yönetsel anlamda büyük dönüşümler yaşamışlardır. Bu dönüşümler mali anlamda özelleştirme ve devletin faaliyet içinde olduğu bazı sektörlerden çekilmesi ve bunun sonucu olarak yerel faaliyetlerin işlerlik kazanması sonucunu doğurmuştur. Bununla birlikte kamu hizmetlerinin zorunlu olmadıkça devletçe karşılanmamasının ve devletin düzenleyici ve yönlendirici işlev üstlenmesinin gerekliliği ön plana çıkmıştır (Mamur Işıkcı, 2016: 732). Bu nedenle, “devletin başta iktisadi kamu hizmetleri olmak üzere, kamu hizmeti sunumunun sınırlandırılması ve kamu hizmetlerinin piyasa mekanizmasına bırakılması savunulmaktadır. Piyasa ekonomisi çerçevesinde etkin bir kamu hizmeti; finansmanının vergilendirme yerine, kamu hizmetinden yararlananın ödediği fiyatlandırma mekanizmasına dayalı olarak üretildiği hizmet olarak kabul edilmektedir” (Sarcan, 2017; 2-3). Diğer bir ifadeyle günümüz dünyasında kamunun rolünde bir takım değişimler olmuştur. Kamu hizmet üretip bunu sunma anlayışından vazgeçerek hizmetlerin işleyiş ve sunumlarını özel sektör temsilcilerine devredip kendisi politika, düzenleme ve denetim alanlarına yoğunlaşmıştır. Yani hizmet üretip kürek çeken bir kamu anlayışından, dümen tutan ve kontrol etmek isteyen bir anlayışa doğru geçiş olmaktadır. Bu durumda kamu anlayışında yeni bir paradigma değişikliği olduğu görülmektedir. Diğer yandan sosyal devlet olmanın bir gereği olan hizmet sunumu sürecinde kamu kaynaklarının yetersiz kalmasıyla, devlet özel sektör kuruluşlarını bu sürece dâhil etmek durumunda kalmıştır. Önceleri özelleşme şeklinde olan bu dâhil ediliş, bugünlerde kamu özel ortaklığı modeliyle karşımıza çıkmaktadır.

Serbest piyasa ekonomisiyle ya da neoliberal politikalarla birlikte sağlık hizmetlerinde de değişim ve dönüşümler yaşanmaktadır. 1980’lerden bu yana hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli reform atılımlarının olduğu bilinmektedir. Nüfusun çoğalması, hastalıkların artması, yaşlı nüfus oranının yükselmesi ve sağlık hizmetleri ve teknolojilerindeki gelişmelerin kamu maliyesi üzerindeki baskıları bu reformların başlıca nedeni olarak gösterilmektedir. Çözüm olarak da kamu sektörünün yütüttüğu sağlık hizmetlerini, piyasa aktörleri ve çeşitli sektörler ile paylaşması önerilmektedir. Sağlık hizmetlerinin piyasa temelinde yeniden kurgulanması reformların ana unsurunu oluşturmakta, IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından da desteklenmektedir. *“Bu yeni yapılanmada kamu, sağlık hizmeti sunmaktan çok, sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen, kurallar koyan ve finansman sağlayan bir rol üstlenmektedir”* (Günaydın, 2011: 323). Yıllar geçtikçe sağlık hizmetlerine olan talep artmış ve bu durumda sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Sağlık teknolojilerinin gelişim göstermesi ile birlikte kamunun bu hizmeti sunması zor bir hal almıştır. Akla gelecek tüm sektörler için geçerli olduğu gibi sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan işgücü, sermaye ve teknoloji gibi ana kaynaklar sınırsız bir şekilde bulunmamaktadır. Bu noktada ülkeler vatandaşlarının sağlık hizmeti alması ve kaliteden ödün vermemek adına bu çıkmazdan kurtulmak istemektedir (Paksoy, 2017: 10). Bu sebepten ötürü hizmet sunumu açısından dünyada değişen kamu yönetimi modeliyle devletlerin hizmet sunumlarında bizzat sağlayıcı olması rolünün farklılık gösterdiğini ifade etmek mümkündür. Bu sebeple hizmet sunumunda ortaya yeni anlayışların çıktığı bilinmektedir. Bunların da en yaygınlık kazananı kamu özel ortaklığı modeli olarak ifade edilebilir.

Bu kapsamda paradigma değişimiyle birlikte devletler 1980 sonrasında yeni bir kamu yönetimi anlayışı ile idare edilmeye başlanmıştır. Bu yönetim anlayışının Türkiye’de sağlık alanına yansıyan yönü ise Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak geçmektedir. Bu program neticesinde amaçlanan Sağlık Bakanlığı’na idari ve fonksiyonel bakımdan planlayan ve denetleyen bir sorumluluk yüklemektir. 2003 sonrasında hayata geçirilen bu programın uygulanmaya başlaması ile sağlık kuruluşları çok başlılıktan kurtulup tek bir çatı altında toplanmıştır. Bu uygulamalara ek olarak hastaneler idari ve mali bakımdan özerk bir yapıya kavuşmaları için çalışmalar yürütölmüştür. Aile hekimliği sistemine geçilmesi, tüm vatandaşların genel sağlık sigorta kapsamına alınması

ve kamunun yetersiz kaldığı yerlerde özel sağlık sektörünün teşviki bu sistemin öngördükleri arasında sayılmıştır (Beylik vd., 2015: 188-189). Günümüz itibariyle hayata geçmiş ve geçmeye de devam eden “Şehir Hastaneleri Projeleri” bu programın kapsamı içinde ele alınmaktadır. Diğer bir ifadeyle SDP kapsamında sağlık sektöründe meydana gelen reformlardan biri de, KÖO modeliyle finansmanı, kurulması ve işletilmesi sağlanan şehir hastaneleri projeleri olmuştur.

KÖO’lar Dünya’da ve Türkiye’de çeşitli sektörlerde uzun yıllardır başvurulmuş bir geçmişe sahiptir. Sağlık sektöründe ise hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde aktif bir şekilde kullanılmış ve kullanılmaya da devam edilmektedir. Son zamanlarda ise Türkiye’de de sağlık sektöründe yoğun bir şekilde uygulanmaktadır. KÖO modelinin sağlık sektöründe kullanılmasıyla birlikte Türk sağlık sistemi yeni bir ivme kazanarak değişim sürecine girmiştir. Türkiye’de KÖO modeliyle finansmanı sağlanıp inşa edilen hastaneler “Şehir Hastanesi” olarak adlandırılmaktadır. Şehir hastaneleri SDP’nin yeni bir safhası ve ikinci fazı olarak gösterilip değerlendirilmektedir. Bununla birlikte KÖO yöntemiyle kurulan şehir hastaneleri sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, koordinasyonu, yönetimi ve hizmetlerin sunumu ve yürütülmesinde önemli değişiklikler meydana getirmiştir.

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, koordinasyonu, yönetimi, hizmetlerin sunumu, yürütülmesi, eğitiminde ve siyasi politika anlayışında değişen koşullar ve talepler karşısında hizmetleri geliştirip yaygınlaştırmak için bir sağlık ağı proje vizyonu ortaya koymaktadır. Bu anlayış Türkiye’de son teknolojik cihazlarla donanımlı, modern, konforlu ve hijyenik sağlık alt yapı yatırımlarını gerçekleştirme vizyonu şehir hastaneleri olarak somut bir şekilde karşılık bulmaktadır. Bakanlık bu vizyonu kamu özel ortaklığı yöntemiyle gerçekleştirme yoluna gitmektedir. Bu yöntemle kurulan şehir hastanelerinin yönetim süreçleri oldukça farklı bir şekilde işlemekte ve Türk sağlık sisteminde önemli değişiklikler meydana getirmektedir.

2.2. ŞEHİR HASTANELERİNİN TANIMI

Şehir hastaneleri, sağlık kentleri, bölge hastaneleri ve entegre sağlık kampüsleri olarak da adlandırılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 222; Sarısu, 2014; Övgün ve Küçük, 2013; Songur ve Top, 2018; Aydın, 2015; Ayhan ve Önder, 2018; Güler, 2014; Benli vd., 2014; Cerrahoğlu, 2016; Taner ve Altıparmak, 2011; Sözer, 2013; Sarısu, 2016;

Karasu, 2011; Ak, 2014; Basa, 2017). Şehir hastaneleri “devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin, hizmet karşılığında belirlenmiş bir süreye kadar özel sektör tarafından uygulanması amacıyla işletmeye açılan bütünleşmiş hastane modelidir” (Yalanız, 2017: 10). Ayrıca şehir hastaneleri “sağlık hizmetleri sunumunun performansını yükseltmek amacıyla; aynı kampüs içerisinde, ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bütün sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin her alanda sunulmaya çalışıldığı, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin ve yaklaşımların uygulanabildiği, bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışıldığı, nitelikli hasta yatak sayısının artırılmasına imkân tanındığı, hastaneler arası hasta naklinin azaltılmaya çalışıldığı, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılmaya çalışıldığı, sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlandığı, çalışan güvenliğinin önemsendiği, iş gücü ve hizmet kalitesinin artırılmasının hedeflendiği ve bunları yaparken de maliyet etkinliğinin önemsendiği, özel yönetim modellerine sahip dijital ve kompleks niteliğinde akıllı bina yapısındaki hastaneler” olarak tanımlanmaktadır (Uçar, 2017).

Devlet sağlık altyapı yatırımlarında KÖO modelini ilk olarak “Şehir Hastaneleri” projelerinde kullanmaya başlamıştır. “Bu kapsamda şehir hastaneleri içinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar, araştırma merkezleri ve sağlık teknoparklarının, sosyal tesislerin, otel ve medikal otellerin, alışveriş merkezi, idari merkezler, merkezi acil ve yoğun bakım ünitelerinin, merkezi eczane ve depo yapılarının, konaklama imkânları, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark peyzaj alanları ve üstün nitelikteki teknolojik, fiziksel altyapı koşulları ile bir bütün olarak tasarlanan sağlık kompleksleri olup; sağlık hizmetlerinin ikinci basamağı ve sağlık tesislerinin en uzmanlaşmış hali olarak ifade edilmektedir” (Tengilimoğlu vd., 2012: 230). Bu tanımlardan yola çıkarak şehir hastanelerinin bir tanımı yapılacak olursa; şehir hastaneleri, kamu ve özel sektör arasındaki imzalan bir sözleşmeye göre finansmanı, tasarlanması, inşası ve bazı hizmetlerin sunulmasını özel sektör temsilcilerinin sağladığı, buna karşılık kamunun planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmekle birlikte sadece tıbbi (çekirdek) hizmetleri sunduğu, uzun süreli kiralamayla yürütülen büyük, modern, konforlu ve son teknolojik cihazlarla donanımlı hastanelerdir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Türk sağlık sistemini yeniden yapılandırma amacıyla, tek bir kampüs içerisinde, örgütsel ve finansal düzeyleri de içine alarak kaliteli ve entegre

bir şekilde, sağlık hizmeti vermek adına KÖÖ yöntemiyle şehir hastaneleri modelini uygulamaya geçirmek öngörölmüştür. KÖÖ ile beraber hastaların bütün sağlık problemlerinin kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözüme kavuşturulması ilkesine dayanılarak, birbirinden farklı fiziki boyutlara ve yatak kapasitelerine sahip 22 ilde toplam 30 sağlık kampüsü ya da entegre sağlık tesisi yapılması planlanmıştır (Akdağ, 2011: 43). Bu sayı daha sonra artırılmış 32 projenin yapılmasına karar verilmiştir. Özetle kamu özel ortaklığı modeliyle finansmanı, kurulması ve işletilmesi sağlanan şehir hastaneleri sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık sektöründe meydana gelen reformlardan en günceli olarak ifade edilebilir.

Toplamda 32 projeyle 44.409 yatak kapasitesine sahip şehir hastanelerinin 2019 yılı itibariyle 10 tanesi hizmete girmiş, 10 tanesinin inşaatı yapılmakta ve 10 şehir hastanesinin de ihale süreci devam etmekteydi (Koca, 2018²⁶). Ancak 12 Kasım 2019 tarihinde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın yaptığı bir açıklamada 12.400 yatak kapasiteli 10 şehir hastanesinin kamu özel ortaklığı modeli yerine “genel bütçe kaynaklarıyla” yapılacağını, bunlardan 3'ünün proje ihale ilânının yapıldığını, 7'sinin proje ihalesinin hazırlık aşamasında olduğunu açıklamıştır. Yani bu ihalesi devam eden şehir hastanelerinin KÖÖ modeliyle yapımının iptal edileceğı gündeme gelmiştir. Bunun yanında Bakan Koca aynı açıklamada 14.992 yatak kapasiteli 9 adet şehir hastanesi inşaatının da KÖÖ modeliyle yapımının devam ettiğinden söz etmektedir. Tablo 2.1'de kamu-özel ortaklığı modeli ile yapımı tamamlanan ve yapımı devam eden şehir hastaneleri bir bütün olarak görülebilmektedir.

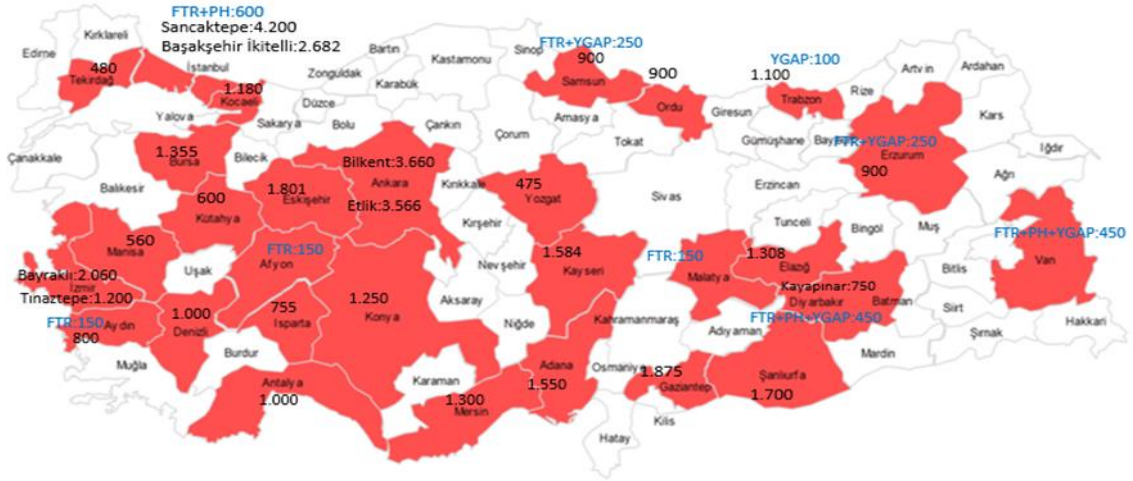
²⁶ <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/uc-sehir-hastanesi-daha-kapilarini-acmaya-hazirlaniyor/1370251>

Tablo 2.1. Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri

Şehir Hastanesi	Yatak Kapasitesi	Hizmete Açılma Yılı
Yozgat Şehir Hastanesi	475	2017 yılında açıldı
Isparta Şehir Hastanesi	755	
Mersin Şehir Hastanesi	1300	
Adana Şehir Hastanesi	1550	
Kayseri Şehir Hastanesi	1607	2018 yılında açıldı
Elazığ Şehir Hastanesi	1038	
Manisa Şehir Hastanesi	558	
Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	
Ankara-Bilkent Şehir Hastanesi	3577	2019 Yılında açıldı
Bursa Şehir Hastanesi	1355	
Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	2020 yılı içinde açılması planlanıyor
Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	
Kütahya Şehir Hastanesi	600	
Kocaeli Şehir Hastanesi	1180	
Ankara-Etlik Şehir Hastanesi	3566	
İstanbul Başakşehir/İkitelli Şehir Hastanesi	2682 (Açıldı)	
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	
Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2400	2021 yılında açılması planlanıyor
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	

(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, www.sygm.saglik.gov.tr).

İlk olarak 2017 yılında Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana illerinde yapılan şehir hastaneleri açılarak hizmet vermeye başlamıştır. 2018 yılında ise Kayseri, Elazığ, Eskişehir ve Manisa şehir hastanelerinin yapım süreci bitmiş ve hizmet sunmaya başlamışlardır. Daha sonra 2019 yılında Ankara-Bilkent ve Bursa şehir hastaneleri açılmıştır. Burada Konya, Gaziantep, Kütahya, Kocaeli ve Ankara-Etlik şehir hastaneleri 2019 yılında açılması planlanırken açılmayarak hizmete girmesi bir sonraki yıla sarkmıştır. Diğer şehirlerde yapılması planlanan şehir hastaneleri ise yapımına devam edilmektedir. Türkiye geneli yapılması planlanan şehir hastaneleri Şekil 2.1.'de görülmektedir. Ancak yapılması planlanan bu hastanelerin Sağlık Bakanlığının yaptığı son açıklamadan sonra ihalesi imzalanmayan projelerin devam edip etmeyeceği ile ilgili bir belirsizlikler sürmektedir. Bu nedenle bazı illerdeki projeler beklemeye devam etmektedir.



(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri Koordinasyon Başkanlığı, Slayt Sunusu)

Şekil 2.1. Türkiye Geneli Yapılması Planlanan Şehir Hastaneleri

Türkiye’de şehir hastanelerini yapım süreci Sağlık Bakanlığı kontrolünde ilerlemektedir. Sağlık Bakanlığı uygun gördüğü şehirlere hastanelerin yapılmasına karar vermektedir. Yukarıdaki haritadan daha sonrası için de uygulamaya geçecek olan hastaneler hakkında bize yol gösterecek nitelikte bilgiler elde etmek mümkündür. Bununla birlikte Türkiye genelinde hizmete açılan ve açılacak olan hastanelerin hangi şehirlerde ve kaç yataklı olduğu belirtilmektedir. Haritaya bakıldığında bu hastanelerin Türkiye’nin geneline yayılmış bir şekilde yapıldığı görülmektedir. Bunun yanında Ankara’ya 3660 yataklı Bilkent, 3566 yataklı Etlik ve İstanbul’a 4200 yataklı Sancaktepe şehir hastanelerinin yapılması büyüklükleri bakımından dikkat çeken başka bir noktadır. Yapılması planlanan bu hastanelerin genel yatak ortalaması 1300’ü geçmektedir.

Bu projelerin temel mantığı; projenin finansmanının dolayısıyla fiziksel donanım, tesisin tüm bakım, onarım ve yenilenme işleri özel sektör tarafından sağlanırken; sağlık hizmetini yürütme ve sunma görevi ise devlet tarafından yürütülmektedir. KÖO kapsamında belirlenen kentlerde şehir hastanelerinin yapımına özel firmanın katılımı yalnızca tesislerin inşaatı ile sınırlı olmayıp, sağlık hizmetleri dışındaki temizlik, güvenlik, otopark, çamaşırhane, kafeterya ve hastane içindeki mağazalar gibi birtakım yerlerin ticari olarak işletme hakkını da içermektedir (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 39).

KÖO modeli ile şehir hastaneleri şu süreçlerle hayata geçirilmektedir. “Öncelikle hazineye ait taşınmaza sağlık tesisi yapması için özel sektör yüklenicilerine ihale ile taşınmazın tahsisi yapılmaktadır. Yüklenici bu taşınmazın üzerine tamamen kendi

kaynakları ile Sağlık Bakanlığınca belirlenen şartlarda sağlık tesisi yapmakta, sözleşmelerde belirtilmiş şekliyle bütün donanım ve cihazlarla birlikte nitelikli mal ve hizmetleri temin etmektedir. Her yönüyle tamamlanan sağlık tesisi Sağlık Bakanlığına devir süreciyle teslim edilmektedir. Bakanlık sözleşmede belirtilen süre zarfında ve yine sözleşmede belirlenen miktar üzerinden yüklenici firmaya belirli periyotlarla tesisin yapılması karşılığında ve bazı hizmetlerin sunumu için kira ödemektedir. Yine sözleşme ile belirlenen ve sağlık hizmeti sunulan yerler dışında kalan ticari alanlardan ve ticari faaliyetlerden yüklenici firma gelir elde edebilmektedir. Sözleşmede belirtilen tüm bakımlar ve yenilemeler firma tarafından yapılmaktadır. Sözleşmede belirlenen süre sonunda sağlık tesisi Sağlık Bakanlığına devredilmektedir” (Atasever, 2014: 203). Özetle Bakanlık KÖO’nun bir türü olan Yap-Kirala-Devret (YKD) modelini kullanarak kurulmasını planladığı bir yerde belirlediği kriterlerde hastanenin yapılması için ihaleye çıkmaktadır. İhaleyi alan yüklenici firma istenilen özellikteki hastaneyi inşa ederek sözleşme çerçevesinde en az yirmi beş yıllığına Sağlık Bakanlığı hastaneyi kiralamaktadır. Bu kira sürecinde yüklenici firma bazı hizmetleri de sözleşmede belirtilen fiyatlar üzerinden kendisi sunmaktadır. Firma sözleşme sonunda da hastanenin bakım ve onarımlarını yaparak hastaneyi Sağlık Bakanlığına bedelsiz olarak geri devretmektedir.

Bu yöntemin tercih edilmesi ya da kullanılmasındaki gerekçelere bakıldığında şu özellikler gündeme gelmektedir; *“en temel gerekçe kısa vadede tamamlanmasına ihtiyaç duyulan ancak kamunun finansman yetersizliği nedeniyle tamamlayamayacağı tesislerinin kamu arsalarını yükleniciye tahsis ederek tamamen kamu dışı kaynaklarla yaptırılmasıdır. Bunun yanında yatırımın yapılmasına kadar geçen süre için kamu bütçesinden hiçbir kaynak kullanılmadan ve sağlık tesisinin kullanılmak üzere devir alınmasından itibaren sadece kira bedeli ödenerek ihtiyaç duyulan sağlık tesisleri yaptırılmaktadır”* (Atasever, 2014: 204). Uçar (2017)’a göre ise bu yöntemin kullanılma amacı; aynı kampüs içerisinde ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bütün sağlık hizmetlerini entegre bir şekilde sunmak, mevcut hizmet veren hastanelerin ya da sağlık tesislerinin yenilenmesini sağlamak, hizmetleri bir bütün halinde (kapsamı, niteliği ve niceliğiyle) sunarak tedavi çeşitliliğini ülke geneline yayıp, sağlık alanında bölgesel gelişimi tamamlamak, yeni hastanelerle birlikte sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlayarak, teşhis ve tedavide yeni teknolojileri kullanmak ve konseptleri geliştirmek, bir yandan hizmet kalitesini artırırken bir yandan maliyet etkin

sağlık hizmeti sunmak, yeni sağlık tesisleriyle yeterli sayıda nitelikli yatağı hizmete kazandırmak, hastane enfeksiyonlarını azaltarak, hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırıp daha kısa hasta yatış sürelerini hedeflemek, çalışan güvenliği, iş gücü ve hizmet kalitesini artırarak, sağlık hizmet sunumunun performansını yükseltmek ve son olarak eğitim ve araştırma hizmetlerini geliştirmek ve hastaneler arası hasta naklini azaltmak için KÖO modeliyle yeni hastanelerin kurulması planlanmaktadır.

Makro boyutuyla değerlendirildiğinde ise, artan sağlık hizmeti talebi, hizmeti kullananların kaliteli ve hızlı hizmet beklentisi, özel sektörün işletme ve organizasyon tecrübesinden faydalanma, eskimiş binalar yerine daha modern ve yeni binalarda hizmet sunma, ülkeye yabancı yatırım sağlanması ve döviz girişi, kişi başına düşen nitelikli hasta yatağını artırmak, kamu kaynakların etkili, verimli ve daha maliyetli kullanılması gibi nedenlerle KÖO modeliyle hastanelerin yapılma isteği gerekçelendirilebilir. Ancak bu gerekçelendirmenin yanında ülkenin içinde bulunduğu ekonomik, sosya-kültürel, siyasi ve sağlıkla ilgili faktörler değerlendirilerek ona göre karar vermekte fayda vardır.

2.3. ŞEHİR HASTANELERİNİN HUKUKİ YAPISI

Türk mevzuatında, sağlık sektörü ya da alanında sağlık tesislerinin yapımı ile ilgili olarak KÖO'nun uygulamasına ilişkin ilk yasal düzenleme 2005 yılında 07.05.1987 tarihli 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa” bir ek madde (Ek Madde 7.) eklenmesi hakkındaki kanun ile gündeme gelmiştir. Bu ek maddeye göre; *yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde; taşınmazın gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı, bedelsiz Hazine taşınmazı devredilip devredilmediği, yatırımın maliyeti, tıbbî donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, kiralama konusu taşınmaz ve üzerindeki sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin kiralayana verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınır. Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedelleri Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenir. Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek*

esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir. Bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tâbi değildir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin esas ve usûller ile ihale yöntemi; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerinde aranılacak nitelikler, sözleşmelerin kapsamı ve konuya ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarlıklarınca müstereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulur²⁷.

Bu ek madde yani 5396 no'lu kanun 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda önemli bir değişiklik getirerek şehir hastanelerinin yapılmasına dayanak olmuştur. Ayrıca bu madde sağlık hizmetlerinin finansmanı, örgütlenmesi, yürütülmesi ve sunulması gibi faaliyetler açısından da bir takım değişiklikler meydana getirmiştir. Bu sayede şehir hastanelerine uygulama alanı açılmıştır.

2006²⁸ yılında ikinci adım olarak Bakanlar Kurulu tarafından “Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” çıkartılmıştır. 2010²⁹ ve 2011³⁰ yıllarında bu yönetmenlikte bazı değişikliklere gidilerek içeriği genişletilmiştir.

2013 yılında ise 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen (Ek 7. Madde) maddeyle KÖO sözleşmelerini geliştirilmesini ve uygulanmasını düzenleyen 5396 nolu kanun yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun yerine daha kapsamlı ve ayrıntılı düzenlemeler içeren resmi gazetede 09.03.2013 tarihinde yayınlanan 6428³¹ sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Yine bu kanuna dayanarak 09.05.2014 yılında resmi gazetede yayımlanan 2014/6282 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına

²⁷ Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Tarih: 15.07.2005 Resmi Gazete Sayı: 25876. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm>.

²⁸ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060722-2.htm>

²⁹ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100522-11.htm>

³⁰ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110701-9.htm>

³¹ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm>

Dair Uygulama Yönetmeliği”³² yürürlüğe girerek yapılacak olan şehir hastanelerinin hukuki temelleri atılmıştır.

6428 sayılı kanun ve bu kanunun uygulama yönetmeliği şehir hastaneleri projelerinin temel dayanakları olmuştur. Önceki kanun ve yönetmeliğin içeriği genişletilerek ve bazı değişiklikler yapılarak şehir hastanelerinin uygulama süreçleri detaylandırılmıştır. Bu kanunun amacı; *“ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel iş birliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazinesin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma-geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir”* şeklindedir. Burada dikkat çeken nokta ise projelerin işletme süresi ile ilgilidir. İlk kanunla en fazla kırk dokuz yıllığına kiralama karşılığında yaptırılacak olan tesisler ikinci kanunla en fazla otuz yıl olarak değiştirilmiş ve tesisler kiralanarak özel firmalar tarafından işletilecek ve sonrasında kamuya devredilecektir. İkinci nokta ise, hastanelerin maliyetlerinin döner sermayaden değil genel bütçeden karşılanma yoluna gidilmiştir.

Bu yasa ve yönetmenlikle sağlık tesislerinin yapılması ile ilgili yapılacak işler öncelikle amaç, kapsam ve tanımlar yapıldıktan sonra şu şekilde sınıflandırılmaktadır; a) yapım, yenileme ve hizmet alım işlerine karar verilmesi, b) ihale ilke, usul ve esasları, c) sözleşmelerin düzenlenmesi ve sözleşmede yer alacak hususlar, d) projelerin bedeli, ödemelerin hesaplanması ve ödeme usulleri, e) sözleşmenin sona ermesi ve devir işlemleri, g) son olarak imar planlarının yapılması ve onaylanması, anlaşmazlıkların çözümü, tazminat ve çeşitli ve son hükümler olarak temel başlıklar halinde sıralanmaktadır. Diğer yandan bu kanun ve yönetmenlik KÖO bir türü olan Yap-Kirala-Devret modeli ile sağlık tesislerini yapılmasına dayanak oluşturmuştur. Bu kapsamda atılan ilk somut adım da şehir hastaneleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Bakanlığı (SB) şehir hastaneleri projelerinin KÖO modeli kapsamında hayata geçirilmesi ile ilgili sorumluluğu 6428 sayılı kanunla üstlenmekte ve

³² <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140509-26-1.pdf>

yükümlülüklerini yerine getirmek durumundadır. KÖO modeliyle yapılacak olan şehir hastaneleri; “SB tarafından verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacaktır. Bu amaçla Maliye Bakanlığı’nca hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak üst hakkı tesis edilecek ve bu şekilde taşınmazlar devredilecektir. Projeyi yürütecek olan şirket belirlenen bir dönem yapım aşaması, bir dönem işletme aşaması olmak üzere hizmetin, ürünün veya yapım işlerinin sunulmasını temin edecektir. Kamu ise şirkete bunun karşılığında uzun dönemlere yayılan bir ödeme planıyla belirli periyotlar halinde kira olarak ödemesini yapacaktır. Bu proje kapsamında sunulan hizmetin kamu tarafından sunulduğu kabul edilmekte ancak işletme özel sektör tarafından yerine getirilmektedir” (Uygun, 2013: 25). Bu durum ise iki ortak yani SB ve projenin yapılması için ihaleyi üstlenen yüklenici firma arasında imzalanan sözleşmeyle yürütülmektedir. Bu sözleşmeler şehir hastanelerinin yapım ve işleyişinin temel omurgasını oluşturmaktadır. Sözleşmeyle iki kurum arasındaki her şey düzenlenmekte ve tesislerin inşa edilmeden önce yani ihale dönemiyle birlikte başlayarak yapım, işleyiş, hizmet sunumu ve devir teslim süreçlerini geniş bir biçimde kapsamaktadır.

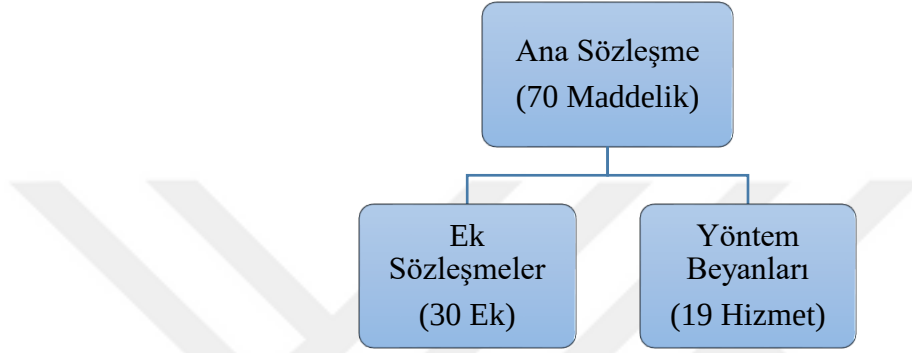
Diğer yandan şehir hastaneleri gündemde ve güncel bir konu olduğu için zaman zaman bir takım hukuki değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu yüzden ilgili kanunlar ve yönetmeliklerdeki değişiklikleri devamlı takip etmekte fayda vardır.

2.4. ŞEHİR HASTANELERİNİN SÖZLEŞMESEL YAPISI

“Kamu kurumları ile ‘yüklenici’ olarak tanımlanan özel sektör firmaları ya da işletmeleri arasında akdedilen sözleşmenin konusu, bir tesisin özel sektör tarafından finanse edilerek tasarlanması, inşa edilmesi, belirli bir süre için idareye kiralanması, kiralanın tesis üzerindeki bazı mal ve hizmetlerin kısmen veya tamamen yüklenici tarafından işletilebilmesi ve tesisin mülkiyetinin kira dönemi sonunda sözleşme gereğince kamuya geçmesidir” (Çelebi, 2017). Şehir hastaneleri bu süreçleri içerir şekilde SB ve yüklenici firma arasında imzalanan sözleşmeyle hizmete kazandırılmaktadır. Sözleşmeler ihale süreciyle birlikte hastanenin inşa edilmesi ve sonrasına ilişkin yönetsel fonksiyonlara yönelik tüm eylem ve işlemleri kapsamaktadır. Bununla birlikte inşa edilen

ve hizmete açılan bir şehir hastanesinin bütün süreçleri imzalanan bu sözleşmeye göre yürütülmektedir. Hizmete açılan her bir şehir hastanesi için farklı yüklenicilerle farklı sözleşmeler imzalanmaktadır. Sözleşmelerdeki bazı temel süreçler aynı olmakla birlikte şehir hastanelerinin büyüklüklerine göre proje maliyetleri değişiklikler gösterebilmektedir.

Şehir hastanelerinin temel sözleşmesi yani taslak sözleşme sınıflandırması mevcuttur. Bu sınıflandırma her şehir hastanesi için bir (1) ana sözleşme (70 Maddeyi içerir), otuz (30) ek ve on dokuz (19) hizmetin yöntem beyanlarından oluşmaktadır.



Şekil 2.2. Şehir Hastanelerinin Taslak Sözleşmeleri

Bu ana sözleşmede tarafların genel yükümlükleri ve temel esaslar üzerinde durulduğu bilinmektedir. Ek sözleşmelerde ise yapılacak olan hastanelerin bütün süreçlerini içeren iş ve işlemlerin nasıl yapılması gerektiği üzerinde durulduğu anlaşılmaktadır. Yöntem beyanları ise hastanelerin açılışıyla beraber hizmet üretmeye başlaması ve bu hizmetlerin nasıl yürütülmesinin gerektiğinin sağlandığı hizmetler bütünüdür. Yani hastanelerdeki hizmet yürütme süreçlerinin bu yöntem beyanlarına göre yapıldığı bilinmektedir.

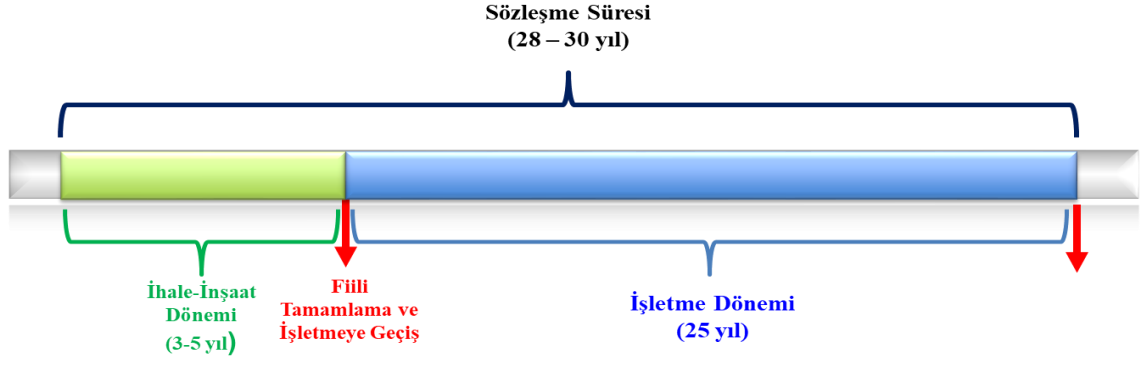
Tablo 2.2. Şehir Hastaneleri Sözleşme Ekleri

EK 1-TANIMLAR VE SÖZLEŞMENİN YORUMLANMASI	EK 16-ŞİRKET TEMSİLCİSİ
EK 2-TAMAMLAMA BELGELERİ	EK 17-PAZAR TESTİ PROSEDÜRÜ
EK 3-PROJE BELGELERİ REJİMİ	EK 18-ÖDEME MEKANİZMASI
EK 4-KİLİT TEKNİK PERSONEL	EK 19-FİNANSAL MODEL
EK 5-İŞLERİN GÖZLEMÇİSİ	EK 20- İŞLETME DÖNEMİ YÖNETİM PLANI
EK 6-FİNANSMAN SAĞLAYANLARIN DOĞRUDAN ANLAŞMASI	EK 21-SİGORTA ŞARTLARI
EK 7-ARAZİ HUSUSLARI	EK 22-DEĞİŞİKLİK PROSEDÜRÜ
EK 8-İNŞAAT HUSUSLARI	EK 23-SONA ERMEDE TAZMİNAT
EK 9- PROGRAM	EK 24-İADE PROSEDÜRÜ
EK 10-İNCELEME PROSEDÜRÜ	EK 25-ÜST HAKKI SÖZLEŞMESİ
EK 11-HİZMET SAĞLAYICI YAN ANLAŞMASI	EK 26-UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜMÜ PROSEDÜRÜ
EK 12-KABUL PROGRAMI	EK 27-MALİ TABLOLAR
EK 13-EKİPMANLAR	EK 28-FAALİYET RAPORLARI
EK 14-HİZMET ŞARTLARI	EK 29-YENİDEN FİNANSMAN
EK 15-İDARE TEMSİLCİSİ	EK-30 SÖZLEŞMENİN İNGİLİZCE METNİ

(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu)

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi şehir hastaneleri sözleşmelerinin hususları başlıklar halinde sıralanmaktadır. Şehir hastanelerinin yapım ve işletme süreci bu sözleşme maddelerine göre yürütülmektedir. Burada Ek14-Hizmet Şartları ve Ek18-Ödeme Mekanizması daha ön plana çıkarak önem derecesi biraz daha yüksektir. Ek14 hastanenin işleyiş süreçlerinin nasıl olacağını kapsarken, Ek18 ise yüklenici tarafından tesis edilen hastanenin kira ve hizmet ödemelerinin nasıl olacağını içermektedir.

Bu sözleşmeler SB tarafından ticari sır olarak nitelendirip üçüncü şahıs, kurum ve kuruluşlarca paylaşılması yasaklanmıştır. Bu nedenle şehir hastaneleri hakkındaki bilgiler sınırlı kalmakta ilgili yasa ve yönetmelikle birlikte SB’da yetkili yöneticilerin aktardığı sunumlar ve açıklamalar doğrultusunda ya da açılan davalar neticesinde ulaşılan bilgiler ışığında malumat elde edilebilmektedir. Bunun yanında şehir hastaneleri ile ilgili finansal idari ve sağlık göstergeleri bağlamında istatistiki bilgilere de ulaşamamaktadır. Bu faktörler değerlendirildiğinde şehir hastaneleri hakkında araştırma yapmanın ne denli zor olduğu görülmektedir. Diğer yandan bu sözleşmeler özel hukuk hükümlerine tabidir. Bu sözleşmelerin yönetiminde Türk Hukuku uygulanmakla birlikte, yüklenici firmalar ve uluslararası finansörlerin herhangi bir sorun yaşamaları halinde uluslararası tahkime de başvurmalarının önü açıktır. Diğer taraftan KÖO ile yapılacak şehir hastanelerinin ihaleleri 6428 sayılı Kanun’da ifade edildiği üzere Kamu İhale Kanununa tabi değildir.



(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

Şekil 2.3. Şehir Hastanelerinin Sözleşme Süresi

KÖO yöntemiyle yapılan şehir hastanelerinde Yüksek Planlama Kurulu (YPK) onay ve ihale sonuçlandırma süreci bir yıl, yatırım dönemi üç yıl ve işletme dönemi yirmi beş yıldır. Sözleşme süresi şehir hastanelerinde yapım aşasındaki durumu göre uzayıp kısalabilmektedir. Ancak temelde her hastanenin sözleşme süresi bellidir. Firmadan kaynaklı inşaat gecikmeleriyle 1-2 yıl gibi sürelerle projelere göre değişiklik gösterebilmektedir. 15 Ocak 2015 tarih ve 29237 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Denizli ili merkezinde yapılacak, 420 yataklı Genel Hastane, 300 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 100 yataklı KVC Hastanesi, 80 yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1.000 yataklı Sağlık Yerleşkesi yatırımının ön yeterlilik ihalesinde yüklenici firma şu sorumlulukları üstlenmektedir. Diğer bir ifadeyle, şehir hastaneleri ile ilgili ihaleye girecek olan yüklenici firma ön yeterlilik ihalesinde belirli sürede ihale şartlarını sağlamalıdır. Yüklenici; projenin finansmanını, uygulama projesini, tasarımı, inşaatını, medikal cihazlar ile diğer donanımlarını ve tesis için gerekli mefruşatı sağlayacaktır. “Yüklenici; ayrıca tesislerin bakım ve onarımını, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek gibi destek hizmetlerinin sunumunu ve sağlık hizmetleriyle uyumlu olarak Bakanlık onayı alacak ticari alanların yapım ve işletilmesini üstlenecektir. Kamu Özel İşbirliği ile gerçekleştirilecek olan Proje’ nin yapım dönemi 2,5 yıl; çeşitli nedenlerden yapım için uzatma verilirse en çok 3,5 yıl; işletme dönemi de 25 yıl olmak üzere sözleşme süresi toplam 27,5 yıl; yapım süresinde uzatma verilmişse en çok 28,5 yıldır” (Resmi Gazete, 2015: 79)³³. Bu maddeyi ele almak

³³ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/01/20150115.pdf>.

gerekir ise özel ortak toplamda en fazla 28.5 yıl olmak kaydı ile sağlık tesisini kamunun tahsis etmiş olduğu arsa üzerine kendi finansmanı ile kurmakla sorumludur. Ayrıca bu sorumluluklara ek olarak tesisin bakımı, onarımı ve tamiri gibi benzer birçok destek hizmetin de sağlayıcısı olacak olan taraftır.

6428 sayılı kanunun 2. ve 3. maddesinde ve 6282 sayılı yönetmeliğin 5. ve 47. maddeleri arasında yapılacak olan şehir hastanelerinin ihale usul ve esasları belirlenmektedir. Bu kanun 2. maddesine göre, *“Bakanlık ve bağlı kuruluşları; ön proje, ön fizibilite raporu, temel standartlar ile ihale dokümanı ve sözleşme hükümleri çerçevesinde, Maliye Bakanlığınca yüklenici lehine bedelsiz olarak tesis edilecek bağımsız ve sürekli nitelikteki üst hakkı sözleşmesinde belirtilen şartlarla Hazinesin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde, sözleşmede belirlenecek bedel karşılığında tesis yaptırabilir. Yapım işlerine ilişkin ön fizibilite raporu ve proje ile ilgili diğer belgeler Sağlık Bakanının imzasıyla Yüksek Planlama Kurulunun onayına sunulur. Yapım işlerinin ihalesi, Yüksek Planlama Kurulundan yetkilendirme kararı alındıktan sonra gerçekleştirilir”*. Burada bir dipnot düşmekte fayda vardır. Şehir hastanelerinin yapımına karar veren YPK’nın Kalkınma Bakanlığının kapatılmasıyla statüsü değişmiştir. 02.08.2018 tarihinde resmi gazetede yayımlanan 2018/3 Sayılı Cumhurbaşkanlığı genelgesiyle yeniden düzenleme yapılarak Kurul’un yetkisi Cumhurbaşkanlığı makamına verilmiştir³⁴. Yani bundan sonra KÖO yöntemiyle yapılması planlanan hastanelerin son karar merci Cumhurbaşkanı olarak değiştirilmiştir. Maddeye devam edildiğinde *“Bakanlık ve bağlı kuruluşları, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda kullanımlarında bulunan tesislerin yenilenmesi işlerini, tesislerdeki belli hizmetlerin sunulması ve/veya ticari hizmet alanlarının işletilmesi ve/veya bedelinin ödenmesi karşılığında yaptırabilir. Bu Kanuna göre yapılacak ihalelerde ihale yetkilisi, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatında ilgili birimin, Bakanlık onayı ile taşra birimlerince yapılmasına karar verilen işlerde ise ilgili taşra biriminin en üst yöneticisidir”*.

6428 sayılı kanunun 3. maddesine göre, *“Bakanlık ve bağlı kuruluşları her bir proje için, ihale iş ve işlemlerinde kullanılmak üzere ön proje, ön fizibilite raporu, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanı hazırlar veya hazırlatır.*

³⁴<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180806.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180806.htm>.

Gerek görülmesi hâlinde birden fazla tesis yapım veya yenileme işi tek bir ihale ile yaptırılabilir. Şehir hastanelerinin ihaleleri için proje bazında ve işin niteliğine göre en az maliyetle en yüksek fayda sağlayan teklif, ekonomik açıdan en avantajlı teklif kabul edilir. Bu Kanun kapsamındaki tesislerin yenileme veya yapım işlerinde açık ihale usulü, belli istekliler arasında ihale usulü veya pazarlık usullerinden biri uygulanabilir”. Ancak şehir hastanelerin ihalelerinde “Belli İstekliler Arasında İhale Yöntemi” tercih edilmektedir.

6428 sayılı kanunun 3. maddesinin devamına göre belli istekliler arasında ihale usulü, yapılacak ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda davet edilen isteklilerin teklif verebildiği ihale usulüdür. Bu ihale, belirtilen şu esaslara göre yapılmaktadır. a) Ön yeterlik değerlendirmesi, işin niteliğine göre ve rekabeti engellemeyecek şekilde ön yeterlik dokümanı ile ön yeterlik ilanında belirtilen değerlendirme kriterlerine göre yapılır. b) Ön yeterlikleri kabul edilen isteklilerden kapalı olarak proje ve fiyat teklifleri alınır. c) İdare tarafından belirlenen günde isteklilerin huzurunda teklifler açılır ve teklif edilen projelerin ve fiyatlarının değerlendirmesi yapılmak üzere oturum kapatılır. Teklif edilen projelerin öncelikle niceliksel olarak ön projeye uygunluğu incelenir. Bu incelemede projeleri uygun bulunmayan istekliler değerlendirme dışı bırakılır; uygun bulunanlar teknik kalite ve fiyat yönünden değerlendirilerek sıralanır. ç) Bu sıralamaya göre ihale dokümanında belirtilen sayıda istekli ile proje geliştirilerek teklife esas proje belirlenir. Belirlenen proje için isteklilerden kapalı olarak fiyat teklif alınır. Önceden tespit edilen günde isteklilerin huzurunda teklifler açılır ve hemen akabinde açık eksiltme yapılır. d) Açık eksiltme sonucunda en düşük teklif veren istekli ile idarenin fizibilitesi doğrultusunda nihai pazarlık aşamasına geçilir. Nihai pazarlık sonucunda isteklinin teklif uygun bulunursa bu istekli üzerine ihale kararı verilir. İlk isteklinin teklif idarece uygun bulunmazsa ekonomik açıdan en avantajlı ikinci teklif sahibi istekli ile nihai pazarlığa devam edilir. İkinci isteklinin nihai fiyatı ilk isteklinin fiyatından düşükse, ilk isteklinin bu fiyatı kabul etmesi hâlinde ilk istekli, aksi hâlde ikinci istekli üzerine ihale kararı verilir. Yapılan ihale sonucunda idare, teklif edilen fiyatı fizibilitesine uygun bulmazsa ihaleyi iptal etmekte serbesttir. İhalenin iptalinden dolayı isteklilere karşı idarenin herhangi bir sorumluluğu doğmaz (Kanun: 6428, md. 3).

“Özetle şehir hastanelerinin ihale sürecinin işleyişi; ön projenin idare tarafından hazırlanmasından sonra, kapsamlı bir şekilde projenin ön fizibilitesi hazırlanmaktadır.

Hazırlanan ön fizibilite, YPK onayına sunulmakta ve ön fizibiliteye YPK tarafından yetki verildikten sonra ön yeterlik ihalesine çıkılmaktadır. Ön yeterliği geçen firmalar teklif vermeye davet edilmektedir. Birinci teklif sonrası proje eşitleme süreci ve firmaların teklifleri değerlendirilip, değerlendirmeyi geçen firmaların nihai teklifleri alınmaktadır. Açık eksiltmeyle birlikte pazarlık süreci ve en avantajlı teklif sahibi ile sözleşme imzalanmaktadır” (Atasever, 2018: 34). Bu şekilde şehir hastanelerinin ihale süreci tamamlanmış olur.

Bu kanun çerçevesinde yapılan ihalelerde toplam sabit yatırım tutarı veya teklif bedelinin en az yüzde üçü oranında geçici teminat, yüzde üçü oranında kesin teminat, sabit yatırımın tamamlanmasından sonra işletme döneminde ise yüzde bir buçuğu oranında teminat alınır. Üzerine ihale yapıldığı hâlde süresi içinde sözleşme imzalamayan yüklenicinin geçici teminatı Hazineye irat kaydedilir. Diğer yandan bu Kanun çerçevesinde yaptırılacak işlerdeki sabit yatırım içerisinde yer alan tıbbi donanımın en az yüzde yirmisinin yerli üretim olması zorunludur. Kullanılacak ürünlerdeki yerli üretim oranı, yerlilik şartları ve esasları ihale dokümanında belirtilir. Bu şekilde şehir hastaneleri ihalelerinin çerçevesi ilgili kanunla (6428 Sayılı Kanun) çizilmektedir.

09.06.2007 Tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 5683 sayılı “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun³⁵” ile yaptırılacak yatırımlarla ilgili iş ve işlemleri takip etmek ve yürütmek üzere “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” adı altında bir daire kurulmuştur. Daha sonra bu daire 2011 yılında SB’nın teşkilat yasasıyla yapılan bir değişiklikle “İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı” ile birleştirilerek “Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü” halini almıştır. Böylelikle Şehir hastanelerinin ihale ve yatırım süreçlerini SB merkez teşkilatında “Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü” ve bünyesine bağlı “Daire Başkanlıkları” ile yürütmektedir. Ayrıca sözleşmelerin oluşturulması ya da yabancı kaynaklardan çevirilerinin düzenlenmesi, planlanması ve imzalanması bu müdürlük bünyesinde yürütülmektedir.

2.5. ŞEHİR HASTANELERİNİN YÖNETSEL YAPISI

Şehir hastanelerinin yönetsel yönü ele alındığında daha çok mikro boyutta hastanelerin işleyiş süreçleri karşımıza çıkmaktadır. Şehir hastaneleri normal kamu

³⁵ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/06/20070609-1.htm>.

hastanelerine göre daha farklı bir yönetim modeliyle işletilmektedir. Yönetim modelinde hem hastaneyi inşa eden firma yetkilileri hem de kamu otoritesini oluşturan yöneticiler birlikte çalışmaktadır. Her iki tarafın sorumluluk ve yetkileri imzalanan sözleşmelerle belirlenmiştir. Buna göre hastanenin tıbbi hizmetlerini (çekirdek hizmetler) kamu otoritesi planlayıp sunarken, yüklenici firma ise hem destek hizmetlerini hem de tıbbi destek hizmetlerini sunmakla yükümlüdür.

Şehir hastanelerinin KÖO modeliyle kiralama karşılığı inşaa ettirilmesi ile birlikte hastanelerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmetlerin sunulması, yüklenici firmalara havale edilerek yürütülmesi planlanmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012: 27). Kamunun *“sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre devredilmektedir”* (Karasu, 2011: 217). Böylelikle kamu çekirdek hizmetlerin yürütülmesi sorumluluğunu üstlenerek daha az enerji ve çaba sarf etmektedir. Şehir hastanelerinde özel sektörün yüklendiği hizmetler Tablo 2.3.’te gibi gruplandırılmıştır.

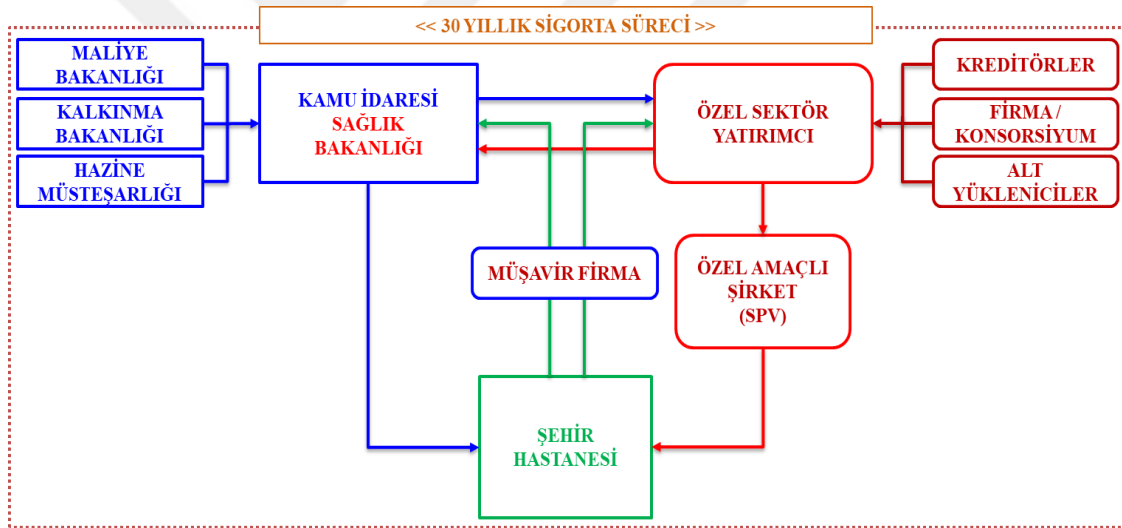
Tablo 2.3. Şehir Hastanelerinde Yüklenici Firma Tarafından Sunulacak Hizmetler

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

(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere yüklenici firma ise P1 ve P2 hizmetlerini sunmakla yükümlüdür. P1 hizmetleri isteğe bağlı olmayan hizmetler olarak nitelendirilip yüklenici şirket tarafından sözleşme süreci boyunca mecburi olarak görülecek hizmetlerdir. P2 hizmetleri ise isteğe bağlı olan hizmetler olarak nitelendirilerek kamunun

idareleri ile yüklenici firmaya verilmektedir. Hem isteğe bağı olan hem de isteğe bağı olmayan hizmetler imzalan sözleşmeye göre yüklenici şirket tarafından yürütölmektedir. Bu hizmetler beş yılda bir pazar testine tabi tutulmaktadır. Sunulacak olan bu hizmetlerin bedeli, yapılan sözleşme şartlarına göre yatırım bedeli haricinde ödenmektedir (Atasever, 2018: 38-39). Bu on dokuz (19) kalem hizmeti sözleşmeye bağı olarak çeşitli standartlar çerçevesinde yüklenici firma sunmakla yükümlüdür. Burada bir dipnot düşmekte fayda var. ŞH yapan yüklenici firmalardan satın alınan hizmetlerin yani destek ve tıbbi destek hizmetlerinin daha uygun ya da ucuz alınabilmesine yönelik pazar testinin beş yılda bir yerine on yılda bir yapılmasına ve böylelikle firmalara on yıllık sözleşme garantisi verilmesine ilişkin 6428 sayılı yasada değışiklik yapan 7151 sayılı yasa 06. 12. 2018 tarihinde resmi gazetede³⁶ yayımlanarak yürürlüğe girmiştir³⁷. Böylece yeni düzenlemeyle birlikte pazar testi süresi beş yıl uzatılarak on yılda bir yapılmasına karar verildi.



(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

Şekil 2.4. Kamu Özel İşbirliği ile Şehir Hastaneleri Algoritması

Şehir hastanelerinin KÖO modeliyle hayata geçirilmesindeki sürecin algoritması Şekil 1. de görölmektedir. Buna göre şehir hastanelerinin yapımında rol olan taraflardan kamuda SB, Maliye Bakanlığı (MB), Kalkınma Bakanlığı (KB) ve Hazine Müsteşarlığı

³⁶<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205.htm>.

³⁷ http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/makale_goster.php?Guid=3c071e3c-d9a4-11e7-9fad-23dff326e1f9

yer alırken özelde ise, özel sektör yatırımcısı, finansörler, firma konsorsiyumları ve alt yükleniciler yer almaktadır. Şehir hastaneleri bu kurumlar ve özel sektör temsilcilerinin işleyiş ve süreçlerinden geçerek yapım aşamasına gelmektedir. Bu algorithmada şuan en üst yetki Cumhurbaşkanlığı makamına aittir.

Şehir hastanelerinin koordinasyonunu merkez teşkilatta yani SB bağlı “Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü” bünyesinde “Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı” yürütmektedir. Şehir hastanelerinin işleyiş sorumluluğunu bu daire başkanlığı takip etmektedir. Bu daire başkanlığının görevi ise; *“kamu özel ortaklığı modeli ile finanse edilen sağlık yatırımlarına ilişkin süreçleri takip ederek bu yatırımların hizmete açılması ve sonrasındaki iş ve işlemleri yürütmek, şehir hastanesi idareci ve personelinin KÖO modeli kapsamında uyum eğitimlerinin yapılmasını sağlamak, koordinasyon kurullarının oluşturulması ve işleyişinin takibini yapmak, şirket ile ortaya çıkabilecek uyumsuzlukların çözümü süreçlerini koordine etmek ve son olarak yardım masasının işleyişinin takibi ve koordinasyonunu yapmaktır”* (www.khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr).

Diğer yandan Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı’na bağlı birimler hastanelerin işleyiş süreçlerini görev tanımları kapsamında yürütmektedirler. Buna göre “Şehir Hastaneleri Destek Hizmetleri Takip ve Koordinasyon Birimi” genel destek hizmetleri ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek, sözleşme (EK-14) kapsamındaki yöntem beyanları ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek, hizmet alımı şirket personelinin geçişi ile ilgili iş ve işlemleri koordine etmek ve personel planlama ve uyum eğitimleri ile ilgili iş ve işlemleri koordine etmek, hizmetlerin mevzuatlara uygun yürütülebilmesi için eksikliklerin giderilmesini koordine etmek, taşınacak hastanelerde görev yapan hizmet alım personeli ile ilgili genel süreçleri takip etmekten sorumludur. “Tıbbi Süreçler Takip ve Koordinasyon Birimi”, tıbbi destek hizmetleri ve diğer tıbbi süreçlere ait iş ve işlemleri, kalite ve akreditasyon ile ilgili iş ve işlemleri, sağlık tesislerindeki taşınma sürecinin iş ve işlemleri, branşlaşma iş ve işlemlerini koordine etmek ve tıbbi ekipman (EK-13) ile ilgili iş ve işlemleri koordine etmekle yükümlüdür. “Sözleşme Yönetimi, Kuruluş İşlemleri ve Hukuk Birimi’nin” görevi ise, diğer birim, kurum ve kuruluşlar ile şehir hastaneleri kuruluş sürecine ilişkin koordinasyonu sağlamak, koordinasyon kurulu ve üst düzey yönetici hizmet koordinasyonu ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek, şehir hastanelerine taşınacak olan hastanelerin taşınma öncesi planlamasının, koordinasyon ve

yönlendirilmesinin yapılması ve şehir hastanelerinin açılışa hazırlanması sürecinde test ve simülasyon işlemlerinin koordinasyonu, mevzuat, uyumsuzluk çözüm süreçleri ile hukuki iş ve işlemleri koordine etmek ve yürütmek, idari işler, BİMER, CİMER, SBN, SABİM ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek, şehir hastanelerinin mali ve finansman süreçlerini takip etmek ve döner sermaye bütçesinin hazırlanması için çalışmaları takip etmek şeklindedir. Son olarak “Yardım Masası ve İstatistik Birimi’nin” yetki ve sorumlulukları ise, yardım masası iş ve işlemlerini, şehir hastanelerinin verisini toplama ve analiz etme istatistik ve raporlama iş ve işlemlerini, Daire Başkanı tarafından verilecek diğer iş ve işlemleri yürütmekle görevlidir (www.khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr).

Yukarıdaki bilgiler şehir hastanelerinin hangi süreçlerden geçerek hizmet sunmaya başladığını göstermektedir. Bununla birlikte işleyiş sürecinin nasıl takip edilerek koordinasyonunun sağlandığı görülmektedir. Her sürecin aksiyon planı yapılarak ilgili birimlerce yürütülmektedir. Şehir hastanelerinin taşra teşkilatında hizmet sunumu ise İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak Başhekimlik makamı tarafından yürütülmektedir. Hastanelerin çekirdek yani tıbbi hizmetlerin yönetim ve idaresi başhekimlik tarafından yürütülürken diğer hizmetler yüklenici firmanın yönetim ve sorumluluğundadır. Bununla birlikte hastane içerisinde iki farklı tipte yönetim bulunmaktadır. Her iki tarafta kendi sorumluluk alanına giren hizmetleri sunmakla yükümlüdür.

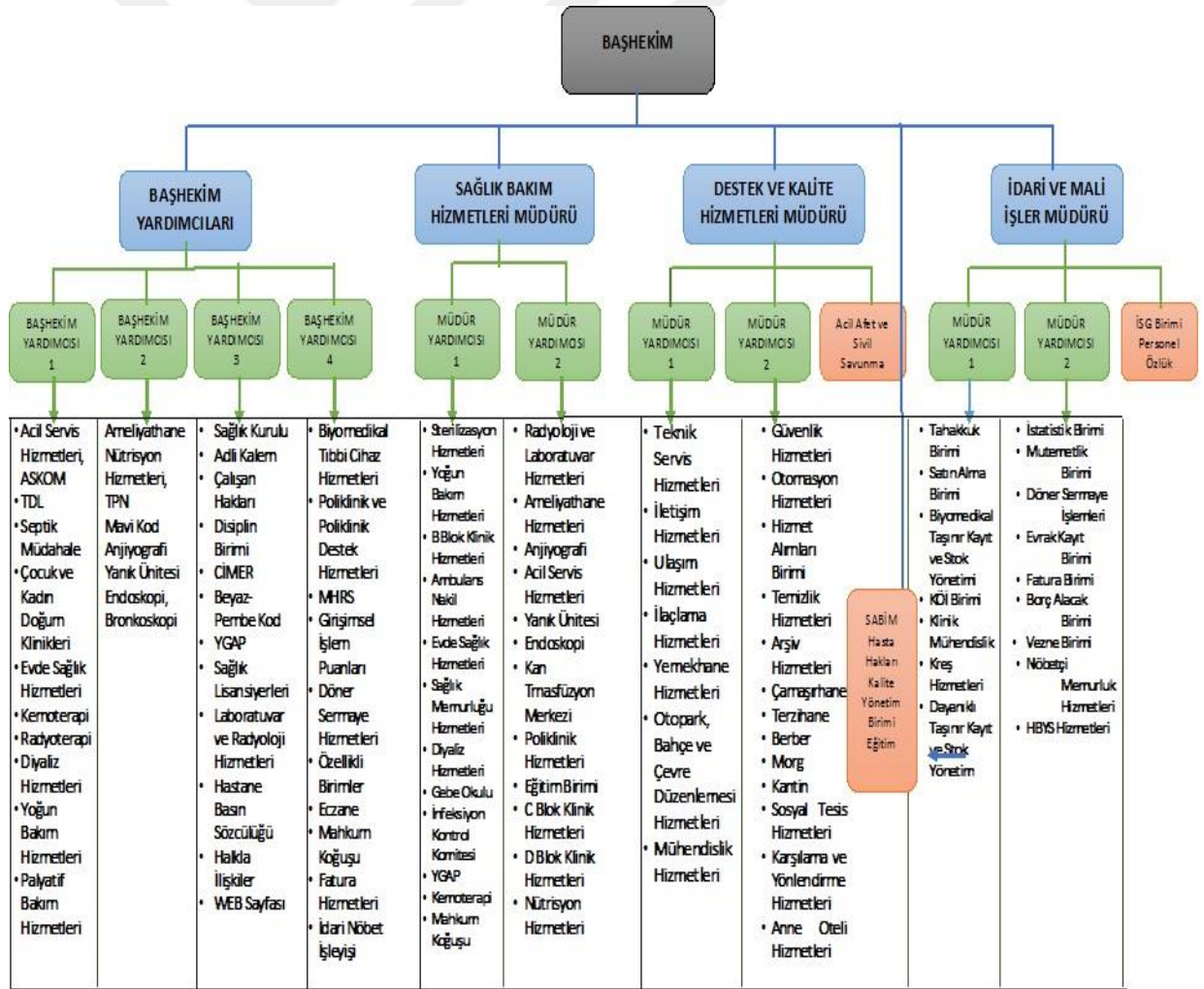


(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

Şekil 2.5. Şehir Hastaneleri Yönetim Yapısı

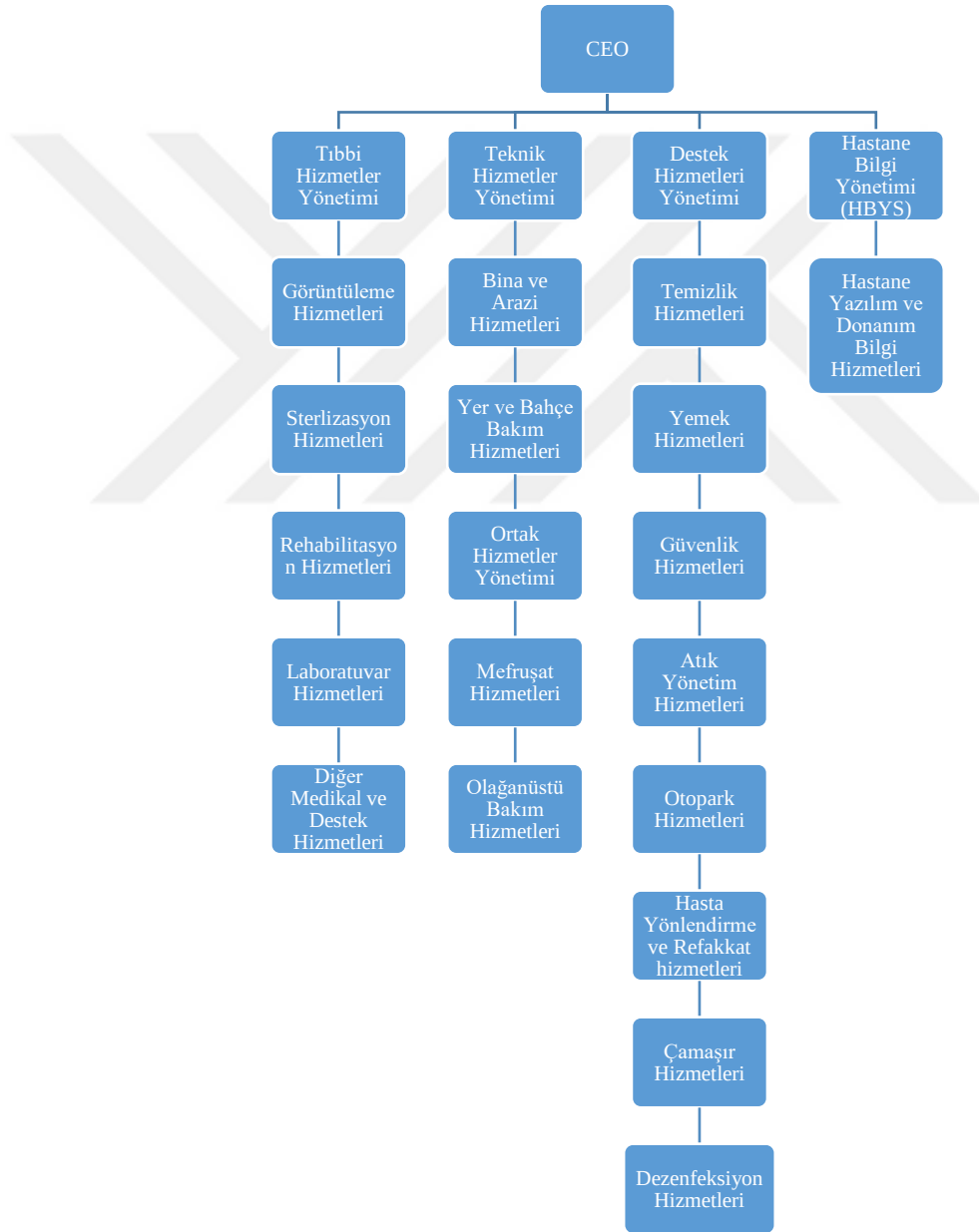
Şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumunun süreç yönetimi ya da tıbbi hizmetler, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunuyla birlikte ilgili yönetmelikler kapsamında yürütülecektir. Bunu sağlamak idarenin görevidir. Diğer yandan hastanelerde on dokuz

kaleminden oluşan P1 ve P2 hizmetlerinin tıbbi hizmetlerle koordineli işletilmesi ve yüklenici firma ile idare arasında meydana gelecek olan problemlerin çözülmesi için koordinasyon kurulu devreye girmektedir. Koordinasyon kurulunun görev ve yetkileri sözleşmede ayrıca belirtilmektedir (Atasever, 2018: 41). Bu durumda taşrada hizmetlerin yönetiminde yaşanan bir sıkıntının aşılamaması halinde bir üst kurul olan koordinasyon kurulu devreye girip bu sorunun aşılması için bir çözüm bulmaktadır. Taşra teşkilatında ise şehir hastaneleri il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak hizmetlerini yürütmektedir. Şehir hastanelerinin en üst yöneticisi başhekimlik makamıdır. Başhekimlik hastanede hizmetlerin yürütülmesinden 1. Derece de sorumludur. Başhekimlik makamı hizmetleri hastaneyi yapan şirketle birlikte koordineli bir şekilde sunmaktan yükümlüdür. Örnek bir şehir hastanesinin organizasyon şeması Şekil 2.6.'da olduğu gibi görülmektedir (www.eskisehirsehir.saglik.gov.tr). Başhekim hastaneyi başhekim yardımcıları ve müdürlerle yöneterek idare etmektedir.



Şekil 2.6. Şehir Hastanelerinde İdari Yönetim Yapısı

Diğer taraftan şehir hastanelerinin örnek olarak şirket yönetimini organizasyon şeması ise Şekil 2.7’de görülmektedir. Bu şema yüklenici şirketlerin yönetim yapısına göre değişiklik gösterebilmektedir. Ancak genel olarak bu taslak şema üzerinden yönetilmektedirler. Şehir hastanelerinin 19 kalem hizmetini yüklenici şirket yürütmektedir. Şirket yönetiminde en üst makamda yönetici müdür yani bir CEO bulunmaktadır. Bu yönetici müdür, şehir hastanelerinin sözleşmeye göre ihale edilen hizmetlerini yürütmek görevlidir. Müdür kendisine bağlı olan şeflerle bu hizmetleri yürütmektedir.



Şekil 2.7. Şehir Hastanelerinde Şirket Yönetiminin Organizasyon Şeması

Şehir hastanelerinin üst düzey yönetiminde merkez teşkilatta yatırım döneminde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, işletme döneminde ise, “Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü” yer almaktadır. Koordinasyon Kurulunda hem bakanlık merkezinde hem de il sağlık müdürlüklerinden üyeler yer alarak şehir hastanelerinin orta düzey yönetimini temsil etmektedir. Şehir hastanelerinin taşrada alt düzey yönetimi hastane idaresinden oluşmaktadır. Böylelikle yukarıdaki şekillerle birlikte şehir hastanelerinin taşradan merkeze doğru yönetim şeması ve algoritması bir bütün halinde görülmektedir.

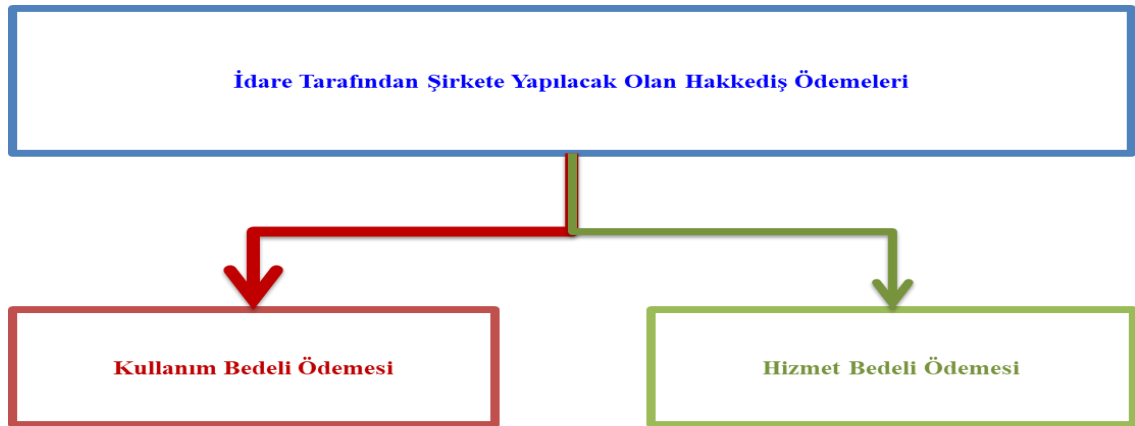
Diğer yandan “şehir hastanelerinde tıbbi ekipmanların kullanım süreleri boyunca sorumluluğu, yüklenici firmaya aittir. Yüklenici firma, bu kullanım süresi içerisinde bozulan bir tıbbi ekipmanı bedeli kendisine ait olmak üzere yenisi ile değiştirmek zorundadır. Sağlık Bakanlığı tıbbi ekipmanları yenilemeye karar verdiğinde, o günün ihtiyaçlarına göre tespit edilen tıbbi ekipman kalemleri için ihale yapmakta, kazanan katılımcıya idare tarafından bedeli ödenerek yeni tıbbi ekipmanlar tedarik edilmektedir. Yeni bir tıbbi ekipman kaleminin temin edilmesi kararlaştırılırsa koordinasyon kurulu tarafından karara bağlanması ve kararın üst yöneticiler tarafında kabul edilmesi gereklidir. Değiştirilecek cihazların, eskisi kamuya devredilecek olup kullanılıp kullanılmayacağı ya da hurdaya ayrılacağına dair sorumluluk kamuya aittir. Diğer taraftan süresi dolup yenilenecek cihazlarla ilgili ilave maliyet kamuya ait olup mevcut kullanım bedeli üzerine eklenecektir” (Atasever, 2018: 43).

2.6. ŞEHİR HASTANELERİNİN FİNANSMAN YAPISI

Şehir hastanelerinin finansmanı ve kira ödemelerinin ana çerçevesi 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun ve 2014/6282 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği ile çizilmiştir. Diğer taraftan kamu ile yüklenici firma arasında imzalanan sözleşmenin “Ek18-Ödeme Mekanizması” bölümünde daha ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir. Bu kanun ve yönetmeliğe göre yüklenici firma hastanenin kurulup işletilmesi ile ilgili her türlü finansmanı sağlama sorumluluğunu üstlenir. Firma hastanenin yapım işleri için tahsis edeceği öz kaynak oranı, yatırım dönemi süresince sözleşmede belirtilen dönemsel yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz. Yani hastaneyi kurup işletecek firmadan %20 oranında öz kaynak talep edilmektedir. Diğer

yandan hastanenin yapım işinin tamamlanmasından önce hiçbir şekilde bedel ödenmesi yapılmamaktadır. Bedel, SB veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenmektedir.

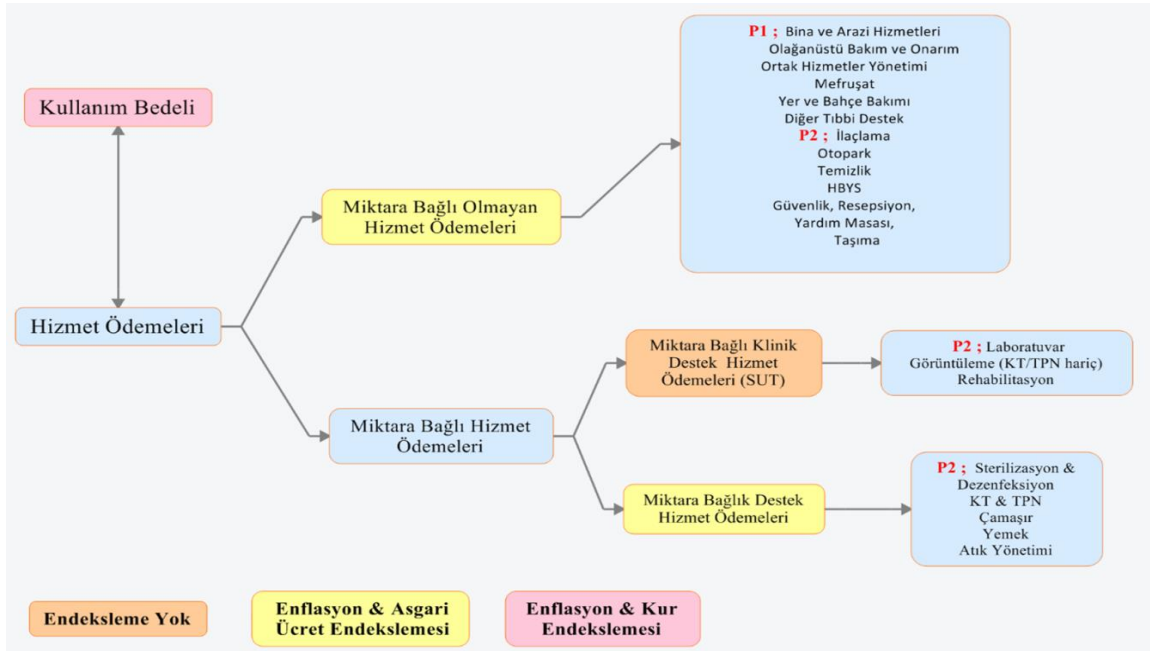
Şehir hastanelerinin kira ödemeleri yüklenici firmaya iki farklı türde yapılmaktadır. Bunlar kullanım bedeli ve hizmet bedeli ödemeleri şeklindedir. Bu ödemeler sözleşme hükümleri çerçevesinde yapılmaktadır. 6428 sayılı Kanuna göre kullanım bedeli, yüklenici firmanın yatırımını yaparak inşa ettiği hastanenin kullanılması karşılığında kamunun ya da idarenin işletme dönemi boyunca dönemsel olarak vermiş olduğu ödemelerdir. Kullanım bedeli ödemeleri hastanenin inşaat ve borçlanma gibi vs. maliyetleri karşılamak için yapılmaktadır. Yine aynı kanuna göre hizmet bedeli ise, yukarıda anlatılan P1 ve P2 hizmetler çerçevesinde sunulan hizmetlerin kullanıma hazır tutulmasına yönelik tesislerin ve ekipmanların bakım, onarım ve benzeri hizmetlerin sunulması karşılığında işletme dönemi boyunca kamu tarafından firmaya yapılan ödemelerdir. Kullanım bedeli yatırım sürecine ilişkin ödemeler olup üçer aylık periyotlar halinde peşin olarak ödenmektedir. Ödemeler döviz sepetinin ortalama kuruna göre ya da tüketici fiyat endeksi (TÜFE) ile üretici fiyat endeksi (ÜFE) ortalamasına göre hesaplanmaktadır. Hizmet ödemeleri ise, işletme sürecine ilişkin ödemeler olup aylık olarak hakkeş yöntemine göre ödenmektedir. Ödemeler döviz sepetinin ortalama kuruna veya TÜFE-ÜFE ortalamasına göre ya da asgari ücret artışına göre hesaplanmaktadır (Kanun: 6428 md: 1)



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

Şekil 2.8. Sözleşme Kapsamındaki Ödemeler

Hizmet ödemeleri, miktara bağlı olmayan ve miktara bağlı olan hizmetler olmak üzere ikiye ayrılmakta ve ödemeler bu şekilde yapılmaktadır. Miktara bağlı olmayan hizmetler ihtiyaç veya tüketim hacmine göre değişmeyen ya da kullanıma bağlı olarak değişmeyen hizmetler şeklinde ifade edilebilir. Miktara bağlı olan hizmetler ise kullanım oranına göre değişiklik gösteren hizmetlerdir. Miktara bağlı olmayan hizmetler, bina ve arazi, otopark, ilaçlama, temizlik, güvenlik, mefruşat, olağanüstü bakım ve onarım, ortak hizmetler yönetimi, yer ve bahçe bakım hizmetleri, hastane bilgi yönetim sistemi, hasta yönlendirme ve refakat/resepsiyon/taşıma ve diğer tıbbi ekipman destek hizmetlerini içermektedir. Miktara bağlı olan hizmetler ise, çamaşır ve çamaşırhane, yemek ve yemekhane, laboratuvar, görüntüleme, sterilizasyon ve dezenfeksiyon, rehabilitasyon ve atık hizmetlerini kapsamaktadır (Atasever, 2018: 50). Kullanım bedeli ve hizmet bedeli ödemelerinin hesaplanmasındaki formülasyon ilgili yönetmeliğin (6282 sayılı) ekinde ve imzalan sözleşmelerin Ek18 ödeme mekanizması bölümünde belirtilmektedir. Hesaplamalar bu formüllere göre yapıp firmaya yapılan geri ödemeler bu şekilde netleşmektedir. P1 ve P2 hizmetler olarak nitelendirilen 19 kalem hizmetin 12 tanesi miktara bağlı olmayan hizmetleri oluştururken, 7 tanesi miktara bağlı olan hizmetler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Firmalar yapılan ödemeler bu hizmetlerin kullanılıp kullanılmama durumlarına göre değişiklikler göstermektedir.



(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

Şekil 2.9. Sözleşmeye Göre İşletme Döneminde Yapılacak Ödemeler

Şekil 2.9’de geri ödemelerin akış modeli toplu olarak bir sistem içerisinde görülmektedir. Sözleşmelere göre miktara bağlı hizmet ödemelerinde SB %70 doluluk oranı vermiştir. SB aylık ve yıllık olarak miktara bağlı hizmetleri belirlenen bu oranla almayı ve bedelini ödemeyi taahhüt etmektedir. Belirlenen bu garanti miktarı üzerinde bir talep olursa SB bazı hesaplamalara göre indirim uygulamaktadır. Yıl sonunda belirlenen toplam garanti miktarı da aşılmışsa yüklenici firmaya yapılan fazla ödemeleri geçmişe yönelik idare tarafından mahsup edilmektedir (Atasever, 2018: 42).

Tablo 2.4. Garanti Puan Üstü İndirim (y –Faktörü) Oranları

HİZMET	y- FAKTÖRÜ
Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri	-0,10
Yemek Hizmetleri	-0,15
Laboratuvar Hizmetleri	-0,15
Görüntüleme Hizmetleri	-0,40
Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri	-0,10
Rehabilitasyon Hizmetleri	-0,10
Atık Yönetim Hizmetleri	-0,10

(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Slayt Sunusu).

“Y faktörü” sözleşmede hizmetlerin farklı önem derecelerine göre uygulanan düzeltme faktörleri olarak Tablo 2.4.’te gösterilmektedir. Buna göre garanti aşımı olan hizmetler buradaki puanlara aşılan miktar kadar hesaplanıp geri ödemelerde indirim uygulanmaktadır. Bu durum bir örnek üzerinden anlatılacak olursa; bir hastaneden aylık olarak 10 ton atık çıkması ve bu miktarın ödenmesine garanti verildiği varsayılın. Bununla birlikte hastaneden şubat ayında 7 ton atık çıktığı görülmüştür. Bu durum da yani garanti miktarının altında kaldığında idare firmaya 10 ton yani verilen garanti miktarı kadar ücret ödemesi yapmaktadır. Mart ayında ise hastaneden 15 ton atık çıktığı farz edildiğinde ise idare firmaya 10 ton parasını yine ödemektedir. Fazla çıkan 5 ton atık için y faktörü devreye sokularak indirim hesaplaması yapılarak çıkan miktarın ödemesi ayrıca yapılmaktadır. Diğer bir ifadeyle garanti miktarının aşılması halinde aşılan miktarın hesaplanması y faktörüyle indirim oranı üzerinden hesaplanarak çıkan miktarın

ödemesi yapılmaktadır. Diğer hizmetlerdeki garanti aşım hesaplamalarında da bu şekilde işlem yapılmaktadır.

Diğer taraftan dikkat çeken ikinci bir nokta ise geri ödemelerin kur baskı riski, koruma altına alınmaktadır. Bu durum TÜFE ve ÜFE artışları üzerinden hesaplanarak yürütülmektedir. TÜFE ve ÜFE artışlarının ortalaması %100 oranında kullanım ve hizmet bedeli ödemelerine yansıtılmaktadır. Bununla birlikte TÜFE ve ÜFE artış ortalamasından daha fazla olan döviz artış riskine karşı kullanım bedeli ödemeleri korumaya alınmıştır. Türk Lirasının değer kaybına karşı bu şekilde önlem alınarak kur dalgalanmalarının getirdiği riskler minimize edilmektedir. Böylelikle şehir hastanelerinin finansmanında yer alan bankaların yatırıma olan güvenleri de artmaktadır. Ek olarak döviz kurundaki dalgalanmalar ya da enflasyon oranındaki düşüşler sonucu üç aylık dönem için hesaplanan kullanım bedelinin döviz cinsinden karşılığının, bir önceki döneme kıyasla daha düşük tutarda olması durumunda koruma katsayısı devreye girmektedir. Bununla birlikte, kullanım bedeli Türk Lirası cinsinden revize edilmekte ve bir önceki dönemin döviz kuru kriterleri sağlanmaktadır. Diğer yönden döviz kuru fiyatlarındaki artış enflasyon artışından yüksekse bu sebepten kaynaklanan döviz kuru fiyatlarındaki artış riski SB tarafından yüklenilmektedir (Atasever, 2018: 43-50). Diğer taraftan şehir hastanelerine dair 2005 yılında yapılan yasa ve 2006 tarihli yönetmelik hükümlerinde döviz endeksli kira ödemesi kabul edilmemişti. 6428 sayılı yasa ve 2014 yılında yayımlanan yönetmelik ile kira ödemelerine kur garantisi verilmiştir. Kur artışı nedeniyle oluşan zarar gerekçe gösterilerek kanunda değişiklik yapıldı³⁸. Yasaya “sözleşme bedeli” tanımı eklendi, SB onayı ile “sözleşme bedeli artırılmamak kaydıyla” sözleşmede değişiklik yapılabileceği, “kira ve hizmet bedellerinde artış veya azalış” yapılabileceğine dair hükümler konuldu. 7186³⁹ sayılı ilgili yasa 19.7.2019 tarihinde resmi gazetede yayınlandı⁴⁰. Böylece kur riski bir noktada tolere edilmeye çalışılmıştır.

Yüklenici firma tarafından yürütülen hizmetlerde oluşan eksiklikler ya da gecikmeler neticesinde sözleşmede belirtilen hata puanları üzerinden idare tarafından hem kullanım hatası kesintileri hem de hizmet hatası kesintileri uygulanmaktadır. Hizmetlerin yürütülmesinde firmadan kaynaklı oluşan hatalar idare tarafından hata

³⁸ <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem27/yil01/ss102.pdf>

³⁹ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190719M1-1.htm>

⁴⁰ http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/makale_goster.php?Guid=3c071e3c-d9a4-11e7-9fad-23dff326e1f9

puanlarıyla hesaplanarak oluşan miktar firmaya yapılan geri 6demelerden d6ř6lmektedir. B6ylelikle hizmetlerin tam zamanında sunulması sağlanmaktadır. Aksi durumunda ise y6klenici firmaya para cezası olarak geri d6nmektedir. Bununla birlikte idare kullanım bedeli 6demesinin %10'unu, hizmet bedeli 6demelerinin %20'sini ge6meyecek oranda kesinti yapma hakkında sahiptir. B6ylelikle firma da aşırı cezalara karşı korunmuş olmaktadır.

şehir hastanelerinin en çok tartişılan tarafı finansman kısmıdır. Nedeni ise, hastanelerin hem yapım maliyetleri hem de y6klenici firmaya yapılacak olan kira 6demelerinin tam olarak aıklanmamasından kaynaklanmaktadır. İmzalanan s6zleşmeler ticari sır olarak nitelendirilip kamuoyu ile paylaşılmamaktadır. Hem çok sayıda şehir hastanesi yapılması hem de bu hastanelerin uzun yıllar s6zleşmelerle y6netilecek olması kamuoyu açısından tartişmalara sebebiyet vermektedir. Y6ksek maliyetlerle yapılan bu hastanelerin tamamı bittiğinde genel b6teye y6k getirip mali dengeleri zorlayacağı tahmin edilmektedir. Çeşitli illerde yapımı tamamlanmış ve diğer illerde de yapımı devam eden bu devasa şehir hastanelerinin uzun yıllar boyunca kiralanması s6z konusu olduğu için b6te planlamasının iyi hesaplanması gerekmektedir. 6nk6 bu hastaneler çok b6y6k rakamlara yapılmakta ve bunun karşılığında firmalar belli kazançlar beklemektedir. Bu durumda k6r-zarar dengesinin iyi hesaplanması gerekmektedir. şehir hastanelerinin bunların dışındaki bazı konularla birlikte tartişmalara açık olduğu ortadadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu bölümde araştırmanın metodolojik yapısı ele alınmaktadır. Bu kapsamda araştırmanın amacı, önemi, yöntemi ve analizine dair bilgilere yer verilmektedir.

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, Türk sağlık sistemi adına yepyeni bir oluşum olan şehir hastanelerini kamu özel ortaklığı bağlamında ele almaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, şehir hastaneleri modelinin yapısı, yöntemi, işleyişi, avantajları ve dezavantajları, finansal sürdürülebilirliği ve gelecekteki riskler gibi konuları derinlemesine inceleyip, modelin yönetsel, finansal, hukuki ve sözleşmesel boyutlarının değerlendirmesini yaparak, şehir hastaneleri hakkında genel bir çerçeve ortaya koymaya çalışmaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevaplar aranmıştır;

1. Şehir hastaneleri yatırımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 1.1. Sağlık hizmetleri için doğru bir yatırım olduğunu düşünüyor musunuz?
2. Şehir hastanelerini sözleşmeler boyutuyla değerlendirdiğinizde neler söyleyebilirsiniz?
 - 2.1. Sözleşmelerle ilgili problemler olduğunu düşünüyor musunuz?
3. Şehir hastanelerinin finansal yönden sürdürülebilirliği ile ilgili görüşleriniz nelerdir?
4. Şehir hastaneleri modelinin yönetim yapısı ve işleyişi ile ilgili görüşleriniz nelerdir?
 - 4.1. İşleyişle ilgili sorunlar var mı? Bununla ilgili neler söyleyebilirsiniz?
5. Şehir hastanelerini avantajlar ve dezavantajlar yönünden değerlendirdiğinizde neler ifade edebilirsiniz?
6. Şehir hastanelerini gelecekte öngördüğünüz riskler üzerinden değerlendirebilir misiniz?
7. Şehir hastaneleri ile ilgili eklemek istediğiniz ya da herhangi bir öneriniz var mı?

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kamu özel ortaklığı yöntemiyle yapılan şehir hastaneleri modeli, Türk sağlık sistemine yenilikler getirerek farklı boyutlar kazandırmış ve kazandırmaya da devam etmektedir. Şehir hastaneleri ile birlikte yeni bir aksiyon içine giren Türk sağlık sistemi,

yapılmış, yapılmakta olan ve yapılması planlanan hastanelerle sağlıkta dönüşüm sürecinin ikinci fazını geçirmektedir. Hizmet vermeye başlayan şehir hastaneleri bunun somut bir göstergesidir. Bununla birlikte şehir hastaneleri birçok konuda tartışma ve eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Gerek kamuoyunda gerekse akademik alan yazında çeşitli boyutları ile tartışılmaya ve konuşulmaya devam etmektedir. Ancak yeterli sayı ve düzeyde araştırma ve çalışma ortaya konulamamıştır. Aynı zamanda şehir hastanelerinin kapsamlı bir değerlendirmesinin yapılmadığı görülmektedir. Bu çalışmayla bu alana ışık tutup şehir hastaneleri modelinin fotoğrafı çekilerek hakkında detaylı bir bilgi verilmesi planlanmaktadır.

Diğer yandan şehir hastaneleri modeliyle Türk sağlık sisteminde yeni bir döneme kapı açılmıştır. Bu yeni dönemde gerek makro boyutuyla sağlık sistemindeki politika ve planlamayla gerek ise mikro boyutuyla hastanelerin yapısı, finansmanı, işleyişi, yönetimi ve hukuki alt yapısı gibi birçok konu ve alanda yeniden yapılandırmalara gidilmiştir. Bu yapılandırmalar birçok açıdan hastaları, sağlık çalışanlarını, hizmetlerin fiyatları ve sağlık sistemi gibi birçok paydaşı doğrudan etkilemektedir. Bu etkilerle birlikte çeşitli sağlık çıktılarına neden olmaktadır. Bu çıktıların araştırılması ve incelenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmayla şehir hastaneleri modeli incelenerek sistemin girdi ve çıktılarının üzerinde durulması planlanmaktadır.

Ayrıca, günümüzde aşırı uzmanlaşma ile bütüncül bakıştan uzaklaşarak sistemlerin geneline hâkim olmayıp sorunlara gündelik çözümler getirilmeye çalışılmaktadır. Bununla birlikte bu çalışmanın diğer bir önemi ise, sağlık yöneticilerinin, politikacıların ve uzmanların şehir hastanelerine büyük resimden bakarak sistemin genel yapı ve işleyişi hakkında bilgi sahibi olmasını kolaylaştırmak ve politika yapıcıların doğru yönde adımlar atmasına ve etkili kararlar vermesine yardımcı olmak hedeflenmektedir. Ek olarak, çalışma literatür açısından da şehir hastaneleri modeli hakkında bilinirliliği artırması bakımında ayrıca önem arz etmektedir. Bununla birlikte hem açılmış hastaneler gündeme gelmiş olacak, hem de açılacak diğer hastanelere rol model olarak şehir hastaneleri modelinin daha iyi uygulamasını sağlayıp Türk sağlık sistemine olumlu yönde katkı yapması beklenmektedir.

3.3. ARAŞTIRMA PROBLEMİNİN İFADESİ

Bu çalışmanın problem cümlesi; “Şehir hastaneleri modelinin yapısı, yöntemi, işleyişi, avantaj ve dezavantajları, finansal sürdürülebilirliği ve gelecekteki risk faktörleri gibi etkenleri derinlemesine incelemek için bu alanda bilgi sahibi olan uzman, yönetici, hekim ve akademisyenlerin görüş ve düşünceleri nelerdir?” sorusudur.

3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Şehir hastaneleri modeli ile ilgili akademisyen, üst düzey yönetici hekim ve uzmanların deneyim, bilgi, tecrübe, duygu ve düşüncelerini derinlemesine ortaya koymak için nitel araştırma yönteminin kullanılması planlanmıştır. Berg ve Lune (2016:12)’e göre *nitelik, bir şeyin ne, nasıl, ne zaman, nerede ve niçinini yani özünü ve ortamını ifade eder. Nitel araştırma ise, nesnelerin anlamlarını, kavramlarını, tanımlamalarını, karakteristiklerini, metaforlarını, sembollerini ve tasvirlerini ifade etmektedir.*

Nitel araştırma yönteminin herkes tarafından kabul edilen genel bir tanımı yoktur. Bunlardan birkaçına bakıldığında; nitel araştırma yöntemi, “*gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma*” olarak tanımlamaktadır (Yıldırım, 1999: 10). Özdemir (2010: 326)’e göre, “*insanın kendi sırlarını çözmek ve kendi çabasıyla biçimlendirdiği toplumsal sistemlerin derinliklerini keşfetmek üzere geliştirdiği bilgi üretme yollarından birisidir*”. Son olarak nitel araştırma, “*disiplinler arası bütüncül bir bakış açısını esas alarak, araştırma problemini yorumlayıcı bir yaklaşımla incelemeyi benimseyen bir yöntem olup, üzerinde araştırma yapılan olgu ve olaylar kendi bağlamında ele alınarak, insanların onlara yükledikleri anlamlar açısından yorumlanır*” (Altunışık vd., 2010: 302).

Nitel araştırma, sosyal ya da beşeri bir probleme bireylerin veya grupların atfettiği anlamları keşfetme ve anlamaya yönelik bir yaklaşımdır (Creswell, 2016: 4). Bunun yanında, araştırma konusu bütüncül bir yaklaşımla belirlenip, olay ya da olgular doğal ortamları içinde ele alınarak, tümevarım ilkesi çerçevesinde, katılımcıların bir fenomenle ilgili algı ve deneyimlerini ortaya koymaya çalışan bir yöntemdir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 43-47). Diğer yandan nitel araştırma süreci; soruların ve işlem basamaklarının geliştirilmesi, genellikle katılımcıların kendi ortamlarından veri toplanması, özel

durumlardan genel temalara ulaşarak tümevarımsal veri analizi yapılması ve araştırmacının verilerin anlamını yorumlama aşamalarını kapsamaktadır (Creswell, 2016: 4). Nitel araştırma, sosyal olay ve olguların nasıl ve ne şekilde gerçekleştiğini anlamamızı sağlayan metottur. Nitel araştırmalarda amaç ölçmekten çok, değişkenlerin derinlemesine incelenmesi ve çalışılmasıdır (Böke, 2014:314-315). Nitel araştırma yöntemi gerek sosyal gerek ise sağlık bilimlerinde son yıllarda oldukça fazla kullanılmaktadır. Buradan hareketle şehir hastanelerini derinlemesine incelemek ve araştırmak için nitel yöntem tercih edilmiştir.

Diğer yandan bu çalışmanın ilk çıkış noktası saha çalışması olarak planlanmıştı. Çalışmanın yürütüldüğü tarih itibariyle (Yozgat, Isparta, Mersin, Adana, Kayseri, Elazığ, Eskişehir, Manisa, Ankara ve Bursa) illerindeki şehir hastaneleri faaliyete geçmiş ve hizmet vermeye devam etmekteydi. Bu illerin hepsinde çalışmanın yürütölmesi uygun görölmüştü. Bu doğrultuda çalışmada, nitel yöntem olarak bu şehirlerdeki il sağlık müdürleri, şehir hastanelerinin başhekimleri ve bazı idarecilerle görüşme yapılması planlanırken, nicel yöntem olarak da hem il sağlık müdürlüklerinde hem de tüm şehir hastanelerinin idari pozisyonlarında çalışan yöneticilerine araştırmacı tarafından geliştirilen anket çalışması uygulanacaktı. Bu sayede çalışmada nicel ve nitel yöntemlerin birbirini bütünleştirici nitelikte birlikte kullanılması amaçlanmıştı. Ancak çok uğraşılmasına rağmen Sağlık Bakanlığından çalışmanın planlanan bu şekliyle yapılması için gerekli izin alınamamıştır. Gerekli iznin ıkınaması ve bu süreçte yaşananlar nedeniyle çalışmanın yöntem kısmı değiştirilerek sadece nitel yöntem uygulanabilmiştir.

3.5. ARAşTIRMANIN DESENİ

Bu alışma, nitel araştırma desenlerinden biri olan Fenomenoloji (olgubilim) deseni kapsamında yürütölmektedir. Fenomonolojik çalışmalarda genellikle belli bir olguya ilişkin bireysel algıların veya perspektiflerin ortaya çıkarılması ve yorumlanması amaçlanır (Yıldırım ve şimşek, 2013: 69). Fenomonolojik yöntem, olayları, durumları, deneyimleri, kavramları incelemek ve açıklamak için sosyal bilimlerde son zamanlarda oldukça fazla kullanılmaktadır. Fenomenolojinin kökleri aslında eskilere dayanır. Bu yöntem, Edmund Husserl (1859-1938) tarafından felsefi bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Bu felsefe metafiziğe karşıdır. “Somut yaşantılar vardır ve bunlarla uğraşarak felsefenin yolunu açmak gerekir” savını ileri sürer. Fenomonoloji özü

görüleyen bilincin araştırılmasını savunur, çünkü sorular ve sorunlar özlerin betimlenmesiyle ilgilidir. Bu bir bakıma algılamamanın incelenmesidir. Diğer bir deyişle bilincin özünün betimlenmesi, fenomenolojinin temel araştırma alanıdır. Fenomonoloji, araştırma olgusunun zengin bir betimlemesinin yapılmasını çok önemsemektedir. Buradaki ana düşünce tek tek insanların bakış açılarından bakarak onların bireysel anlam yapılarını, niyetlerini anlamaya çalışmaktır. Böylece fenomenoloji, insan bilimlerinde daha çok insanın iç dünyasına, onların bilinç yapılarına yönelir. Çözümlemenin esas amacı, şeylerin varlığının ve özünün kavranmasıdır (Mayring, 2011: 110; Sönmez ve Alacapınar, 2018: 92).

Diğer yandan fenomenoloji, olayların varlığını inceleme ve tanımlama yöntemidir. “Gerçek nedir?” sorusuna cevap aramaktadır. Gerçeğin özüne ulaşmak için çaba sarf etmektedir. Bireysel evrenin araştırılması fenomenoloji yaklaşımının konusunu oluşturur. Fenomonolojinin odağı bireysel tecrübelerdir. Araştırmacı katılımcının kişisel tecrübeleri ile ilgilenir. Araştırmalarda bireylerin algılamalarını ve olaylara yükledikleri anlamları inceler. Bunun yanında fenomenolojik araştırma, insan olgusu üzerine odaklanmış, tümevarımsal tanımlayıcı bir araştırma yöntemidir. Araştırmacı fenomenolojik araştırmada yaşanmış tecrübelerin ifade edilişinin veya dışı vuruluşunun anlamlarını tanımlamaktadır. Bu anlamda fenomenolojik araştırma ilk elden sübjektif bir bakış açısıyla bilinç olgusunun çalışılmasını içermektedir. Ancak fenomenolojik araştırmada bir grup bireyin tecrübe, algı, görüş ve düşüncelerini incelemenin ve bunlardan yola çıkarak ortak noktaların bulunması ve araştırılan olguya bu açıdan bakılarak gerçekliğe yakınlaşmak esastır. Fenomonolojik araştırmada tek bir gerçeklik üzerinde durulmamaktadır. Bireylerin farklı gerçeklikleri olduğu kabul edilmektedir (Baş ve Akturan, 2017: 85-91). Buradan hareketle olgu bilim deseni bireylerin ortak *gerçeklerini* yani yaşadıkları *tecrübeleri ve bilgilerini* ortaya çıkarmak için çaba sarf eden bir bilimsel yaklaşımdır. Bireylerden yola çıkarak yaşanan gerçeklikleri ortak payda da gösterme uğraşısı olarak yorumlanabilir.

3.6. ARAŞTIRMANIN VARASAYIMI, SINIRLIKLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Araştırmaya katılan katılımcıların şehir hastaneleri ile ilgili sorulara verdiği cevapların doğru ve hastanelerle ilgili gerçek durumları ifade ettikleri varsayılmıştır.

Her araştırma yönetimi sosyal gerçekliğe farklı bir açıdan yaklaşmaktadır. Bu nedenle, her araştırma yöntemi tek başına kullanıldığında kendi amaçlılığı açısından araştırma sorusunun cevaplanmasına büyük katkıda bulunmaktadır. Ancak her araştırma yöntemi, kendi dezavantajları çerçevesinde sosyal gerçekliği sınırlı ve yanlı olarak da açıklayabilmektedir (Türnüklü, 2001: 9). Nitel araştırma yönteminin zayıf olduğu “genelleme ve tahmin” amaçlara ulaşmada bir sınırlılık olarak görülebilmektedir. Bunun yanında nitel yönteme önyargılı yaklaşımlar da bir sınırlılık olarak ifade edilebilir. (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 325; Fırat, vd., 2014: 66). Her araştırma yöntemi kendinden kaynaklı bazı sınırlılıkları içermektedir. Nitel araştırma yönteminin kendi sınırlılıkları bu çalışma için de geçerlidir. Ayrıca sosyal bilimlerdeki araştırmaların doğası gereği, olaylar durağan değil ve devamlı bir şekilde süreklilik ve değişkenlik içermesi bakımından bir takım sınırlılıkları da içinde barındırmaktadır.

Diğer yandan araştırılan konuyla ilgili sınırlılıklar ise, şehir hastaneleri devam eden bir süreç içerisinde araştırıldığı için bu sürecin baskıları çalışmada oldukça hissedilmiştir. Öncelikle uzun uğraşlara rağmen Sağlık Bakanlığından araştırma iznin çıkmaması sebebiyle saha yöneticilerinin görüş ve önerileri çalışmaya yeterince yansıtılamamıştır. Buna rağmen yöneticilere yine de ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak çoğu yönetici çalışmanın izni olmadığı için görüşmeyi kabul etmemiştir. İkna edilerek ulaşılan ve araştırmaya dâhil olan yöneticiler ise görüşmelerde derin bilgi ve düşüncelerini açıklamaktan çekinerek yüzeysel malumat vermekle yetinmişlerdir. Ancak yine de daha önce sahada aktif bir şekilde yöneticilik yapan daha sonra görevden ayrılan bazı yöneticilerin görüş ve düşünceleri çalışmaya yansıtılarak derinlemesine bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte sadece kamu yöneticilerine değil şirket yöneticilerine de ulaşılmaya çalışılmıştır. Aynı tutum ve davranış onlarda da görülmüştür. Ancak yine de bazı yöneticilerle görüşme fırsatı bulunarak onların da görüş ve düşünceleri çalışmaya yansıtılmıştır.

Bunların dışında araştırmada yaşanan güçlüklerden bazılarına değinilecek olursa; görüşme talebinde bulunan SB’da merkez teşkilatında bir yönetici çok konuşmak istemesine rağmen şehir hastanelerinin içinde bulunduğu durumdan dolayı konuşmayı kabul etmemiştir. Yine aynı şekilde eskiden yöneticilik pozisyonunda bulunan ve görevinden ayrılıp şehir hastanesinde çalışan bir hekim görüşmenin içerdiği soruları duyunca görüşmekten vazgeçmiştir. Diğer taraftan bazı şirket yöneticileri görüşmek için

kurumlarından izin almaları gerektiğini ifade ederek konuşmaktan vazgeçmişlerdir. İzin alarak döneriz diyenler ise dönmemiştir. Yine şirket yöneticilerinden bazıları e-posta yoluyla döneriz hocam diyenler ise geri dönüş yapmamıştır (Araştırmacı Günlüğü). Diğer yandan görüşme talep edilen gerek kamu gerek ise şirket yöneticileri zamanlarının sınırlı olduğunu söyleyerek görüşmeyi kabul etmemişlerdir. Görüşmeyi kabul edenler ise süreyi kısa tutmuşlar ya da bazı iş sebeplerin dolayı yarıda bırakmak durumunda kalmışlardır. Hatta yarım kalan bir görüşme için diğer bir güne randevulaşmıştık. Ancak görüşülen yöneticinin o gün Ankara'dan gelen yöneticilerle yoğun bir toplantı sürecinin olması sebebiyle görüşme tamamlanamamıştır. Yönetici e-posta ile geri dönüş yapacağını söylemesine rağmen dönmemiştir. Bununla birlikte görüşmeyi kabul eden bazı yöneticilerin çalıştıkları pozisyonları gereği bazı sorunları ve şehir hastanelerinin finansal yönden değerlendirmeyi açıkça söyleyemediği gözlemlenmiştir (Araştırmacı Günlüğü). Şehir hastanelerinde bu güçlüklerle rağmen çok çaba sarf edilerek, informal girişimler yoluyla yine de bütün paydaşların görüş ve düşünceleri çalışmaya yansıtılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI

Nitelikli ve çeşitli bilgilerin elde edilebilmesi için bu çalışmada amaçlı örneklem yönteminin bir türü olan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bunun yanında kartopu tekniğinden de faydalanılmıştır. Creswell ve Clark (2018: 185-186)'e göre nitel araştırmalarda amaçlı örneklem, araştırmacıların çalışmalarında inceledikleri temel fenomen veya anahtar kavram hakkında deneyimi olan ve bilinçli olarak seçilen kişilerden meydana gelir. Amaçlı örneklemin en yaygın stratejilerinden biri, içinde merkezi fenomen hakkında değişik bakış açılarına sahip kişiler arasından seçilen farklı bireylerden meydana gelen, maksimum çeşitlilik örneklemesidir. Bu çalışmada da bu örneklem çeşitliliği sağlanmaya çalışılmıştır. Nitel araştırmacılar, katılımcı sayısı bakımından çok fazla insan veya bölge seçmek yerine, çalışmada inceleyeceği temel fenomen veya kavram hakkında derinlemesine bilgi edinilebileceği küçük bir grup belirlerler ve verilerini bunlardan toplar. Nitel düşünce, nicel araştırmada olduğunun aksine, örneklemden genelmeye gitmek yerine birkaç kişiden derinlemesine anlayış elde etmeye odaklanır.

Ölçüt örnekleme yönteminde temel anlayış önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır. Bu ölçütler araştırmacı tarafından

belirlenerek çalışılan konunun durumuna göre netleşmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 122). Bu çalışmada araştırma ölçütüne ya da örneklemine alınan bireyler öncelikle şehir hastaneleri hakkındaki yayın çalışmalarına göre belirlenmiştir. Bu konu üzerine bilimsel yayınları olanlar ilk başta dikkate alınmıştır. Kitabı, makalesi ve köşe yazıları olan akademisyen ve yöneticiler tercih edilmiştir. İkinci olarak SB'nın gerek merkez teşkilatında gerek ise taşra teşkilatında şehir hastanelerinin ilgili birimlerinde yöneticilik pozisyonlarında çalışan bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır. Diğer yandan şehir hastanelerinin şirket tarafının yöneticileri de çalışmaya dâhil edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca, bağımsız yönetici ve daha önce aktif bir şekilde şehir hastanelerinde çalışmış şimdi ise başka yerlerde çalışan ya da daha pasif pozisyonlarda çalışan yöneticilerle de görüşülme yoluna gidilmiştir. Böylelikle çok çeşitli ve şehir hastaneleri ile ilgili bütün görüşleri içerisine alan bir araştırma grubu tercih edilmeye çalışılmıştır. Araştırmada kullanılan amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt ve kartopu örnekleme yöntemleri aracılığıyla ulaşılan 24 katılımcının görüşme bilgileri Tablo 3.1'de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Görüşme Bilgileri

No	Katılımcının Unvanı	Katılımcının Müsteşar İsmi	Çalıştığı Kurum	Görüşme Yeri	Görüşme Süresi (dk)
1.	Prof. Dr. (Hekim)	Kasım Bey	Kamu	Ofis	45:37
2.	Prof. Dr.	Umur Bey	Özel	Ofis	39:01
3	Prof. Dr.	Hamit Bey	Kamu	Ofis	20:30
4	Prof. Dr. (Hekim)	Ali Bey	Kamu	Ofis	1:07:10
5.	Doç. Dr. (Hekim)	İrfan Bey	Kamu	Ofis	50:15
6.	Doç. Dr.	Selim Bey	Kamu	Ofis	45:08
7.	Doç. Dr. (Hekim)	Cihat Bey	Kamu	Ofis	53:14
8.	Doç. Dr. (Hekim)	Adem Bey	Kamu	Ofis	57:27
9.	Dr. Öğr. Üyesi	Nazlı Hanım	Kamu	Ofis	42:27
10.	Dr. Öğr. Üyesi	Pakize Hanım	Kamu	Ofis	36:04
11.	Uzman	Burak Bey	Kamu	Ofis	57:59
12.	Uzman	Mehmet Bey	Kamu	Ofis	58:14
13	Uzman	Ahmet Bey	Kamu	Ofis	30:12
14.	Avukat	Çiğdem Hanım	Vakıf	Ofis	01:01:11
15.	Uzman Hekim	Yavuz Bey	Kamu	Ofis	42:58
16.	Yönetici (Şirket)	Mustafa Bey	Özel	Ofis	40:11
17.	Yönetici (Kamu)	Metin Bey	Kamu	Ofis	25:56
18.	Yönetici (Kamu)	İsmail Bey	Kamu	Kafe	58:28
19.	Yönetici (Kamu)	Halil Bey	Kamu	Kafe	01:05:19
20.	Yönetici (Şirket)	Hale Hanım	Özel	Ofis	1:05:10
21.	Yönetici (Kamu)	Harun Bey	Kamu	Ofis	40:36
22.	Yönetici (Şirket)	Serdar	Kamu	Ofis	50:08
23.	Yönetici (Kamu)	Sevim Hanım	Kamu	Ofis	45:10
24.	Yönetici (Şirket)	Burhan Bey	Özel	Ofis	01:03:15

Araştırmada 9 akademisyen, 3 uzman, 5 şehir hastanesi kamu yönetici, 4 şehir hastanesi şirket yöneticisi, 2 uzman hekim ve 1 hukukçu ile toplamda 24 görüşme yapılmıştır. Katılımcıların 4'ü kadın 20'i ise erkek yönetici, hekim, uzman ve akademisyenlerden oluşmaktadır. Görüşmeler en uzun 67 dakika 10 saniye, en kısa görüşme ise, 20 dakika 30 saniyedir. Katılımcıların hepsi şehir hastaneleri ile ilgili oldukça fazla bilgiye sahiptir. Görüşmelerin çoğu katılımcılarının çalışma ofislerinde geçmiştir. 2 görüşme ise kafede gerçekleşmiştir. Kafede gerçekleşen görüşmelerde ses ortamına dikkat edilmiştir. Ofislerde yapılan bazı yöneticilerle görüşmelerde ise, iş durumlarından dolayı bölünmeler gerçekleşmiştir. Örneğin; şehir hastanesinde çalışan bir şirket yöneticisi hastane içerisindeki yoğun iş trafiğinden dolayı devamlı telefona cevap verme durumunda kalarak ancak görüşmeyi tamamlayabilmiştir. Bir diğer durum ise bazı katılımcılar, ses kaydına izin vermemiş, görüşmeler not alma şeklinde sürdürülmüştür. Katılımcılarının ifadeleri bu süreçte eksiksiz olarak not alınmıştır. Notların bazı yerleri tekrar edilerek karşılıklı pekiştirilmiştir. Bu süre zarfında da iş yoğunluğundan dolayı çeşitli bölünmeler olmuştur. Bunlarla ilgili olarak tahmini görüşme süreleri belirlenmiştir (Araştırmacı Günlüğü).

Araştırmada verilerin tekrar etmeye başlaması ve doygunluğa ulaşmasıyla 24. katılımcıyla birlikte görüşmelerin danışman istişaresiyle birlikte sonlandırılmasına karar verilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Olgu bilim araştırmalarında başlıca veri toplama aracı görüşmedir. Olgulara ilişkin yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarmak için görüşmenin araştırmacılara sunduğu etkileşim, esneklik ve sondalar yoluyla irdeleme özelliklerinin kullanılması gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 71). Görüşme, nitel araştırmada en çok başvurulan yöntemlerden bir tanesidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 129). Görüşme, önceden hazırlanmış soruların belli sistematik dâhilinde görüşülene sorulması ve cevapların alınmasını öngören sosyal bir etkileşim olarak tarif edilebilir (Rubin ve Rubin: 1995; akt; Böke, 2014: 291). Ayrıca görüşme, kişilerden belli bir konuda duygu ve düşüncelerini alma etkinliği olarak tanımlanmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2018: 185). Bunun yanında derinlemesine görüşme, belli bir soru listesine tamamen bağlı kalmaksızın, görüşülen kişilerden cevapların da etkisiyle yeni ve derinleştirici sorularla

farklı yönere geliştirilebilecek, katılımcının anlatmak istediklerini ve hikâyesinin iç yüzünü önemseyen nitel görüşme olarak açıklanmaktadır (Şekerler, 2017: 187).

Nitel ve nicel veriler arasında yapılan en genel ayırım, nitel verilerin araştırmacılar tarafından veri toplamak için önceden planlanan sınıflamaların veya ölçeklerin kullanılmadığı, açık uçlu sorularla toplanan bilgiler içermektedir (Creswell ve Clark, 2018: 189). Görüşmelerde yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış olmak üzere üç çeşit soru tipiyle görüşme türü vardır (Böke, 291; Sönmez ve Alacapınar, 2018: 185). Bu teknikler görüşme yapılacak konunun içeriğine, görüşülecek kişilere ve inilecek olguların çeşidine göre araştırmacı tarafından seçilir (Böke, 291). Nitel çalışmalarda genellikle yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmaktadır. Bu teknikte araştırmacı tarafından hazırlanan sorular üzerinde cevap verenin kısmen düzeltme, düzenleme hakkı vardır. Sorgulayan ve cevaplayan, bazı soruları birlikte yeniden düzenleyebilir. Görüşmenin akışına göre bazı düzenlemeler yapılabilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2018: 185).

Nitel görüşmelerde araştırmacı sadece belli sorulara cevap aramaz; katılımcının konuyla ilgili paylaşmak istediği kişisel bakış açısını ve anlamlandırma mekanizmalarını derinlemesine keşfetmeye çalışır. Konuşulanlar araştırmacının yönlendirmesi değil, katılımcının aktif rolü üzerine inşa edilir. Nitel görüşmelerde soruların sabit ve türdeş olması kaygısının kenara atılması gerekir. Tutarlılık, yoğunluk ve derinlik önem kazanır. Sayılardan ziyade yorum, özet ve bütünleştirme vardır. Sonuç olarak nitel görüşme veya derinlemesine görüşme nitel yöntemlerin en temel tekniklerinden birisidir (Şekerler, 2017: 186-187). Bu bağlamda çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşme verileri katılımcının onayına göre ses kayıt cihazı ya da not tutma şeklinde elde edilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış olarak geliştirilen verilerin toplandığı görüşme formu ile yürütülmüştür (EK-2). Görüşme formu, literatür okumalarından, sahada çalışan yöneticilerden alınan geri dönüşler, bu alanda çalışan bazı akademisyenlerin yönlendirmeleri ve araştırmacının bilgi birikimi ile şekillenerek oluşturulmuştur. Şekillenen bu görüşme formu danışman hocayla da görüşülerek

olgunlaştırılmıştır. Olgunlaşan bu görüşme soruları nitel araştırma yöntemi bilgisine sahip uzmanlarla/akademisyenlerle değerlendirilerek yeniden düzenlenmiştir. Yapılan pilot uygulamalarla da son halini almıştır. Görüşmeler genelde bu forma bağlı kalınarak ancak zaman zaman soruların yerlerinde değişiklik yapılarak yürütülmüştür.

Araştırma sürecinde dikkat çeken bir konu ise, bazı görüşmeciler soruların tamamını görmek isteyip sonrasında çalışmaya devam etmiştir. Bazı görüşmeciler soruları görmeyi talep etmeden direk çalışmaya direkt katılmıştır. Bazı kişiler ise soruların tamamını gördükten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Örneğin daha önce yüksek bir mevkide yöneticilik yapan şimdi ise bir şehir hastanesinde profesör hekim olarak çalışan bir kişi soruları gördükten sonra çalışmaya katılmamıştır (Araştırmacı Günlüğü).

3.10. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Bu araştırmanın veri toplama süreci oldukça hareketli geçmiştir. Öncelikle bu alanda bilgi birikimi olan hekim, uzman, yönetici ve akademisyenlere e-posta yoluyla ulaşarak randevu talebinde bulunulmuştur. Randevuyu kabul eden katılımcılarla görüşmeler randevu yerlerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla görüşmeler doğal çalışma ortamlarında yapılmıştır. Bunlar öğretim üyesi odaları, tabip odaları, çalışma ofisleri, şehir hastaneleri idareci ofisleri ve bakanlık çalışma odalarıdır. Bu katılımcılarla mesai saatleri içerisinde görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler mesai saatleri içerisinde olması bir takım zorlukları da beraberinde getirmiştir. Görüşmeler, dış faktörlerden kaynaklı bölünme ve çalışılan pozisyonlar gereği bir takım iş ve zaman sınırlarının olması gibi nedenlerle birlikte yapılmaya çalışılmıştır. Bunların dışında da iki kişiyle ise dışarda bir kafede görüşülmüştür. Görüşmeler 2019 yılının Ekim-Aralık aylarında iki buçuk aylık bir süreçte tamamlanmıştır. Bu süreç içerisinde Türkiye’de açılan bütün şehir hastanelerine ulaşmak istenerek çoğu illere randevulara göre gidilmiştir. Türkiye yelpazesinde bir araştırma yapılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda İstanbul, Ankara, Bursa, Adana, Yozgat, Isparta ve Kayseri illerinde görüşmeler yapılmıştır.

3.10.1. Ses Kayıt Cihazı

Araştırmada görüşmeler, çalışmaya başlamadan önce katılımcılardan alınan izinlerle verilerin eksiksiz, kolay ve daha doğru elde edilmesi için ses kayıt cihazına kaydedilme yoluna gidilmiştir. Katılımcılara çalışmaya geçmeden önce, yapılan görüşmenin yalnızca bilimsel amaçlı dökümünün yapılacağı, araştırmada sadece bilimsel görüşlere yer verileceği, kimlik ve kişisel bilgilerin üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacağı ifade edilerek araştırma güven ilişkisi tesis edilerek yürütülmüştür. Ayrıca araştırmada katılımcıların gerçek isimleri yerine kod bir isimle görüşleri belirtilmiştir. Araştırmada 18 katılımcının görüşleri ses kaydına alınmıştır. Ses kayıt cihazını kabul etmeyen 6 katılımcının görüşmesi not tutma şeklinde olmuştur. Bu süreçte şehir hastanelerinde çalışan ve görüşmeleri kabul eden kamu ve şirket yöneticileri ses kayıt cihazının kullanılmasını kabul etmemişlerdir (Araştırmacı Günlüğü).

3.10.2. Araştırmacı Günlüğü

Nitel araştırmalarda araştırmacılar tarafından araştırma süreci zarfında araştırma günlüğü tutulabilmektedir. *“Araştırmacılar tarafından gerek veri toplama gerekse de yansıtma amacıyla yazılan günlükler araştırmacı günlüğü olarak bilinir. Araştırmacı günlüğü, araştırmacının araştırma sürecindeki; düşüncelerini, kararsızlıklarını, anlayışlarını, gözlemlerini, yorumlarını ve duygularını yansıtan, araştırmayla kişisel bağını kuran, araştırma sürecinin ve içeriğinin ham veri kaynağı olarak kayıt edildiği bir araçtır. Bir nitel araştırma sürecinde yazılan araştırmacı günlüğü gerçekleştirilen araştırmayı anlamada, araştırmacının araştırma konusu ve süreciyle ilişkisini bilmede, araştırmacının kimliğini görmede ve süreçte yaşanan zorlukları ve bunların çözümünü anlamada başka araçlarla elde edilemeyecek veriler sağlayabilir. Bunun için araştırmacı günlüğünün sistematik ve düzenli olarak yazılması gerekmektedir. Araştırmacı günlüğü, araştırmacının araştırmasına ilişkin düşündükleri ve yaptıkları hakkında kendi kendine ve başkalarıyla konuştuklarını yazılı hale getirmesidir”* (Ersoy, 2015: 550-551). Bu çalışmada da araştırmacı tarafından araştırma süreçlerini içeren günlük tutulmuştur. Her katılımcı için ayrı bir görüşme formu hazırlanarak görüşme öncesi, esnası ve sonrasındaki gözlem ve deneyimlerin yanı sıra katılımcının kişisel özellikleri ve görüşmenin sürecine dair bilgiler not alınmıştır. Şehir hastaneleri konusu hassas bir süreç içerdiği için bu notlar araştırmacının çalışmayı daha dikkatli ve titiz bir şekilde yürütmesine yardımcı olmuştur.

Bu notlar katılımcıların tutum ve davranışlarını anlamlandırmada ve araştırmanın analizinde araştırmacıya kolaylıklar sunabilmiştir.

3.10.3. Araştırmacının Konumu

Nitel araştırmada araştırmacının konumu nicel araştırmadan farklılık arz eder. *Nitel araştırmada araştırmacı, nicel araştırmada olduğu gibi sadece “belirli yöntemlere göre dışarıdan araştırma konusunu gözleyen, bu konuya ilişkin veriler toplayan ve bu verileri sayısal analizlere tabi tutan ve sunan kişi” değildir. Nitel araştırmacı bizzat alanda zaman harcayan, araştırma kapsamındaki kişilerle doğrudan görüşen ve gerektiğinde bu kişilerin deneyimlerini yaşayan, alanda kazandığı bakış açısını deneyimleri, toplanan verilerin analizinde kullanan kişidir. Veri kaynaklarına yakın olma, ilgili bireylerle konuşma, gözlemler yapma, ilgili dokümanları inceleme, araştırılan konuyu yakından tanıma ve anlama nitel araştırmada oldukça önemli bir yer tutar. Bu yönüyle nitel araştırmacı, araştırma sürecinin doğal bir parçası haline gelir ve zaman zaman bir veri toplama aracı görür* (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 44).

Diğer taraftan *nitel araştırmada araştırmacı, verilerin toplanması ve analizinde bir enstrüman görevi yüklenir. Araştırma yapacağı alanda araştırmaya konu olan olay ve olguları gözler, birey ya da gruplarla görüşmeler yapar ve ilgili dokümanları toplar ve hatta direk olarak olayların içinde yaşar ve katılımcı gözlemci rolü üstlenebilir* (Merriam, 1998; akt, Işıkoğlu, 2005: 160). *Bu rol, nitel araştırmacıya katılımcıların yaşadıklarını hissetme ve mümkün olduğu kadarıyla olayları katılımcıların algıladığı şekilde algılama imkânı da sağlar. Ayrıca verilerin çözümlenmesi ve analizinde de araştırmacı bizzat bir enstrüman olarak görev alır* (Richardson, 1998; akt. Işıkoğlu, 2005: 160). Nitel araştırmalarda araştırmacının araştırdığı konuya karşı kişisel tutum ve düşünceleri olduğu kabul edilir. Bu yüzden araştırmacı kendi perspektif ve önyargılarını tanımlayarak araştırdığı konunun neresinde durdurduğunu ifade eder. Çünkü bu durum olaylara bakış açısıyla olayların nasıl görüldüğünü ve algılandığını etkilemektedir (Işıkoğlu, 2005: 160). Diğer taraftan araştırmacı kendi yaklaşımıyla, deneyimiyle ve konuya yönelik duygularıyla ilgili ne denli farkındalığa sahip olursa kendisinin görüşme sürecine olan etkisinin de o denli ayırdına varabilir. Farkındalık araştırmacının kendisinden farklı deneyim ve düşüncedeki bir kişiyi berrak ve tarafsız bir biçimde dinleyebilmesine yardımcı olur. Görüşmelerde ilgili not ve günlüklerin hangi oranda

verilere katılabileceğinin kararını bu farkındalık seviyesi verebilir. Araştırmacı kendi bakış açısının ister istemez verilerin bir parçası olduğunun farkına varırsa, gerek veri toplama amacıyla soruları sorarken, gerek ise verilerin çözümlenmesi yapılırken daha isabetli kararlar verebilir (Şekerler, 2017, 194).

Araştırmacı konunun ve kaynağın özelliklerine göre farklı rollere girebilmektedir. Kvale (1994: 3-4; akt. Baş ve Akturan, 2007: 113-114), bu rolleri madenci ve seyyah olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Görüşmeci *madenci* rolünde pasif ve edilgendir. Bilginin gömülü olduğunu kabul edip, üzerindeki toprağı kaldırarak anlamları veya veri parçalarını ortaya çıkarmaya çalışır. *Seyyah* rolünde ise, kaynakla işbirliği içerisine girerek, bilginin ve anlamın oluşturulmasında daha aktif bir davranış sergiler. Yönelttiği sorular ile katılımcının görüşlerinin şekillenmesine yardımcı olur. Ancak bu yardım katılımcıların belli bir görüşe yönlendirilmesi şeklinde gerçekleşmez. Amaç konunun tüm yönleriyle ele alınmasını sağlamadır. Bu bağlamda çalışmada yukarıdaki anlatılanlar göz önünde bulundurularak madenci görüşmeci rolünde görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Zaman zaman da araştırmacı seyyah rolüne bürünerek bir takım alt sonda sorular sorarak araştırılan konunun tam anlaşılması için katılımcıyla diyalog içine girilmiştir. Görüşmeler güven hassasiyeti içerisinde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Bazı görüşmecilere referanslarla ulaşılarak güven ilişkisi pekiştirilmiştir. Ayrıca araştırmacının konusuna hâkim olması görüşmeler esnasında ikili diyalog ve samimiyet ortamının oluşmasına neden olmuştur.

Araştırmacının çalıştığı konuya ve yönteme hâkim olması bu sürecin daha etkili yönetilmesinde önemli bir faktördür. Araştırmacı bu konuda doktora ders döneminden itibaren çalışmalarına başlamış ve çeşitli yayınlarla kendisini geliştirme yoluna gitmiştir. Bu bağlamda kamu özel ortaklığı ve şehir hastaneleri konularında ulusal ve uluslararası konferanslara çeşitli çalışmalarla katılarak sözlü sunumlar yapmış ve yayın olarak ilgili kongrelerin kitapçılarında yer almıştır. Yine bu konularla ilgili araştırmacının çeşitli makaleleri yayınlamıştır (Bkz, Ek 3). Araştırmacı bu çalışmalarla araştırdığı konunun teorik alt yapısını pekiştirmiştir.

3.11. ARAŞTIRMANIN TUTARLILIK, TEYİT EDİLEBİLİRLİK, İNANILIRLIK VE AKTARILABİLİRLİĞİ

Güvenilirlik ve geçerlilik kavramlarının nitel araştırmalardaki konumu nicel araştırmalara göre farklılıklar arz etmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2016, 269). Nicel araştırmada tekrar edilebilirliği ön plana çıkaran “güvenilirlik” kavramı yerine (Guba ve Lincoln, 1985; akt. Yıldırım ve Şimşek, 2016: 282) nitel araştırmada tutarlılık kavramı önerilmektedir. Sönmez ve Alacapınar (2018: 165) ise, aslında nicel araştırmalarda kullanılan “güvenilirlik” kavramının nitel araştırmalarda kullanılmadığı bunun yerine tutarlılıktan ve teyit edilebilirlikten (evetlenebilirlikten) söz etmek gerektiğini vurgulamaktadır.

Nitel araştırmalarda olgular sanal, biricik, özel, özgün, görelî, yerel, her saniye değişen, her seferinde yeniden yapılandırılan ve yinelenemez olduğundan bir olgu üzerinden elde edilen veriler, olgular değiştiğinden ikinci bir ölçme yapıldığında yinelenemez; yani nicel araştırmada olduğu gibi ölçme aracı, ölçme hatalarından arınık olamaz ve her ölçümde aynı benzer ve yakın sonuçlar veremez. Durum böyle olunca nitel araştırmalarda güvenilirlikten değil, tutarlılıktan söz edilebilir (Guba ve Lincoln, 1985; akt. Sönmez ve Alacapınar, 2018: 166). Tutarlılık, nitel olarak yapılan bir araştırmanın kendi içinde kurallara uygun olarak yapılıp yapılmadığının, yöntemin uygun olarak kullanıp kullanılmadığının belirlenmesi olarak ele alınabilir. Araştırmacının bu etkinlikleri yerine getirip getirmediğinin saptanması, araştırmanın tutarlı ya da tutarsız olduğu hakkında bilgi verebilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2018: 166). Bu tutarlılık veri toplama araçlarının oluşturulması, verilerin toplanması ve analiz aşamalarında kendini göstermektedir. Örneğin tutarlılık incelemesi yapan bir kişi, verilerin benzer süreçlerde (Örneğin; görüşmelerde araştırmacının benzer bir yaklaşımla sorularını sorması ve kayıt altına alması gibi) toplanıp toplanmadığına, verilerin kodlanması sürecinde kavramsallaştırma yaklaşımdaki tutarlılığa, verilerin sonuçlarla ilişkilerinin kurulmasına bakabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 283).

Nicel araştırmada araştırmacı nesnenin, olgunun dışındadır ve dışında olmak zorundadır. Araştırılan alana hiçbir müdahalede bulunmaz. Nesnel yani objektif olması beklenir. Diğer taraftan nitel araştırmada ise, araştırmacının nesnel olması mümkün değildir. Onun objektif olması beklenemez ve istenemez; çünkü olgunun içindedir. Böylece olguyu yeniden oluşturabilir ve onun bir parçası olabilme durumu vardır. Bu

bağlamda nitel araştırmalarda “nesnellik” kavramı yerine “teyit edilebilirliğin” (evetlenebilirlik) kullanılması önerilmektedir. Buna göre teyit edilebilirlikten kasıt araştırmacının çalıştığı konuyla ilgili *toplanan verilerin, ulaşılan sonuçların “evet, bu çerçevede böyle olabilir; bu olgularla bu sonuçlar, yorumlar, araştırmacının topladığı verilerden elde edilebilir”*, şeklinde olmasıdır. Yani araştırmacı, araştırmanın sonuçlarını topladığı verilerle sürekli desteklemesi ve teyit etmesini sağlamalıdır. Bu durumda bir teyit incelenmesi söz konusu olmaktadır. Teyit incelemesi, nitel araştırmalarda inandırıcılık için de bir ölçüt olarak kullanılabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2018: 166-167). Bu incelemedeki amaç araştırmacının vardığı sonuçları ham verilerle karşılaştırarak teyit mekanizmasının işleyip işlemediğine bakmasıdır. Dışardan bir uzman araştırmada ulaşılan yargıların, yorumların ve önerilerin ham verilerle desteklenip desteklenmediğine bakarak teyit değerlendirmesini yapabilir. Bu yüzden araştırmacının tüm veri toplama araçlarını, ham verilerini, analiz aşamasındaki yaptığı kodları ve rapora temel oluşturan algıları, notları, yazıları ve çıkarımları saklaması ve gerektiğinde böyle bir incelemeye sunması gerekir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 283).

Ölçme aracının pozitif bilim anlayışına dayanan nicel araştırmada “geçerli” olması istenir; çünkü böyle bir araçla toplanan verilerden elde edilen ve kanıtlanan önermeler evrene genellenebilecektir. Oysaki nitel araştırma yorumsamacı, anlamacı, anlamlandırmacı ve yeniden oluşturmacı bilim felsefelerini temele aldığından ölçme aracıyla toplanan verilerin genellenme kaygısı yoktur. Böyle bir beklenti içine girilmez. Çünkü evrende bir düzen değil kaos vardır. Evren her saniye yeniden oluşur ve yapılır. Bunun yanında nitel araştırmalarda toplanan veriler sayısal verilere çevrilmez; çevrilse bile o veriler aynı anlamı içermeyebilir. Böyle olunca nitel araştırmalarda nicel araştırmalarda olduğu gibi bir “geçerlikten” değil bunun yerine inandırıcılıktan (kabullenilirlik) ve aktarılabilirlikten (transfer edilebilirlik) söz edilmektedir. Yapılan nitel araştırmada süreçlerin, araştırma sonunda elde edilenlerin açık, anlaşılır, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından evetlenebilir olması inandırıcılık olarak nitelendirilmektedir. Araştırmacı, araştırma sürecine uygun yöntem ve teknikler işe koşmalıdır. İnandırıcılığı sağlamak için bir takım uygulamalar kullanılmaktadır. Bunlar “olgunun içinde uzun süre bulunma, derinlemesine odak grup görüşmesi yapma, uzmanların incelemesi, katılımcıların teyitleri ve çeşitli, zengin ve farklı veri toplamadır” (Sönmez ve Alacapınar, 2018: 167-168).

Nitel araştırmanın temel amaçlarından biri olan ve araştırmanın değerini yargılamada kullanılan “genelleme” kavramının nitel araştırmada karşılığı “aktarılabirliktir”. Nitel araştırmada genelleme yerine aktarılabirlik kavramının benimsenmesi, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması ve test edilebilecek denenceler oluşturulması anlamına gelmektedir. Nicel araştırmacının sorumluluğu evrene genelleme yapmak iken nitel araştırmacının sorumluluğu elde ettiği sonuçları benzer ortamlara aktarılabirlik değerini ortaya koymaktır. Araştırma sonuçlarının aktarılabirliğini artırmak için “ayrıntılı betimleme ve “amaçlı örneklem” yöntemleri önerilmektedir. Ayrıntılı betimleme ham verinin ortaya çıkan kavram ve temalara göre yeniden düzenlenmiş bir biçimde okuyucuya yorum katmadan ve verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak aktarılmasıdır. Doğrudan alıntılar bu amaçla araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılır. Okuyucu açısından araştırma sonuçlarının anlam kazanması önemli ölçüde bu betimlemenin yeterliliğine bağlıdır. Nitel araştırmada aktarılabirliği artırmak için hem tipik olarak karşımıza çıkan olay ve olguları hem de bunların değişkenlik gösteren özelliklerini ortaya koyma amacını güden amaçlı örneklem yöntemleri kullanılır. Diğer bir ifadeyle nitel araştırmada genele ait bilgileri ortaya koymak yerine hem genele hem de özele ait bilgilere ulaşma yönelimi vardır. Bu amaçla araştırmaya dâhil edilen veri kaynaklarının bu farklılığı yansıtacak biçimde seçilmesi önem arz etmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 281-282). Özetle araştırma alnına olan yakınlık, yüz yüze görüşmeler yoluyla ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplama, olayın gerçekleştiği doğal ortam içinde bilgi toplama, uzun süreli bilgi toplama ve elde edilen bulguların teyit edilmesi için alana geri gidebilme ve ek bilgi toplama imkânının olması nitel araştırmada geçerliliği oluşturmayı sağlayan önemli etmenlerdir (Yıldırım ve Şimşek, 2016:270).

Bu çalışmada yukarıda anlatılan durumlar ve metodoloji kısmını geneli de göz önünde bulundurularak güvenilirlik ve geçerlilik kriterleri titizlikle sağlanmaya çalışılarak ilgili kısımlarda detaylı bir şekilde anlatılmaya çalışılmıştır. Çalışmada derinlemesine yapılan görüşmelere farklı görüşlerden katılımcıların olmasına dikkat edilerek, bu görüşmelerin kaydedilip verilerin eksiksiz toplanması ve saklanması sağlanmıştır. Araştırmacı araştırılan konuyla ilgili bilgi sahibi olan katılımcılara ulaşmak için farklı illere giderek verileri toplama yoluna gitmiştir. Gerek dışardan görüşmecilere

gerek ise açılan şehir hastanelerinin hepsine gidilmeye çalışarak veriler yerinde gözlem yapılarak ve doğal ortamında toplanmaya çalışılmıştır. Bunun yanında gerek veri toplama süreçlerinde gerekse analiz süreçlerinde geçerlik ve güvenilirlik komitesindekilerle fikir alışverişinde bulunarak çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın ses kayıt dökümlerinin yapılmasıyla birlikte, oluşturulan kitapçık üzerinden yapılan kodlamalar titizlikle yürütülmüştür. Temaların oluşturulması aşamasında danışman ve geçerlilik ve güvenilirlik komitesi aktif rol almıştır. 8 kişilik grup halinde farklı günlerde 4'er saatlik iki oturum şeklinde geçen programla temalar oluşturulmuştur. Bunlar saklanarak arşivlenmiştir. Ayrıca yakın zaman da nitel yöntemle doktora tezlerini bitiren iki öğretim üyesiyle de devamlı istişarelerde bulunulmuş ve onların yönlendirmeleriyle de araştırma için gerekli adımlar atılmıştır. Tüm bu metodolojik süreçlerle araştırmanın tutarlılığı, teyit edilebilirliği, inandırıcılığı ve aktarılabilirliği titizlikle sağlanmaya çalışılmıştır.

3.12. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Bu çalışmada analiz yöntemi olarak yorumlayıcı fenomenolojik analiz kullanılmıştır. Nitel araştırmada analiz süreci verilerin organizasyonunu, veri tabanının ön okuma işleminden geçirilmesi, sonra verileri kodlamayı ve kodların bir araya getirilmesiyle temalara indirgemeyi, son olarak veriyi şekiller ya da tablolarla sunarak bunların yorumlanmasını içermektedir. Bu çoğu çalışmada ifade edildiği gibi araştırmacıların kullandığı genel bir süreçtir (Creswell, 2018:179-180). Nitel araştırmalarda en sık kullanılan analiz türlerinden birisi fenomenolojik analiz yöntemidir. Fenomenolojik analiz, ağırlıklı olarak varoluşçu psikoloji içerisinde gelişme gösteren bir yaklaşım olup, insanların çevrelerinde olup biten olayları nasıl değerlendirdiklerini anlamaya çalışan bir analiz türüdür (Wade ve Tavris, 1990; akt. Özdemir, 2010: 334).

Diğer yandan, *fenomenolojik araştırmaların temel amacı, bireyin deneyimlerinden ve duygularından yola çıkarak belli bir fenomen üzerinde yaptığı anlatılarında gerçeği aramak ve bu fenomene yönelik derinlemesine açıklamalar üretmektir. Fenomenolojik araştırmalar genellikle araştırmaya katılanların belli bir fenomen hakkında yaşantılarını, deneyimlerini, algılarını ve duygularını somutlaştırmak için kullanılır.* (Yüksel ve Yıldırım, 2015: 1). Yorumlayıcı fenomenolojik analiz ise, (IPA/Interpretative Phenomenological Analysis) Jonathan A. Smith tarafından

psikoloji içerisinde geliştirilmiş bir yöntemdir. Amacı, üzerinde çalışılan olguyu, bu olguyu birinci dereceden deneyimleyen kişilerin gözünden anlamaktır. Bu bağlamda, tamamen bireysel algı ve anlatılar üzerine odaklanmakta, deneyimi “içerdekinin” perspektifinden araştırmaya çalışmaktadır (Tanyaş, 2014: 30-31). Yorumlayıcı fenomenolojik analiz, Patton’a (2014: 482) göre ise bir kişi ya da bir grup insanın bir fenomene ya da olguya ilişkin yaşamış oldukları deneyimin anlamı, yapısı ve özünü anlamayı ve daha açık hale getirmeyi amaçlar.

Bu çalışmanın analiz süreci şu şekilde sürmüştür: Ses kayıt cihazıyla elde edilen verilerin tamamı dinlenerek, microsoft word programında metne dönüştürülmüştür. Ses kayıtların dökümleri, veri kaybolmaması için dikkatli ve titizlikle yürütülmüştür. Tüm dökümler bittikten sonra kontrol amaçla tekrardan bir daha gözden geçirilmiştir. Dökümü çıkarılan metinler eş zamanlı olarak ses kayıt cihazıyla karşılaştırmalı olarak tekrar dinlenerek kontrol edilmiştir. Böylelikle veri kayıpların önüne geçilmiş, gözden kaçan durumlar olduğunda düzeltmeler yapılmıştır. Bu süreç bittikten sonra bütün dökümler birleştirilerek kodlama sürecine geçilmiştir.

Kodlama sürecine geçmeden önce bütün kitapçık baştan sona verilere daha iyi hâkim olmak için dikkatlice okunmuştur. Daha sonra kodlama sürecine geçilerek okuma yapılmış ve çıkan kodlar kitapçığın sol tarafına yazılmıştır. İlk tur kodlama bu şekilde tamamlandıktan sonra araştırmacı körlüğünü gidermek için bir hafta ara verilerek çalışma nadasa bırakılmıştır. Bundan sonra ikinci kodlama yapılarak gözden kaçan durumlar yeniden kodlanmıştır. Araştırmacının kodlamasından sonra son olarak tez danışmanı da bütün kitapçığı okuyarak tekrar bir kodlama yapmıştır. Bu kodlama sonucunda yapılan kodlamaların %95 örtüştüğü görülmüştür.

Bu şekilde kitapçık üzerinde kodlama tamamlandıktan sonra kodların temalaştırma sürecine geçilmiştir. Kodların temalaştırılması bir grup akademisyenin katılımıyla iki farklı oturumda yoğun ve uzun bir şekilde tartışılarak yapılmıştır. Böylelikle kod geçerliği de sağlanmıştır. Bundan sonra elde edilen kodlar ve temalar nitel analiz programlarından biri olan Maxqda 20 Pro Analytics Programı⁴¹ ile analiz edilemeye devam edilmiştir. Maxqda programıyla bütün analiz süreci sistematikleştirilerek bir bütün halinde yapılmıştır. Analiz sonucunda kavram haritaları

⁴¹ MAXQDA: Qualitative Data Analysis Software, <https://www.maxqda.com/> , (22.02.2020).

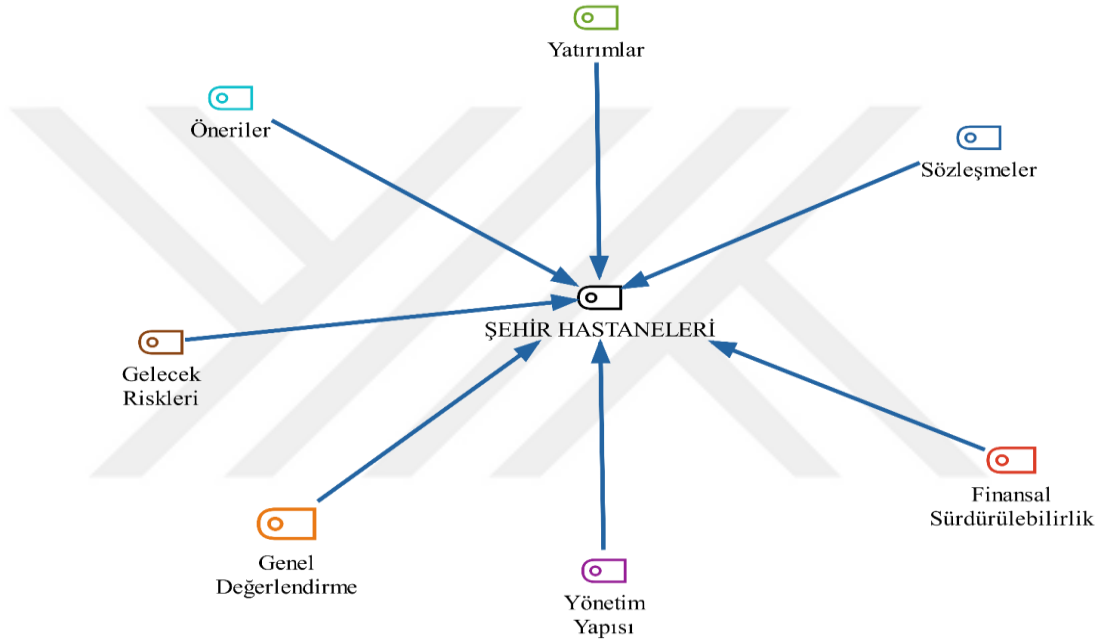
oluşturulmuştur. Bu kavram haritaları üzerinden bulgular kısmı yorumlanarak analiz süreci tamamlanmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde akademisyen, yönetici, uzman, hekim ve avukattan oluşan katılımcıların “şehir hastaneleri” hakkındaki görüşlerinden elde edilen verilerin bulgu ve yorumlarına yer verilmektedir. Yedi temel soru çerçevesinde elde edilen veriler kodlanarak derinlemesine analize tabi tutulmuştur. Kodlanan bu veriler kategorize edilerek belli temalar altında tümevarım yöntemiyle toplanmıştır.



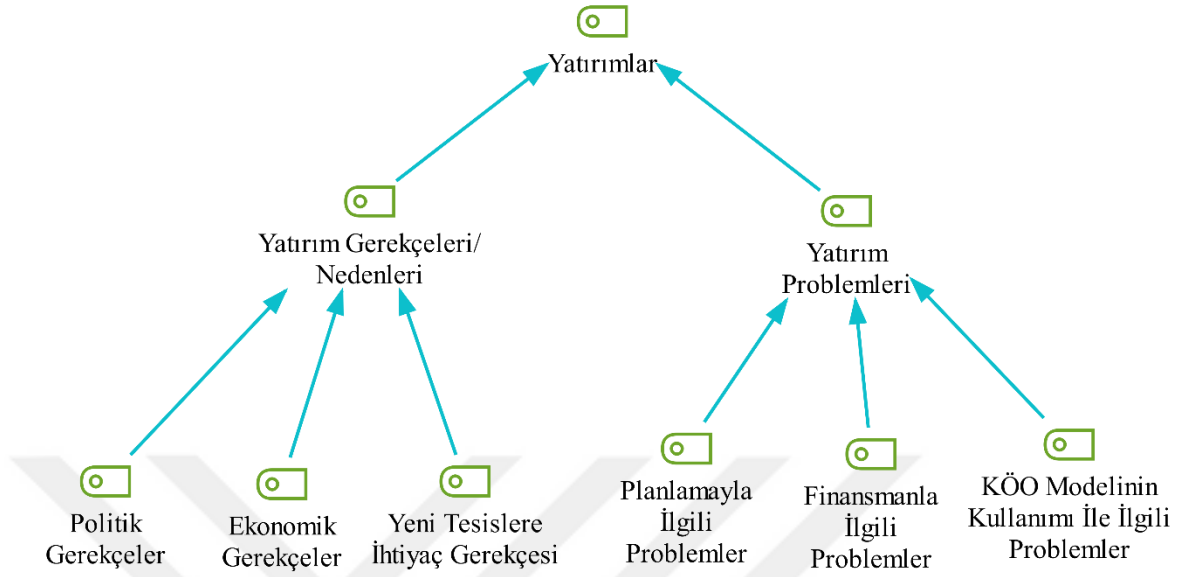
Şekil 4.1. Şehir Hastanelerinin Kavram Haritası

Yukarıdaki şekilde şehir hastanelerinin yatırımları, sözleşmeleri, yönetim yapısı, finansal sürdürülebilirliği, genel değerlendirmesi, gelecek riskleri ve önerilerle ilgili kavramsal çerçeve temel hatlarıyla görülmektedir.

4.1. ŞEHİR HASTANELERİNİN YATIRIMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında şehir hastanelerinin yatırımlarına ilişkin katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara “*Şehir hastanelerinin yatırımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?*” sorusu ve “*Sağlık hizmetleri için doğru bir yatırım olduğunu düşünüyor musunuz?*” sonda sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılardan alınan cevaplara göre kod ve temalar oluşturulmuştur. Şehir

hastanelerinin yatırımlarına ilişkin genel bulgulara yönelik üst sınıflandırma, Şekil 4.2’deki kavram haritasında gösterilmiştir.

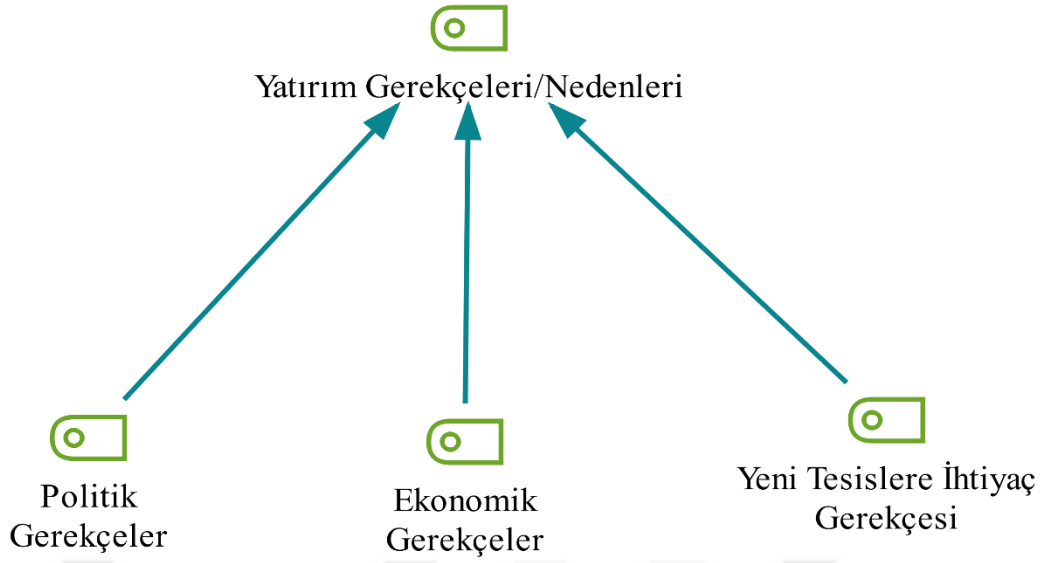


Şekil 4.2. Şehir Hastanelerinin Yatırımlarına İlişkin Kavram Haritası

Katılımcılardan şehir hastanelerinin yatırımlarına ilişkin elde edilen veriler “Yatırım Gerekçeleri” ve “Yatırım Problemleri” olmak üzere iki tema altında toplanmıştır.

4.1.1. Yatırım Gerekçeleri

“Politik Gerekçeler”, “Ekonomik Gerekçeler” ve “Yeni Tesislere İhtiyaç Gerekçesi” olmak üzere üç alt tema “Yatırım Gerekçeleri” teması altında birleştirilmiştir. Bunlar Şekil 4.3’teki kavram haritasında yer almaktadır.



Şekil 4.3. Yatırım Gerekçelerine İlişkin Kavram Haritası

4.1.1.1. Yeni Tesislere İhtiyaç Gerekçesi

Katılımcılar şehir hastanelerinin yatırımlarını değerlendirirken “hastane binalarının eskidiği”, “yeni yatırımlara” ve “binaların yenilenmesine” ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir. Yeni tesislere yatırım ihtiyacı olduğunu katılımcılar şu ifadelerle vurgulamışlardır:

Biz şehir hastanelerini niçin yaptık? Sağlık sektöründe önemli bir **yatırım ihtiyacı** vardı (Ahmet Bey, Uzman).

Mevcut elimizdeki sağlık tesisleri de şuanki mevcut ihtiyaca taleplere cevap veremediği için **yeni bir yapılanmaya** gidilmesi gerekti. Bir **ihtiyaç vardı** ve esasında Türkiye’de 2000 yılından beri sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün ve modernizasyonun özellikle cihaz modernizasyonu olsun, insanların kendi hayatlarındaki sosyal hayatlarındaki modernleşmenin getirisi olarak da talepler değişmeye başladı. (Burak Bey, Uzman).

Hastane binalarının eskidiğini ve yatırımlara ihtiyaç olduğu söyleyen katılımcıların ifadeleri aşağıda belirtilmiştir.

Yani **binalarımız eskimişti**. Aynı zamanda bir kısım hastanemizde cihazları yenilememiz gerekiyordu (Ahmet Bey, Uzman).

Öncelikle söylemek gerekir ki Türkiye’de **hastaneler eskidi, yaşlandı**, depreme dayanıklılığı tartışılır hale geldi. Bu hastanelerin inşaat olarak yenilenmesi gerekiyor (Umur Bey, Akademisyen).

Hastane binasının 40-50 yıllık belki 80 yıllık olması ve bunların **ekonomik ömürlerinin bitmiş** olması, fiziki olarak artık bunların fonksiyonel olarak **sağlık hizmeti vermeye uygun olmaması** ve bunların yenileme ihtiyacının acil olması (Ahmet Bey, Uzman).

Şimdi şehir hastaneleri kurulurken, Ankara üzerinden konuşacak olursak Ankara’da Numune, Yüksek İhtisas, Atatürk Eğitim Araştırma gibi hastaneler vardı. Bu hastaneler hani halk nazarında her ne kadar bulundukları bölge için çok iyi bir katma değer, çok önemli bir değer gibi gözükse de sonuçta fiziki yapıları olması itibariyle bunlar **misyonunu tamamlamış** binalardı (Burak Bey, Uzman).

Yani **binanın artık hizmet verilebilirliği çok zayıftı**. Ek binalar, ek binalar ve ek binalar farklı yerlerde oluyor. (Mehmet Bey, Uzman).

Şehir hastanesine Isparta’da ihtiyaç vardı. **Eski bir bina vardı**. (İsmail Bey, Yönetici).

Hastanelerin yenilenmeye ihtiyacı olduğunu katılımcılar şu ifadelerle vurgulamıştır:

Dolayısıyla hani çok yakın zamanda yapıldığını düşündüğümüz hastaneler bile çok ciddi anlamda **yıpranmıştı**. Bir de tabii **çok eski binalar**, işte Ankara Numune Hastanesi gibi çok sağlam binalar falan bile işte bu ülkenin sağlık hizmet ihtiyacını karşılamayacak alt kapasitedeydi. Yapı olarak, mimari açıdan, teknik açıdan, yeni teknolojik gelişmeler açısından kaldırmıyor artık bunlar (Pakize Hanım, Akademisyen).

Az önce söylediğim gibi yani evet **yeni tesislere ihtiyaç vardı**, hepsi için söyleyemeyiz elbette ihtiyaç vardı (Pakize Hanım, Akademisyen).

İhtiyacımız olan **yenileme ihtiyacı** (Ahmet Bey, Uzman).

Yeni hastane yapılması konusunda da **ihtiyaçlarımızın olduğu** belli (Yavuz Bey, Hekim).

Yani bu soruya hangi yönden yaklaşmak istediğimizle alakalı. “**Yeni sağlık tesislerine ihtiyaç var mıydı?**” açısından değerlendiriyorsanız, **evet doğru bir tercihti** (Burak Bey, Uzman).

Yani bina yenilenmesi ihtiyaç mıydı? Tüm geneline şu 10 taneye baktığımızda **bazılarına gerçekten ihtiyaçtı** (Mehmet Bey, Uzman).

Kamu malları ya da **tesislerinin yenilenmeye ihtiyacı vardı**. İhtiyaçlar farklılaştı ve kapasiteler yetmiyordu. Sağlık ve eğitimi çok önemli olduğu için yatırıma ve **yenilenmeye ihtiyaç** vardı (Hale Hanım, Yönetici).

Şehir hastane yatırımlarını uygun ve doğru bulduklarını İsmail Bey, Burhan Bey, Metin Bey ve Serdar Bey şu ifadelerle dile getirmişlerdir:

Şehir hastaneleri yatırımlarını **uygun buluyorum**. Neden uygun buluyorum biliyor musunuz? Zengin bir insan her hâlükârda istediği özel hastaneye gider. Köyde olan bir insanında bu sağlık hizmetinden yararlanması en doğal hakkıdır. Şehir hastaneleri modeliyle fakir insanlarda kaliteli hizmet alıyor. Bu yönüyle uygun ve olumlu olduğunu düşünüyorum. (...) Şehir hastaneleri doğru yatırım olarak görüyorum. (İsmail Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerine gerçekten olması gereken **doğru bir yatırım** ama daha küçük ölçekli olması gerekmektedir (Burhan Bey, Yönetici).

Yatırımların gayet **iyi olduğunu** düşünüyorum (Metin Bey, Yönetici).

Bu konu kamuoyunda çok tartışılıyor ama ben şahsen şehir hastaneleri **yatırımlarını doğru buluyorum** (Serdar Bey, Yönetici).

Sonuç olarak katılımcılar bu tema altında eski hastane binalarının olduğu, yenilenmeye ve sağlık hizmetlerine yatırım yapılması gerektiğini söyleyerek, yeni tesislere ihtiyacın olduğunu ifade etmişlerdir.

4.1.1.2. Politik Gerekçeler

Politik gerekçelere ilişkin katılımcılar şehir hastanelerinin yapılmasının nedeni olarak siyasi iradenin isteği, hükümet tercihi ve devlet politikası olduğu gibi konulardan bahsetmişlerdir.

Nazlı Hanım ve Pakize Hanım şehir hastane yatırımlarının siyasi iradenin isteği olduğunu şu cümlelerle vurgulamışlardır.

Bir tarafta kamu var bir tarafta özel sektör var ama bu her ikisinin üstünde bir siyasi irade var. Yani Cumhurbaşkanının bu projeyi benimsemiş olması ve benim hayalimdir, benim projemdir diye sahipleniyor olması aslında şehir hastanelerine baktığınızda **Sağlık Bakanlığı projesi değil de** Cumhurbaşkanının istemiyle özellikle onun sahiplenmesiyle ortaya çıkan projeler. (...) Şehir hastaneleri ilgili bence vatandaşın gözünde hâlâ çok iyi hastaneler, yani **siyasi irade açısından böyle** bir hastaneleri kurmuş olmak onlara bir artı puanlar getirdi. Özel sektörle kamu bu süreç devam ettiği sürece de vatandaşın gözünde her zaman buralar iyi vatandaşlara hizmet eden ve gerçekten. Yani seçmen olarak onu pozitif etkileyecek uygulamalar, yatırımlar olduğunu düşünüyorum (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Ama tabi işte siyasiler bir an önce **politik olarak** yatırımlarını yapıp, sonucunu görüp onu oya dönüştürmek istedikleri için o telaş. Belki böyle büyük projeler için biraz yanlış bir telaş hani. (...) Burada böyle biraz **siyasi şeyler** bir an önce olsun, bir an önce olması içinde ne yapacaksın o zaman bunu en hızlı kim yapar özel sektör de katalım onların o hızlı hareket etme kabiliyetinden yararlanmaya dönüştü (Pakize Hanım, Akademisyen).

Ahmet Bey şehir hastaneleri yatırımlarının hükümet tercihi olduğunu şu ifadelerle dile getirmiştir:

Ülke olarak yani hastaneleri yenileyebilmesi için mevcut sağlık bütçesiyle 25 seneye ihtiyaç vardı. 25 senede biz ancak hastaneleri yenileyebilirdik, hastane binalarını yenileyebilirdik. Onun için ne yapıldı, hükümet şöyle bir tercih yaptı; biz 25 senede bu **hastane binalarını yenileyeceğimiz** yere biz bunları 5 senede yenileyelim. İhtiyacımız olan yenileme ihtiyacını. Ödemeleri 25 senede yapalım. Yani şimdi kamu özel işbirliği dediğimiz şehir hastanelerinin yapımı modeli bu gerekçeyle çıktı. (...) O yüzden biz ne yaptık tercih olarak “kamu-özel ortaklığı” bu bir finansman modeli aslında dimi kamu özel. Sen bunları bir firmaya bir şirkete yaptırıyorsun. Bina senin, arsayı sen veriyorsun bina sana kalıyor sonuçta sen bu yaptırdığın hizmetin ve binanın karşılığında da taksitli ödeme yapıyorsun. Ödemeler biliyorsun kamu-özel ortaklığında 25 yıl. 25 yıllık bir

ödeme süresi var. Dolayısıyla böyle, **hükümet bunu tercih etti. Bu bir tercih modelidir** (Ahmet Bey, Uzman).

Burak Bey ise şehir hastanelerinin bir devlet politikası olduğu şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Şimdi esas tarafına da gelecek olursak bu işin daha böyle politik veya ekonomik tarafına da gelecek olursak sorgulanması gereken **bu bir devlet politikasıdır**, devlet politikası bunu neden yapmıştır, neden böyle bir modele ihtiyaç duymuş bunu da konuşmak gerekir. Bu sonuçta bir ülkeye finansman yatırımında desteklemek veya finansman kaynağı sağlamak noktasını da taşır kendi içerisinde. İşte şehir hastane projeleriyle dış finansman kullanımı noktasında da yurtdışından finans kaynakları sağlanmıştır (Burak Bey, Uzman).

Şehir hastanelerinin yapılma gerekçesine bakıldığında siyasi isteğin olduğu görülmektedir. Neticede bu bir politika ve hükümet bu projelerin yapılmasını tercih etmiştir.

4.1.1.3. Ekonomik Gerekçeler

Şehir hastanelerinin yatırımlarını bazı katılımcılar ekonomik gerekçelerle açıklamışlardır. Bütçenin olmaması ve finansman ihtiyacından dolayı şehir hastaneleri yapıldığını bazı katılımcılar ifade etmiştir. Yatırımlar için bütçenin olmamasını Ahmet Bey şu ifadelerle vurgulamıştır:

Dolayısıyla bizim şehir hastanelerini yapma gerekçemiz ne? Sağlık Bakanlığının, Türkiye'nin **sağlık yatırım ihtiyacının olması** ve bunu **hızlı yapabilecek bütçesinin olmaması. (...)** Karşılığında da bunları yenileyebilecek **bütçemizin olmaması**. O yüzden biz ne yaptık tercih olarak kamu-özel ortaklığı bu bir finansman modeli aslında dimi kamu özel. Sen bunları bir firmaya bir şirkete yaptırıyorsun (Ahmet Bey, Uzman).

Şehir hastaneleri yatırımlarını finansman ihtiyacı nedeniyle yapıldığını Burak Bey ve Cihat Bey şu şekilde açıklamıştır:

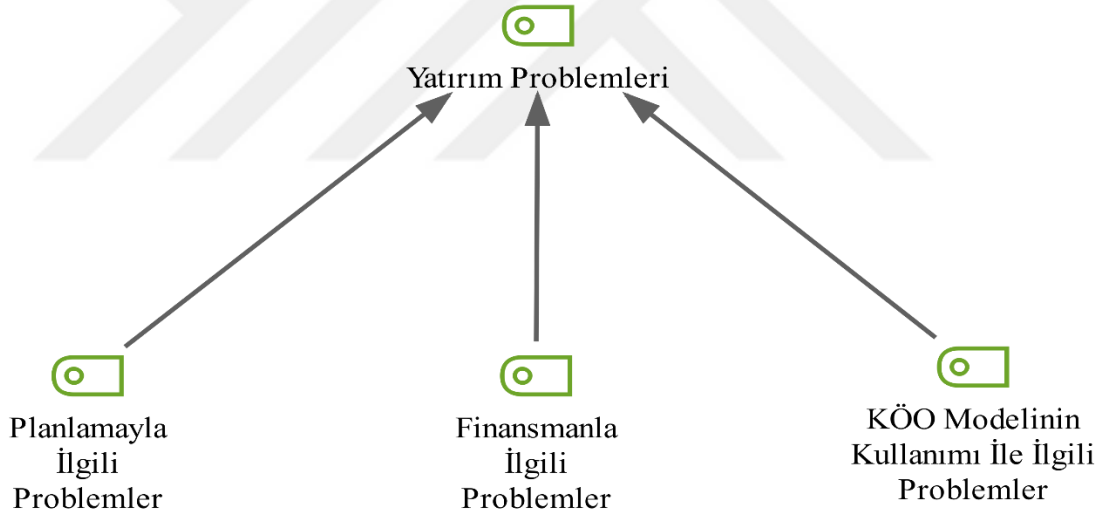
İnsanlara en iyi hizmeti sunabilmek için en iyi şartları da sağlamak gerekiyor. Bunun için de **bir finansmana ihtiyaç var**. Böyle bir yapıyı ortaya koyuyorsanız ve bu arada da yapacağınız yapıyla şuan ömrünü tamamlamış hastaneleri de bu dönüşümün içerisine dâhil etmek istiyorsanız bunu farklı yöntemlerle yapmanız gerekiyor. Bunun için de kamu özel ortaklığı esasında **bir finansman modelidir**, işletme modelidir. Ve mevcut durumda da bizim ülkemiz **bu yöntemi tercih ederek** toplamda 10 tane hastaneyi yaptı, bir 10 hastanede şuan inşaat halinde devam ediyor. (...) Nitelikli yatak dediğimiz, sağlık uygulamacılarının da bilmiş olduğu bir nitelikli yatak kapasitesine kavuşmuş olacak. İşte bunu da doğru şekilde yönetebilmek, **doğru şekilde finansmanı sağlamak gerekiyordu**. Burada da kamu özel ortaklığı modeli tercih edildi. (...) Bu sonuçta bir ülkeye finansman yatırımında desteklemek veya **finansman kaynağı sağlamak** noktasını da taşır kendi içerisinde. İşte şehir hastane projeleriyle **dış finansman kullanımı noktasında da yurtdışından finans kaynakları sağlanmıştır** (Burak Bey, Uzman).

Temel ihtiyacın şehir hastaneleri oluşumunun temel ihtiyacının **finansman modeli** ile ilişkili olduğunu düşünüyorum (Cihat Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak üç temadan oluşan bu kısımda şehir hastanelerinin yatırım gerekçeleri ifade edilmiştir. Yatırım ihtiyacı gerekçelerini katılımcılar hastanelerin eskidiğini dolayısıyla yeni tesislere ihtiyacın olduğunu vurgulamışlardır. Diğer taraftan şehir hastanelerin yatırımını katılımcılar politik ve ekonomik gerekçeler olarak ele almışlardır. Ekonomik gerekçelerde şehir hastanelerinin yatırımlarını finansman ihtiyacından dolayı tercih edildiğini aynı zamanda bu tercihin siyasi nedenlerle olduğu dile getirilmiştir.

4.1.2. Şehir Hastanelerinin Yatırım Problemleri

“Yatırım Problemleri” üst teması içerisinde; “Planlamayla İlgili Problemler”, Finansmanla İlgili Problemler” ve “KÖO Modelinin Kullanımı ile İlgili Problemler” şeklinde alt temalar yer almaktadır. Bunlar Şekil 4.4’teki gibi gösterilmektedir.



Şekil 4.4. Şehir Hastanelerinin Yatırım Problemleri Kavram Haritası

4.1.2.1. Planlamayla İlgili Sorunlar

Planlamayla ilgili sorunlara dair katılımcılar şehir hastanelerinin yanlış yer seçimi ya da kuruluş yeri problemi, insan kaynakları ile ilgili sorunlar, kampüs yapısı, fizibilite eksikliği, pilot projenin olmaması, ihalelerle ilgili sıkıntılar ve proje yapım ölçütlerine uyulmadığı gibi konulara değinmişlerdir.

Hamit Bey, Yavuz Bey ve Mehmet Bey şehir hastanelerinin yer seçimleriyle ilgili şu ifadeleri kullanmışlardır:

Şehir hastaneleri **planlı yapılmadı. Yer seçimleri kötü yapıldı.** İlk defa bu işin başı **planlı olmadı** (Hamit Bey, Akademisyen).

Biliyorsunuz hastane dediğiniz şey sadece bir binadan ibaret değil, hastane kentin en yaşayan yerleri. İnsanların gittiği-geldiği, çevre esnafının ona göre düzenlendiği. Eczanesinin, otelinin, taksi duraklarının, aklınıza gelebilecek tıbbi malzeme satan yerler, sağlık personelinin oturduğu yerler. (...) Kentin ona göre planlanması gerektiği yerler. **Oysa böyle planlanmamış ve buna dair ciddi problemler ortaya çıkıyor.** Ankara'daki şehir hastanesi nedeniyle ODTÜ ormanı katledildi biliyorsunuz geçen yıl. Bu medyaya da yansıdı, ciddi problemler ortaya çıktı. (...) Yani sayfaları çevirdikçe başka problemlerle karşı karşıya kaldığımız ve **yeterince planlanmayan, yeterince üzerinde durulmadan adımlar atıldığı ortaya çıkıyor** (Yavuz Bey, Hekim).

Yatırımlar bence şöyle bir ihtiyaç olan yerde olmalıydı. **Sanki ihtiyaç iyi tespit edilmemiş öncelikle.** (...) Tabi şimdi haritada şuanda mevcut açık şehir hastanelerinin renklerini verseniz haritaya çok orantısız yani. Kayseri, Adana, Mersin, Yozgat bunun dördü komşu değil mi neredeyse. Elazığ'ı da sayın. Elazığ da çok uzakta değil. Ankara'yı da sayın. Yani demek istediğim hep toplanma yerlerine bakın 6 tanesini saydım ve birbirine çok yakın. Yani şimdi **Türkiye geneli olarak planlanması lazım.** Yani şey değil, açılış zamanları iyi planlanmamış. **Yani belli bölgelerde kalmış** (Mehmet Bey, Uzman).

Halil Bey insan kaynağı ile ilgili problemi şu şekilde vurgulamıştır:

İşte insan kaynağı açısından da çok yanlışlar var. Biraz evvel ben size tıbbi cihaz olarak anlattım, birisi insan kaynağı olarak. Fizik tedavi hizmeti alıyorsun, e fizik tedavi fizyoterapistlerin ne işi var orada. Ne işi var? **Olmayan yerlere gönderin.** İhtiyaç olan yerlere gönderin, başka yerlerde değerlendirin. **Yani atıl kalmış şuanda orada personel var.**

Yavuz Bey ve Pakize Hanım şehir hastanelerinin yatak sayıları (büyüklük) ve kampüs yapısının yanlışlığını vurgulamışlardır:

Yeni hastane yapılması konusunda da ihtiyaçlarımızın olduğu belli ancak biz hep yeni hastane yapılmasını mevcut hastanelerimiz korunarak, bilimsel gerçeklere uygun yani **yatak sayıları ve diğer parametreler açısından bilimsel gerçeklere uygun, kentin dokusu korunarak kente zarar vermeden, hastaların kolay erişebileceği ve sağlık hizmeti alacağı biçimde kurgulanmasını ve kuşkusuz torunlarımızı bile borçlandıran bir finansman modeliyle değil** (Yavuz Bey, Hekim).

Yani yeni tesise ihtiyaç vardı ama **böyle şehir yani kampüs şeklinde bu kadar devasa tesislere ihtiyaç yoktu.** Bu yanlış oldu bence. Oda ölçek ekonomisi falan dendi **ama yani yanlış** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şehir hastaneleri yatırımlarının fizibiliteleri ile ilgili problemlere dair bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Sağlık kurumlarında uygulanan bu modelin bizde **çok büyük kampüsler halinde uygulanması** ve sen de farkındasın kamuoyunu bilgilendirmeden, **yeterli analizlerin**

yapılıp yapılmadığından kamuoyu emin olmadan yapılması bir dezavantajdı (Pakize Hanım, Akademisyen).

Bir defa ben söze inanırım. Şu söze inanmayan birisiyim; kervan yolda dizilir. Bu çok yanlış bir şey yani bu **AR-Ge yok demek. Yani bu Ar-Ge'yi çöpe atar.** Ar-Ge'yi çöpe atmakta üniversitelerde en olmayacak şeydir. Şimdi kervan yolda dizilirden ziyade ben şundan yanayım; bu süreçten sonra zararın neresinden dönülse kardır. Yani bu olmalı. Biz hata yaptık kabul etmeliyiz. Kabul etme yapılamıyor işte (Mehmet Bey, Uzman).

Birincisi 2014 yılında yayınlanan bir Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu var. O raporda genel olarak **Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Projelerinin fizibiliteilerinin iyi yapılmadığı söyleniyor** yani başarısız olduğu söyleniyor. **Fizibiliteelerde çok esnek ve açık noktalar yaratıldığı söyleniyor.** Oradaki resmi görevliler söylüyor. Özel İhtisas Komisyonu Raporu bu işin uygulamacılarının yazdığı bir rapordur. Bürokratların, bankacıların, uygulamacıların, hukukçuların bir araya gelerek yazdıkları bir rapordur. Çok filtreden geçerek yazılmış bir rapordur (Umur Bey, Akademisyen).

Yani 4.5-5 milyon fazladan yatırım yaptırsaydınız o camları panel yapsaydı, elektrik bedavaya gelirdi. Çukurova’da yaşıyorsunuz. Düşünün, ben bu Adana’da 15 dakika güneş görsün 1 gün sıcak su kullanıyorum. Yani o kadar net. **Yatırımlarda da yanlış var** (Halil Bey, Yönetici).

Yatırım Daire Başkanlığı bu hastaneleri planlarken bence **fizibiliteilerini daha iyi yapmaları gerekirdi.** Tüm şirketler sonuçta para kazanmak için bu işi yapıyorlar. O yüzden 25 yıllık yatırımı en az 5 en fazla 10 yıl içinde çıkarmak isteyeceklerdir. Şimdi açılan bir X hastanesinin atık hizmetinden bahsedelim. Geçen Sayıştay raporlarında yansıdı. X hastanesinde ilk açılanlardan atık hizmetlerini 10 liraya alırken en son açılan hastanede bunu 2.5 liraya alıyor. Zaman geçiyor, enflasyon var. Alınan hizmetin rakamının git gide artması gerekiyor. Aslında ilk hastanede 2.5 liraya alınması gerekirdi. Şuan 10 liraya alması gerekir. Ama durum bunun tam tersi işliyor (Burhan Bey, Yönetici).

Pilot proje uygulamasının eksikliğini Umur Bey şu ifadelerle vurgulamaktadır.

Kesinlikle doğru model ancak **pilot uygulama sonrası yaygınlaştırılması, kamu insan kaynağının ve yereldeki ihtiyaçların doğru planlanması sonrası hızlı ve etkin sonuç alınabilirdi.** Bilgi kirliliğinin önüne geçilmesi de birçok sorunu doğmadan çözecektir. (...) Bir de şöyle yapılmaz **dünyada da böyledir yani, 30 tane hastaneye birden başlanmaz. Bir tane pilot model seçersiniz.** Onu bir yaparsınız, bozarsınız, kırsınız, çarparsınız, yeniden tamir edersiniz, bir usta çağırırsınız, bir daha olur bir daha olur öğrenirsiniz. Ben bu işi öğrendim dersiniz ikinciye yaparsınız. Ondan sonra üçüncüde ilk ikisindeki hatalarınızdan ders alırsınız, üçüncüyü de anca öyle yaparsınız. Ben de size o zaman bir şey demem dışarıdan. Dersiniz ki, daha önce böyle bir iş mi yaptık kardeşim ilk defa yapıyoruz. Birincide bu kadar da hata olsun dersiniz. Bende sizi hoş görürüm, haddini biliyor derim. (...) Bilmediğin bir işe kalkışıyorsun, kendin söylüyorsun yani ilk ve tek diyorsun. O nedenle bunun böyle şey olarak, **pilot projeler seçilerek, daha ufak projeler olarak yapılsaydı** bu modelle yapılmasında bir mahsuru yoktu (Umur Bey, Akademisyen).

Çiğdem Hanım ve İrfan Bey şehir hastanelerinin ihaleleri ile ilgili şu ifadelerde bulunmuşlardır:

Sağlık Bakanlığı Türkiye'nin en çok ihale yapan ve en eski kurumu. Yani 1926 Sağlık Bakanlığının kuruluşu. En çok ihale yapan kurum. Yani bu konuda ihale yapmaları ile ilgili bir şey yok. Ama onlar normal hizmet alma, mal alma ihalesini biliyorlar. Bu başka bir modeldir. **Bu başka model için hazırlanmadılar.** Birim olarak hazırlanmadılar ve bu hazırlıksızlığın **ben uzun vadede çok büyük sancısını çekeceğimizi düşünüyorum** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sayıştay raporlarına da yansıdığı gibi, ihale bedelleri ile proje tamamlama bedelleri arasındaki farklar, projede yer alan bölümlerin inşa edilmemesi, sözleşmede yer alan tıbbi cihazların firma tarafından alınmaması, tersine projede bulunmayan ve hizmete sokulmamış olan kimi bölümlerin hizmete sokulmuş gibi parasının tahsil edilmesi, yatırımcı şirketlerin ödemesi gereken damga vergilerinin Bakanlığa yüklenmesi gibi, usulsüzlük-yolsuzluk kapsamına alınması gereken sorunlar vardır (İrfan Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri modelinin Türkiye gerçeğine uymadığını Çiğdem Hanım ve Kasım Bey şu yorumlarıyla anlatmaktadırlar:

Fakat her şeye rağmen, İngiltere'de de ciddi bir yoksulluk olmamasına rağmen yine de gelir düzeyi farkı açısından düşünürseniz, sigortalılık açısından düşünürseniz **Türkiye'nin kendi sosyal güvenlik gerçeğine uymadan oluşturulmuş bence bu yapı.** Yani Türkiye'de şu anda 9 milyonun üzerinde insan Bağ-Kur'lu prim borçlusu. Bu teknik olarak sağlık hizmeti alamaması anlamına gelir. Türkiye'nin çalışan nüfusunun %40'ı kayıt dışı. Bağ-Kur'luların nüfusu bu kadarken bakmakla yükümlü olduklarıyla birlikte düşünün bunu, 9 milyona yakın yeşil kartlı var Türkiye'de. Yani bizim sosyal güvenlik havuzumuz ve çalışan insanın ortalamasının geliri aslında **böyle bir finansman modeli seçilerek sağlık hizmetini finanse edecek durumda değiliz biz.** Yani **bu model çok para istiyor ve Türkiye bu kadar parayı üretemiyor aslında** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Bilim insanıysak kanıta ve bilgiye dayalı konuşmamız lazım. Mesela birileri çıkıyor diyor ki harika projeler. Ben 10 tanesinden 8 tanesini gittim yerinde gördüm gezdim. Bina olarak bakıldığında tabii ki yeni bina ve güzel buna kim itiraz edebilir. Ama bina olarak bakıldığında ben hep aynı örneği veriyorum. Mesela biz diyelim ki orta sınıf insanlarız. Aylık gelirimiz 5000 TL olsun. Bir ev alacağız. Aylık geliri 5000 TL olan bir insan. 2000 metre kapalı alanı olan 10 dönümlük bir ev almak için uğraşır ve bunun için borca girerse birileri de buna tamam ben sana bu 10 dönümlük yeri vereyim 2000 metrekare kapalı alanı olsun. Sen 25 sene borçlan diye kapıyı açıyorsa bilelim ki bu kişinin ya anasından babasından miras kalacağına bildikleri içindir ya başka bir mesele içindir. Yoksa kimse bize bu kapıyı açmaz. Bir de şimdi 5000 lira para kazanıyorsun 2000 metrekare kapalı olan bir eve gireceksin. Diyelim ki 2 de çocuğun var. Dört kişilik bir ailesin. Nasıl ısıtıcın, nasıl soğutucın, nasıl temizleyecen, nasıl gidip gelicen gerek var mı? 2000 metrekare bir yere gideceğine 100 metrekare bir evin olsun. Giderlerini karşıla, o kadar borçlanma paramı akılcı kullan. Birde elinde bir ev varsa o evi iyi hale getirmek dururken yeni bir gideceğim diye uğraşıyorsun da o evdeki eşyalarla tamamen bırakıp paran olmadığı halde bir de borçlanarak o büyük eve gidip devasa eşyalar alıp. Bir de onun için borçlanacaksın. **Burada bir tuhaflık var** (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir Hastanelerinin yatırımlarında proje yapım ölçütlerine uyulmadığına dair Çiğdem Hanım ve Umur Bey'in söylemleri şu şekildedir:

Dünya Bankasının kamu-özel ortaklığı ve uygulamalarıyla ilgili çevresel sosyal etki değerlendirme kriterlerinin değiştiğini ve Türkiye’den hazırlanan bütün bu dokümanlarında aslında **kriterlere uymadığını da biliyoruz**. Avrupa Yatırım Bankasının fonlama **kriterlerine de uymuyor Türkiye’de yapılan işler**. **Etkili ve verimlilik noktasında paranın değeri, analizi yapılmış, fizibilitesi yapılmış çalışmalar değil bunlar**. Sağlık Bakanlığının yaptığı **hiçbir fizibilite çalışması uluslararası paranın değeri ve analizi ölçütlerine uymuyor**. Dosyanın içine geldiği için söylüyorum bunu. Dolar kuru öngörüsü 1.5 lira ve hiçbir kötü senaryo yok. Uluslararası paranın değeri analizi yani Dünya Bankası’nın, IMF’nin, OECD’nin vesairenin paranın değeri analizi nasıl yapılır, fizibilite raporu nasıl hazırlanır, çevresel sosyal etki değerlendirme çalışması nasıl yapılır, **ölçütlerin hiçbirine uymuyor Türkiye’deki yapılan çalışmalar** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Türkiye’de resmi olarak ayrıntılı bir fizibilite hazırlanmasını isteyen bir mevzuat var. Hem şehir hastanesi kanunu’nda var hem Genel Yapı İşlet Devlet Kanunu’nun 2. Bakanlar Kurulu Kararı’nda var uygulamaya yönelik. Orada diyor ki; fizibilite raporları ayrıntılı, ekonomik, mali, finansal, hukuki, çevresel, sosyal değerlendirmeler yapılır ve Kamu Özel İşbirliği Projesi geleneksel proje ile karşılaştırılarak buna uygulamada Public Sector Comperator (Kamu Kesimi Karşılaştırmacısı) diyorlar paranın değeri analiz yapılır. Hangisiyle daha etkin yapılacaksa ona karar verilir. Mutlaka bu modelle yapılacak diye bir kural yok diyor. Sonra banka, dünya bankası bunu soruyor bu böyle mi diyor evet böyle diyorlar. **Peki, finansal analizle ilgili ayrıntılı bir metodolojiniz var mı? Yok. Ekonomik analizle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Sosyal analizle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Risk analiziyle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Şimdi bu metodolojiler yoksa bu fizibilite çalışması yapılabilir mi? Yapılamaz.** Metodoloji olmadan yapılmaz. **O da bu işin iyi olmadığını söylüyor** (Umur Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak, şehir hastanelerinde proje yapım ölçütlerine uyulmadığı, pilot proje uygulamasının olmadan tüm projeler yatırıma dönüştürüldüğü, hastanelerin kuruluş yerlerinin iyi planlanmadığı ve fizibilitelerinin yeterince iyi yapılmadığı katılımcılar tarafından vurgulanmaktadır.

4.1.2.2. Finansmanla İlgili Problemler

Şehir hastaneleri yatırımlarında finansmanla ilgili problemler dile getirilirken “mali yük getirmesi”, “yüksek maliyet oluşturmaları”, “özel sektörün finansman maliyetinin daha yüksek olması”, “pahalı bir finans modeli olması” ve “dışsal maliyet oluşturmaları” gibi kodlar öne çıkmıştır.

Şehir hastanelerinin mali yük getirmesi ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıda gibidir.

Geçen yılda yayınlanan, internetlerde erişebilirsiniz Avrupa Birliği Sayıştay’ı diyebileceğimiz bir kurum var. Avrupa Birliği ülkelerindeki kamu-özel işbirliğini değerlendirme raporu yayınladı. 2018 yılında bilmiyorum görme şansınız oldu mu? Orada bu tespitler ciddi biçimde yer alıyor. Burada **kamu yararının oluşmadığı, ciddi borç yükünün oluştuğu ve bu modelle yatırım yapılacaksa çok dikkatli davranılması**

gerektiği diplomatik bir dille o rapora yansımış durumda. Türkiye'deki Kalkınma Bakanlığı raporlarına da bakarsanız orada da göreceksiniz aslında Avrupa Birliği ülkelerinin ciddi biçimde kamu-özel işbirliğinden uzaklaştığını. Türkiye'de ise özellikle 2010 yılından itibaren ciddi biçimde burada bir artış görüldüğünü de göreceksiniz (Yavuz Bey, Hekim).

Model olarak doğru bir tercih miydi? Kısmi olarak evet, kısmi olarak hayır denilebilecek bir şey. **Ekonomik bağlayıcılıklar açısından değerlendirecek olursak da olumsuz kanaat bildirebileceğimiz bir yapı haline geliyor.** Finans tarafında olumsuz model belirtmemin sebebi de şu; çünkü bu bir dış borçlanma içeren bir alan. Bizim ülkemizin ekonomisinin stabil olmaması bizi finans riskleri açısından **çok ciddi yükümlülükler altında bırakabileceği** için veya bu yönüyle baktığımız zaman olumsuz değerlendirebiliriz (Burak Bey, Uzman).

Dolayısıyla özellikle **şehir hastanelerinin finansman açısından çok önemli dezavantajları olduğunu, sağlık harcamalarına, sağlık bütçesine çok büyük yükler getireceğini ve getirmekte olduğunu da görüyoruz.** Bilkent şehir hastanesi için 25 yıllık yapılacak ödeme miktarına baktığınızda bunu zaten rahatlıkla görebiliyorsunuz. İşte hasta odalarının bilmem kaç metrekare olması bize çok büyük alanlar inşa edilmesi maliyetleri de ve işletme maliyetlerini de arttıran bir unsur. Çünkü bina yapımı bittikten sonra bir de oraların işletilmesi söz konusu. Bunlar sadece inşa etmekle bitmiyor sizin **bütçenize mali yükler getiriyor.** Zaten firmaya kira ödüyorsunuz. Kendi arazinize yaptırdığınız bina için kira diyorsunuz. Bunlar size aslında başka etkin programlara harcayacağınız paraları o hastaneye, o yatırıma ve şehir hastanelerine akıtmak demek. Dolayısıyla şehir hastanelerini başta da söylediğim gibi sağlık hizmetlerinin bütünü içerisinde görmek gerekir (Cihat Bey, Akademisyen).

Biz çünkü hani 10 milyarlık bir yatırıma karşılık Kalkınma Bakanlığı 30 milyar dolar ödeme yapılacağını söylemişti 18 şehir hastanesi için. Şimdi 60 milyar olarak bunu düşünebilirdik şehir hastanelerinin tümü için. Dün 140 milyar dolarlardan söz edildi, 140 milyar dolarlardan söz edildi. **Yani bu taşınabilir bir maliyet yükü değil** (Ali Bey, Akademisyen).

Evet, güzel teknolojiyi getirdi ama **devlete de mali bir yük getirdi.** Bu da benim gördüğüm en kötü yönlerden bir tanesi (Halil Bey, Yönetici).

Şehir hastanesi yatırımlarının yüksek maliyet oluşturması ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Hani kamuoyunu ikna etmek için şey dendi biliyorsun daha maliyeti düşük olacak bunların, maliyet avantajlı olacak dendi, ölçek ekonomisinden yararlanılacak dendi ama hepimiz biliyoruz ki işte bir süre **sonra kepçe taşınca yağın hesabı sorulmaz. Yani şu anda kepçe taşı mesela.** Oturup kimse hesap bile yapamıyor bak Sayıştay raporu ne diyor; **muhasebe kayıtları bile tutulamıyor diyor.** Şu anda **kayıbı bile tespit edemiyorsun.** Dolayısıyla bin düşünüp bir yapmak gerekiyordu (Pakize Hanım, Akademisyen).

Ben özellikle **yüksek maliyetten biraz vurgu yapmak isterim....**Oysa gelinen noktada gördüğümüz temel mesele şu; bu hastanelerin kamunun eliyle yaptırılamayacağı iddiası tamamen boşa düşmüştür. Sağlık hizmeti sunumunun ihaleyi alan şirketler tarafından ayrıca sunulması başka bir bağlam üzerinden değerlendirilmeli. Ama bu ilk yani bizim yeterince paramız yok o yüzden özel sektör desteği almak zorundayız. İddiasının nasıl

boşa düştüğünü inceleyelim. Şöyle ki biliyorsun Kalkınma Bakanlığı 2016 yılında bir rapor yayınladı. Devletin resmi raporuna göre Türkiye'deki Şehir hastaneleri projelerinin maliyeti yaklaşık 10 milyar dolar. Bunlara yalnızca kira olarak verilecek rakam 30 milyar dolar olarak açıklandı. Bizim iktisatçı hocalarımızla birlikte yaptığımız çalışmalar. Bu rakamın 50 milyar üstünde olacağına ilişkin de bir kaç hafta önce Ankara'da katıldığı bir toplantıda ki senin tezin bitmeden bunun kitabı da çıkar. O kitapta da göreceksin. Bunun maliyetinin 63 milyar dolar olarak hesaplandığına ilişkin bazı akademisyenlerin İktisat profesörlerinden söz ediyorum iddiaları da var. **Dolayısıyla 10 koy 60 al meselesine girmiş olduk.** Biraz daha somutlayalım. Bursa'dan örnek vereyim ben sana. Şimdi Bursa Şehir Hastanesi işte geçtiğimiz Temmuz ayında açıldı. Bursa şehir Hastanesi'ni ihalesini alan Rönesans grubunun yatırım desteğini veren Avrupa Yatırım Bankasının resmi açıklamalarına göre maliyeti 500 milyon Euro'nun üstünde. Bugünkü kurla aşağı yukarı 3.2 milyar TL'ye denk geliyor. Bunların belgelerini istersen ben sana gönderebilirim. Sen de erişebilirsin Avrupa Yatırım Bankasının sayfasına gir göreceksin. Şimdi bak Bursa ŞH 1355 yataklı maliyet olarak açıklanan rakam 3.2 milyar TL. Bursa'da klasik yöntemle iki tane daha devlet hastanesi ihale edilmiş durumda. Biri 750 yataklı Ali Osman Sönmez Devlet Hastanesi, Bursayı bilmezsin ama şimdi Bursa yeni stadyumun yanında Acemler'de yapılacak biri de 600 yataklı Yıldırım'da benim eskiden mezun oldum Tıp Fakültesi Hastanesi'nin yıkılmasından sonra oraya yapılacak Yıldırım Devlet Hastanesi. 750 yatak 600 yatak daha ne yapıyor 1350 yatak. Bursa Şehir Hastanesi yatak sayısı kaç 1355 arada 5 yatak fark var. Şimdi bu iki hastanenin toplam ihale bedeli 500 milyon liranın biraz üstünde. İki hastanenin bedelinin Bursa Şehir Hastanesi nerede ise dokuzda birine aynı yatak sayısı olmak koşuluyla denk geldiğini görüyoruz. Bizim hesaplarımıza göre Bursa Şehir Hastanesinin aylık güncel kirası açıklanmadığı için bunlar biraz yalnızca tahminlere dayanıyor. Ama istatistik tahminler özellikle Bakanlığın her yıl için ayırdığı yatak sayısına göre kira ve hizmet bedellerinden yola çıkarak söylüyoruz. Aşağı yukarı Bursa Şehir Hastanesinin yıllık kirasını 350 milyon liradan fazla olması tahmin ediliyor bir yıllık. Ama az önce söylediğim iki hastanenin toplam maliyeti Bursa Şehir hastanesinin kabaca 20 aylık kirasına eşit. Şimdi buradaki temel soru şu? İki yıllık kirasıyla tamamını yaptırabileceğin bir kurum elinin altında dururken klasik ihale yöntemiyle. Sen neden 25 yıl kira vererek böyle bir yöntemi tercih ediyorsun. Buraya kadar ki konuşmamızı şunun için yapmış oldum. Bize başlangıçta yeterince paramız yok o yüzden bunları yaptırıyoruz denmesinin doğru olmadığını hayatta karşılığının olmadığını anlatmak için. **Çünkü sen zaten 2 yıllık kiranla buna sahip olabileceksin. Dolayısıyla böyle bir bütçesizlikten söz etmen doğru değil** (Kasım Bey, Akademisyen).

Kesinlikle benim şahsi fikrim bana göre yanlış. Samimiyetle söylüyorum. Şehir hastanesine ödediğim hadi hizmetleri de unutun, **kira bedelleriyle kaç tane hastane yapılırdı bir istatistikçiler baksın.** Sadece bir hastaneye aynı hastaneden kaç yataklı kaç hastane yapılır. Hizmet ödemeleri hariç, sadece kira bedelleriyle. (...) Yani şöyle çok net, basit söyleyeyim. Günlük hesaplayın. Minimum 1.5 milyondan hesaplayın. Yani şimdi onu vurursak 365 günden. Yaklaşık 2 milyon şuanda ortalamış diyeyim yani asgari ücret artışlarıyla 2 milyon lira koyun ne yapar 750 milyon. 750 milyonla ne yaparsınız ben size söyleyeyim; minimum biner yataklı 4 tane hastane yaparsınız. Biner yataklı olamasa da, her yatağa şöyle düşünün alet, edevat, mefruşatı da dâhil olarak düşünün 1000 Euro'ya denk gelse. Bin yataklı bir tane hastane yaparsınız her yıl için. 1000 Euro'dan hesaplayın her metrekaresini. Her yatağı metrekaresi olarak hesaplayın, her şeyi hesaplayın. Ortaya çıkacak yani korkunç şeyler çıkar, ortaya bana göre. **Tekrar edeyim; 1 yıllık hizmet artı kira bedelleri karşılığı her yıl en az 2 tane ilin sağlık yatak sorunu çözülür. Yani net.** (...) Türkiye'mizi söylüyorum. Telefon çöplüğü, bilgisayar çöplüğü şimdi de tıbbi cihaz çöplüğü. Evet, teknoloji yenilenecekti. Buda yeni imkânlarla elde edilecektir. Bunu devlet yapamaz mıydı? Çok da güzel yapardı ve yaptı, geçmiş dönemde yaptı. 17-18 yıl önce

Osmaniye, Kırıkkale anahtar teslimi hastane yaptı. 1 yılda yaptı. Osmaniye'yi 1.5 yılda yaptı. Adana'ya 2 yılda, Kırıkkale'ye 2 yılda yaptı. Anahtar teslimiydi, her şey içindeydi. Masa, sandalyeden tut MR, tomografisine kadar. Yani bu tecrübesi var devletin. Rakamlar ortada yani. **Belki magazinde veya şurada duyduklarınız hayal değil** (Halil Bey, Yönetici).

Çiğdem Hanım şehir hastaneleri yatırımlarında özel sektörün finansman maliyetinin daha yüksek olmasını şu ifadesiyle vurgulamıştır:

Finansman modeli olarak da kamu zararına neden olduğu ve maliyetleri arttırmakla birlikte zaten finansman nedeniyle şiştiği ve **özel sektör üzerinden borçlanıldığı için de devlet borçlanmasına göre kat ve kat fazla borç yarattı**. Ve şirketler yararına oluşturulan boşluklar nedeniyle de buranın hem kötüye kullanmaya hem de işlevsizleşmeye mahkûm olduğunu düşünüyorum ben (Çiğdem Hanım, Avukat).

İrfan Bey Şehir hastaneleri yatırımlarını pahalı bir finansman modeli olduğun şu şekilde dile getirmiştir.

Şehir hastaneciliği hastane yatırımının en pahalı yoludur. Boşuna harcamadır. Bu iş çok daha ucuza kamu eliyle gerçekleştirilebilir, ama o durumda şüphesiz şirketler para kazanamamış olur (İrfan Bey, Akademisyen).

Yavuz Bey şehir hastaneleri yatırımlarının dışsal maliyetler oluşturmasını şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Finansman modeliyle ilgili çok çarpıcı bir şey daha size söylemek istiyorum. Geçtiğimiz yine aralık-ocak aylarında Ankara Büyük Şehir Belediye Başkanı'nın açıklaması yansımıştı medyaya. Bakın Ankara'da şehir hastanesi açılırken oraya nasıl erişilebileceği ciddi bir problem olarak ortaya çıktı ve **yeni yollar, yeni köprülülük kavşaklar, katlı kavşaklar yapılması gerekti**. **Ankara Şehir Hastanesi için belediye başkanı 800 milyon lira yollar için harcadığını söyledi**. Bakın bir hastaneye yol için siz 800 milyon lira para harcıyorsunuz. **Yani öbür 52 milyon liraya 300 yataklı hastane yaptık sözüne dönersek 16 tane 300 yataklı hastanenin parasını sadece siz o hastaneye yol yapmak için harcıyorsunuz**. Rakamlara baktıkça hakikaten insanın içini sızlatan bir tabloyle karşı karşıyayız. **Daha doğru yatırımlar yapılabileceğini buralardan görebiliyoruz. Bunun hani akıllıca bir yatırım olmadığı görülüyor bu tablolardan** (Yavuz Bey, Hekim).

Sonuç olarak, şehir hastanelerinin yatırımlarıyla ilgili finansman kaygıları dile getirilmiştir. Hastanelerin yüksek maliyetli yapılması, yüksek kira ve kullanım giderlerinin olması sebebiyle mali yük getireceği vurgulanmaktadır. Bunun yanında pahalı bir model tercih edilerek yatırımların yanlış olduğu yönünde çıkarımlarda bulunulabilir.

4.1.2.3. KÖO Modelinin Kullanımı İle İlgili Problemler

Bu kısımda şehir hastaneleri yatırımları ile ilgili “doğru bir yatırım modeli olmadığı”, “rant sağlanması”, “kaynakların israf edilmesi”, “büyük ölçekli yapıların olması”, “temel yatırım tutarının kısa sürede karşılanması”, “kamu yararı sağlamadığı” ve “yatırım sorunsalı” gibi kodlar öne çıkmıştır. Katılımcılar şehir hastanelerinin yatırımlarında KÖO modelinin kullanmasından kaynaklı problemler olduğunu dile getirmişlerdir.

Şehir hastaneleri yatırımları ilgili bazı katılımcıların doğru bir yatırım modeli olmadığını ifade eden görüşleri aşağıdaki gibidir:

Kamu özel ortaklığı bana zaten çok anlamlı gelmiyor. Yani şehir hastaneleri ilk başta hani beni en çok sevmediğim tarafı o oldu. Yani kamu özel ortaklığının olmasıdır. **Kamu özel ortaklığı olunca özel sektör sürekli kar baskısı ile işte kamunun üzerinde baskı yaratıyor** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Ülke yapabiliirdi. Belki işte birden 10 tane yapılmazdı da atıyorum işte 5 tane yapılırdı, zamana yayılırdı, iyi bir planlama yapılırdı, **kamunun kaynakları kullanılabilirdi**. Kamu borçlanması biliyorsun daha ucuz bir borçlanmadır. Yani hani borçlanıyoruz bir şekilde zaten başka finans kuruluşlarına hani ülkece sürekli borçlanıyoruz biraz da bunun için borçlanırdık yani (Pakize Hanım, Akademisyen).

Bununla ilgili hakikaten çok makaleler yazdık. **Doğru bir yatırım modeli olmadığı konusunda bizim ciddi tespitlerimiz var. (...) Doğru bir finansman modeli olmadığı ve kamu zararı ortaya çıkardığı açıktır.** Dolayısıyla buranın sürdürülebilirliği ülkenin zenginliğine ve başka yerden aktarılabilecek kaynaklara bağlı, öyle gözüküyor. Hastanelerin kendi döner sermayeleriyle, kendi gelirleriyle bu paraları ödemesine imkânı olmadığı çok açık (Yavuz Bey, Hekim).

Kamu özel ortaklığı finansman yönetiminin sağlık hizmetini kullanmasının hiçbir makul, mantıklı açıklamasını bugüne kadar yapmadılar. Kamu görevlileriyle yapacaksınız, sağlık hizmeti temeldir yani. Temel hizmeti anayasanın 128’ine göre kamu görevlileriyle, devlet memurlarıyla yapacaksınız ve sabit sermaye yatırımı olarak bütçeden yapacaksınız. Bütçeden sağlayacaksınız sağlık hizmetini. Yani burada çok uzun uzadıya konuşulacak bir şey yok bence (Çiğdem Hanım, Avukat).

O zaman biz bu işi niye yaptık? Yani sağlık hastanesi yeni, ha bizim elimiz şu denilebilir; bizim elimizdeki hastane stoku bina olarak, kapasite olarak yetersizdir. Bunun için yenisini yapmak, yenisini yaparken de özel sektörden mümkün olduğunca faydalanmak istedik. Bu gerekçenin bir makul tarafı var denilebilir. **Ama bu makul gerekçe bu şimdiki yöntemle mi yapılır?** Ben size örneğini söyleyeyim. Yeni bina yapmak istiyorsak devletin koca Türkiye Cumhuriyetinin 10 tane sağlık binası yapmaya, eğer tesislerini bir tarafa koyuyorsak yani ekipman o gelire göre daha pahalıya gelebilecek bir husustur, onu karıştırmayalım. Ama bina yapmak Türkiye Cumhuriyeti için hiç zor olmasa gerek. Dünya’nın 17. ekonomisiyiz diye övünüp 20 tane hastane binasını yapamıyoruz dersiniz veya yeri geldiği için söyleyeyim öğrenci yurtlarını yapamıyoruz dersiniz, gülünç düşersiniz ve kendi kendinizi naks edersiniz, çelişirsiniz (Selim Bey, Akademisyen).

Yanlış yatırım olarak değerlendiriyorum. Şimdi şöyle konuşalım. Türkiye'de kamu hastanelerinin özellikle bazı hastaneler bazında yenilenmesine ve bazı yerlerde ek yatak sağlamak için yeni hastanelerin yapılmasına ihtiyaç vardı. Örneğin Bursa'da Ben 10 yıl önce 1000 yataktan daha fazla Bursa'nın ek yatağa ihtiyacı var açıklamasını yapan kişiyim. Çünkü Bursa'da 10.000 kişi başına düşen yatak sayısı Türkiye ortalamasının bile altındaydı. Halen altında. Dolayısıyla ek yatağa ihtiyacımız var. Ve bazı hastanelerde eski yenilemeye ihtiyacımız var. O zaman bunları nasıl yapabiliriz. **Kamunun kaynaklarını kullanarak yapmak en doğrusudur** (Kasım Bey, Akademisyen).

Ben yanlış buluyorum. Şehir hastaneciliğini yanlış buluyorum (Halil Bey, Yönetici).

Ali Bey ve Kasım Bey şehir hastaneleri yatırımlarını rant bağlamında değerlendirerek şu cümleleri ifade etmişlerdir:

Şimdi böyle bakıldığı zaman bu kadar olumsuzluğu taşıyan bir hastane kime ne fayda sağlıyor. **İşte o zaman fayda sağladığı alan uluslararası finans çevreleri açıkçası. Ve bunlarla ilişki içerisinde olan şirketler.** Tabi bu sadece şeyle bitmiyor biliyorsunuz hani gittiğiniz zaman oranın yapısı da değişiyor, demokratik yapısı da değişiyor. Örneğin Elazığ'a gittiğimiz zaman orada bir anda yeni bir mekân. Onun etrafında dükkânlar oluşuyor. Bunlar eczane olarak kullanıyor, başka amaçlarla kullanılıyor, bir anda orası değerlendiriliyor, **yeni bir rant alanı oluşuyor. Şirketler hastane içindeki ve etrafındaki birçok yeri ayrıca ticari işletme olarak kullanıyorlar**, böyle bir hak da elde ediyorlar bu süreçte. Böyle baktığınız zaman tabi bunlar da pahalı şeyler. **Şimdi bu nedir? Yani sağlık alanında hangi ihtiyacı karşılıyor?** (Ali Bey, Akademisyen).

Burada bir art niyetin kötü niyet, birine para aktarma meselesi olduğundan da söz etmemiz gerekir. Şehir hastanelerinde de bu birilerine para aktarma sermayeye kaynak aktarma meseleye bağlamındaki sağlık alanında karşımıza çıkan problemlidir (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri yatırımların da bazı kalemlerde kaynakların israf edildiğine dair Halil Bey ve Adem Bey'in görüşleri şu şekildedir:

Dedim ben bu uzay üssü nedir. **Uzay üssü gibi her taraf ışıklandırılmış.** Çağırdım özel sektörün genel müdürünü dedim ki; hocam bir boş bir dolu yakacaksınız bu lambaları. Olmaz. Niye olmaz? Biz düz bağladık bu lambaları. Bir boş bir dolu olacak elektriği ben ödüyorum. Ama sen hastaneden reklam alıyorsun. Onu yaptırmak bile çok zor çünkü özel sektörde. **Adam diyor ki ben tekrar kablo çekeceğim. Aralara priz koyacağım, prizleri kapatacağım. Hikâye çok uzun. Başta planlamaları doğru yapmamışlar. Genelde nasıl gösteriş tam, icraat yok. Ben o taraftan bakıyorum. Net yani bu, gösteriş güzel** (Halil Bey, Yönetici).

Evet ben diğer şehir hastanesinde çalışan arkadaşlarla da görüşüyorum onlarda bir takım **malzemeler çok abartılı alınmış. Oda ayrı bir israf kaynağı.** Örneğin: bizim beyin cerrahisi olarak 4 tane odamız var. 4 tane odamızda mikroskop var. Hal bu ki biz her vakayı evet mikroskopu yoğun olarak kullanan bir kliniğiz. **Ama mikroskopu bize 2 tane mikroskop olsa bizim işimizi görür.** Çünkü mikroskop bir odadan bir odaya taşıyabiliyoruz. **Her odaya 4 tane mikroskop koyup aynı anda kullanmıyoruz zaten.** Hani böyle bir planlamada bu anlamda da hani bunu dediğiniz zaman eleştiride gelebilir kardeşim işte size yeni mikroskop alıyoruz. Buna da mı itiraz ediyorsunuz. İtirazım ona değil. İtirazım gereksiz hani bana sor. Ha bundan önce bize kamu hastaneleri birliği

bizden liste istedi cerrahi malzeme listesi biz abartmıyorum 3 kez liste verdik. Ama gelen malzemeler tamamen bizim isteğimizin dışında. Sağlık Bakanlığı Ankara’da kendi kafasından bir liste yapmış sana o listeyi gönderiyor. Bunun içinde mesela mikro cerrahi set yok. Ama bana en lazım olan şeylerden bir tanesi şey olarak bu hekim gözüyle (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanesinin yatırımları ile ilgili katılımcıların gözünden bir diğer problem ise büyük ölçekli yapıların olmasıdır. Bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bu kadar büyük hastaneler yapmanın sağlık hizmeti vermek açısından doğru bir model olmadığı o yönüyle de ortaya çıkıyor. O hastane bir biçimde aksarsa ortaya çıkacak sorunların öngöremediğimiz kadar büyüyebileceği ortaya çıkıyor. Ama hani ne yazık ki bütün itirazlarımıza rağmen **bu şekilde büyük hastaneler yapılıyor.** Dediğim gibi hani buradaki zarar nasıl minimize edebiliriz üzerine daha çok kafa yormamız, hep beraber daha çok kafa yormamız gerekiyor (Yavuz Bey, Hekim).

Bu modelle bu kadar büyük proje yapılmaz. Yapılmaz yani. Dünyanın hiçbir yerinde de yapılmaz. **Yapanların hepsi de başarısızdır.** Çünkü deminki anlattığım gerekçelerden. **Proje büyüdükçe karmaşıklık, sözleşme süresi uzadıkça belirsizlik artar.** Karmaşık ve belirsiz sözleşmelerin yazılması çok zordur. **Bu, uygulamada aksaklıklara neden olur.** Bu projelerin bir kere bu modelle ve bu büyüklükte yapılması büyük hataydı. Avrupa’da projelerin büyüklükleri, 100-200 milyon, biz de 600-700 milyon ortalama (Umur Bey, Akademisyen).

Bu yatırımları ben ölçeği bu kadar büyüterek, maliyetleri bu kadar büyüterek yapmazdım her şeyden önce. (...) Ama mevcut model tam tersine hastane odaklı bir yatırımı tercih ediyor **ve ölçeğin büyümesi maliyetleri artırıyor. İşte hasta odalarının bilmem kaç metrekaare olması bize çok büyük alanlar inşa edilmesi maliyetleri de ve işletme maliyetlerini de arttıran bir unsur** (Cihat Bey, Akademisyen).

Ancak binaların tasarımları daha minyatür ve daha butik olmasının yanında katılımcı projelendirmeye de verimliği ve beklenti daha iyi yükseltilebilirdi. (Hale Hanım, Yönetici).

Ali Bey şehir hastanelerinin temel yatırımlarının kısa sürede karşılanmasının bir problem olduğunu şu cümleleriyle ifade etmiştir.

Tabi bu sözleşmelerin yapılış biçimi, sözleşmelerde yer alan kira ve kullanım bedelleri ve hizmet bedelleri özellikle çarpıcı. Çünkü bizim daha şehir hastanelerinde henüz açılmadan önce bilgilere, demin sözünü etmiş olduğum davalardaki dosyalarda bilgiler şunu açık olarak göstermiştir; **çoğunda 3-4 senelik kira miktarlarıyla temel yatırım tutarı karşılanabiliyor.** Yani bu şu anlama geliyor; 25 yıllık bir kira ödemesi olduğunda sizin 20 yıl, 21 yıl bazen 22 yıl kira ödemeniz anlamına geliyor. **Yani 3 yılda karşılıyorsunuz geri kalan kira ödemesi. Bu bir problem olarak açıldıktan sonra daha net gözler önüne geldi.** Çünkü Sağlık Bakanlığı bütçe görüşmelerinde şehir hastaneleri için ne kadar bir para ayırdı bu bütçeden açıklandı doğal olarak. Hani demin söylemiştik ama tekrar altını çizmiş olalım. **Birkaç yıllık kirayla toplam temel yatırım tutarının karşılandığı durumlar sürdürülebilir olamaz.** Bunların bir an önce en azından zararın neresinden dönersek kardır düşüncesiyle durdurulması gerekiyor (Ali Bey, Akademisyen).

Yavuz Bey şehir hastaneleri yatırımlarının kamu yararı sağlamadığı şu cümlesiyle vurgulamıştır.

Pek çok iktisat yazınında hani benimde dışardan birisi olarak görebildiğim kadarıyla zaten bu kamu özel işbirliği bir özelleştirme modeli olarak da değerlendiriliyor. Yani dolayısıyla bunun pahalı bir finansman modeli olduğu, **kamu yararı sağlamadığı pek çok raporla ortaya konmuş durumda** (Yavuz Bey, Hekim).

Şehir hastanelerinin yatırımları ile ilgili bazı sorunsallar gündeme gelmektedir. Kamunun bu hastanelerin yatırımlarını bazı gerekçelerden dolayı KÖO modeliyle yaptırdığını açıklayan ifadelere yönelik bazı katılımcılar bunların aslında doğru bir gerekçe olmadığını aşağıdaki gibi yorumlamaktadır:

Bu kamu özel ortaklığı denilen isim daha önce yap-işlet-devret vesaire benzeri isimler altında enerji ve otoyol diğer sektörlerde kullanıldı. 1980 sonrası devletin bütçe finansmanı yeterli gelmiyor anlayışıyla özel sektör inisiyatifi vesaire gibi bir bağlamda ortaya çıkarıldı. Buna dayanak yasa maddelerine bakarsanız ya **bunların yüksek para gerektiren yüksek maliyetli projeler için gerekli olduğu söylenir ya da ileri teknoloji olan hususlarda** bu yap-işlet-devret ya da kamu özel işbirliği gibi aynı içeriğin farklı görünümde sunulması esprisi bağlamındaki yöntemler diyelim. **Yüksek maddi tutar gerekçesi tam bir garip yanıltmacadır, mitostur.** Benim kanaatim bu halkın bakışını ifsat eden bir gerekçe şeklinde kullanılıyor. **Doğru bir gerekçe değil.** Çünkü birincisi bu **kamu özel işbirliği kötü bir iş midir ki sadece yüksek maliyetli işlerde kullanılıyor.** Yani kerih bir iş midir? Eğer kerih bir iş değilse neden sadece yüksek maliyetle. Düşük maliyetli yani küçük maliyetli işler yap-işlet-devret veya ileri teknoloji olmayan işlerinde kullanılmıyor mu gibi sorular ortaya çıkar. Ben bunu doktora tezimde kamuya da açıktır doktora tezi PDF olarak, ayrıntılı bir şekilde inceledim. **Dolayısıyla buradaki paramız yoktu onun için bu kötü yola düştük diyorlar ise Sağlık Bakanlığı ve eğer bu kötü yol ise tabi ki çok doyurucu bir açıklama değil** (Selim Bey, Akademisyen).

Üstelik de kamuoyunda bilinmeyen ya da yanlış bilinen bir şey var. Zannediliyor ki bu 30 tane şehir hastanesi açılacak ve 40.000 üstünde yeni yatak Türkiye'ye kazandırılacak. Sen de biliyorsun bu doğru değil. Bazı hastaneler kapatılıyor bazı yataklar kapatılıyor. Bu hastaneler açılıyor. **Dolayısıyla ya yeni yatak katkısı çok az oluyor ya hiç olmuyor.** Biz bunu değişik zamanlarda raporladık ve Sağlık Bakanlığı'na da gönderdik ve ondan da sorduk. Dolayısıyla yatırım bağlamında baktığımızda bir ihtiyaç tanımlaması yapıp. Bunun üzerinden kamu kaynaklarıyla bunlar giderilebilirdi (Kasım Bey, Akademisyen).

Bizde hükümetin hastane inşaatlarında KÖO projesini tercih ederken kullandığı gerekçe, **devletin elinde bu denli büyük yatırımları gerçekleştirecek kaynağın olmamasıydı.** İyi de şehir hastanesi ihalelerini alan şirketlerin, konsorsiyumların da elinde nakit kaynak yok ki. **Onlar dışarıdan, batılı sermaye gruplarından borçlanarak işe girişiyorlar. Aynı şeyi, eğer gerekçe gerçek ise, devlet de yapabilirdi.** Üstelik bu durumda ülkemizin daha düşük faiz oranlarıyla borçlanması da mümkün olurdu. **Zira şirketlerin dışarıdan borçlanması her zaman devletin borçlanmasından daha maliyetlidir** (İrfan Bey, Akademisyen).

Elinizde bir sözleşme, uygulayıcı Bakanlık veya Maliye Bakanlığı ortaklaşa bir daire başkanlığı kurup oradan yürütmediler. Sahaya atıldılar topu, ne haliniz varsa görün dediler. Bir örnek vereyim şimdi size Mersin'de yaşadığım örneği söylüyorum; Biz Mersin'de dışardan ikinci el kullanılmış alet, edevat hiçbir şeyi kabul ettirmedik, etmedik. Çünkü

sözleşme diyor ki; tüm yatırım kapsamı içindedir. Tüm alet edevat sıfır, son teknoloji olacak. **Gördük ki bizden sonra mesela Adana Numune Hastanesinde kullanılan tüm cihazlar orada.** Geçmiş. Ama şuanda Numune Hastanesinin benim çalıştığım hastanedeki kullanılan tüm aletleri şehir hastanesine taşımışlar. **Hepsi kira bedelleri içerisindeki yatırım kapsamında olması gerekenler. Bu yüzden de ayrı bir külfet** (Halil Bey, Yönetici).

Son olarak şehir hastanelerinin yatırımları ile ilgili bir problem ise bu hastanelerin sözleşme sürelerinin bitmesiyle kamuya devri ile ilgilidir. Burada kamu yöneticisi Burak Bey ile şirket yöneticisi arasında görüş ayrılığının olmasıdır.

Kamuya devri zaten projelerin başında belirlenmiş bir durum. **Yani 25 yılın sonunda bu tesislerin tamamının ilk günkü haliyle yani ilk günkü yapısal özelliklerini, fiziksel özelliklerini koruyacak ve teknolojiyi günün teknolojisine uygun şekilde kamuya devredilmesi zaten sözleşmelerin son maddelerinde ana sözleşmenin son maddesinde yazan temel nüanslardan biri** (Burak Bey, Uzman).

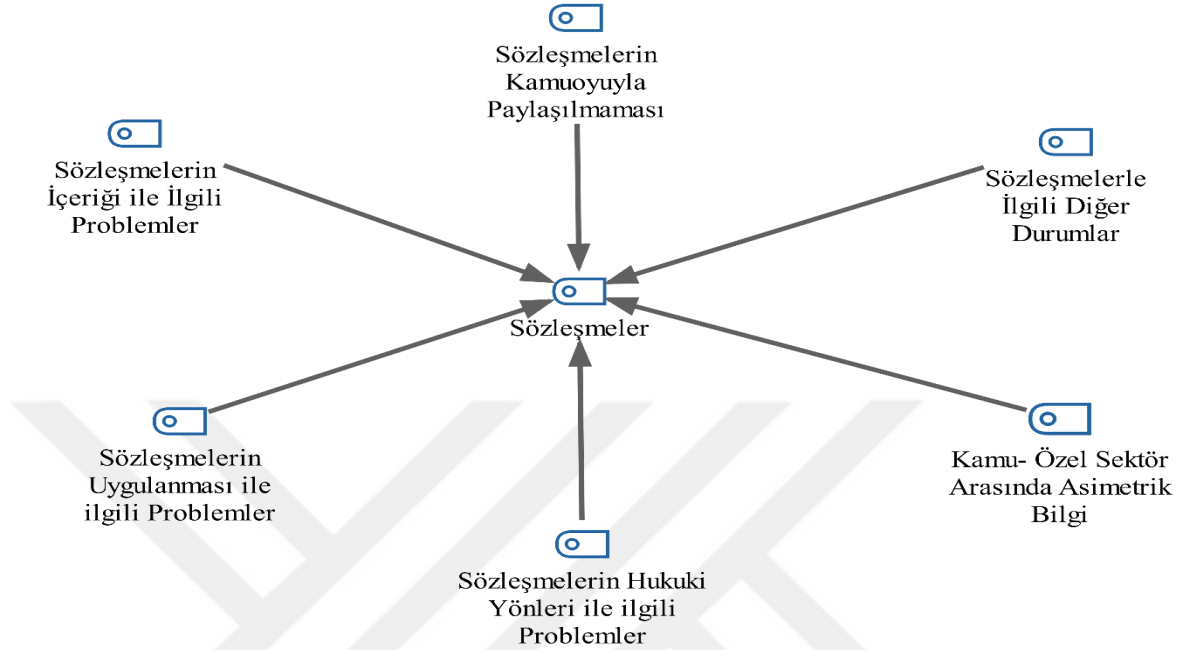
25. yılın sonunda bu hastaneler devir alınırken bir enkaz almamalılar. **Bu içindeki MR'dan duvardaki boyasına kadar 25. yılın sonunda birinci yılda koyduğu MR hâlâ çalışıyorsa 25 yılın sonunda o MR kullanılacak. Yerine yeni bir MR konmayacak. Yeniden zamanın şartlarına göre dizayn edilmeden hastaneler devir edilecek. Çalışan malzemelerle birlikte ne varsa o teslim edilecek. 25 yılın sonunda hastanın içine girmeden çekilen bir MR cihazının olması ya da yenilenmesini yapmayacak. Her şey 25 yılın sonunda kırık ve dökük değilse teslim edilecek. Yani zamanın şartlarına göre teknoloji yenilenip hastaneye devir edilmeyecek. Zaman içerisinde bazı değişimler bozulan cihazların yenisini alınabilir. Ama sonunda her şey yenilenip teslim edilmeyecek. 25 yıl bitti ben buraya sıfır cihazlar koyayım da gideyim diye bir durum yok. Bütün demirbaşların sıfırlanması söz konusu değil. Ama örneğin 13. yılın sonunda MR bozuldu ya da çalışmıyor ise eğer Ek22 çalışırsa bu yenilenir. Diğer türlü olmaz** (Burhan Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin yatırım problemleri sonuç olarak özetlenecek olursa; hastanelerin planlamasıyla, finansmanı ve kullanılan KÖO modeliyle ilgili problemler öne çıkmıştır. Çoğu katılımcı bu noktalarda şehir hastanelerinin yatırımlarını değerlendirirken olumsuz görüş beyanında bulunmuştur.

4.2. ŞEHİR HASTANELERİNİN SÖZLEŞMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda şehir hastanelerinin sözleşmelerine yönelik bulgular elde edilmiştir. Katılımcılara *“Şehir hastanelerini sözleşmeler boyutuyla değerlendirdiğinizde neler söyleyebilirsiniz?”* ana sorusu ve *“Sözleşmelerle ilgili problemler olduğunu düşünüyor musunuz?”* sonda soru sorulmuştur. Katılımcıların verdiği cevaplara göre kod ve temalar çıkartılmıştır. Şehir hastanelerinin sözleşmeleri kategorisi *“sözleşmelerin kamuoyuyla paylaşılması”, “sözleşmelerin içeriği ile ilgili problemler”, “sözleşmelerin uygulanması ile ilgili problemler”, “sözleşmelerin hukuki*

yönleriyle ilgili problemler”, “kamu özel sektör arasında asimetrik bilgi” ve “sözleşme ile ilgili diğer durumlar” olmak üzere altı üst temadan oluşmaktadır. Elde edilen temalara ait kavram haritası Şekil 4.5’te gösterilmiştir.



Şekil 4.5. Şehir Hastanelerinin Sözleşmelerine İlişkin Kavram Haritası

4.2.1. Sözleşmelerin Kamuoyuyla Paylaşılması

Bu kısımda şehir hastanelerinin sözleşmelerinin kamuoyundan gizlenmesi, sözleşmelerin gizli olması ve sözleşmelerin ticari sır olarak görülmesi gibi konular yer almaktadır.

Sözleşmelerin kamuoyundan gizlenmesini bazı katılımcılar şu şekilde vurgulamaktadır:

Şimdi bu hep konuşulan bir şey, özel hukuka tabi olması sözleşmelerin ve ticari sır olarak kabul edilmesi. Ciddi bir sorun çünkü siz sözleşmelerle ilgili bilgi sahibi olmuyorsunuz, bunlar size açıklanmıyor. Bilgilerimiz nereden geliyor? Mesela davalar açılmış oluyor oradaki dosya bilgilerinden geliyor, Sayıştay raporuna yansıyan kısımdan bilgi sahibi olabiliyoruz. **Yani doğrudan halka ya da hekimlere, meslek örgütlerine açıklanmıyor, bilgi olarak paylaşılmıyor** (Ali Bey, Akademisyen).

Çok sır dolu bir sözleşme, sır dolu bir fizibilite ve sır dolu bir inşaat olduğu için çok şey bilmiyoruz. Mesela uygulamadan gelen bilgilerle bir takım şeyleri tekil tekil öğreniyoruz. Bunu genelleştirmek ne kadar doğru bilmiyorum ama yetkililer bizi yorum yapmaya zorluyorlar. Bu kadar eksik bilgiyle yorum yaparsak bize hata yaptırabilirler. Ben kendilerine o yüzde söylüyorum size haksızlık da yapabiliriz **bizimle doğru düzgün bilgi paylaşın**, ondan sonrada biz hala eksik ve hatalı yorum yapıyorsak deyin ki ayıp değil mi size doğrusunu verdik bu bilginin deyin. Bende susayım o zaman, utanayım.

Şimdi azıcık bilgiyle ben yorum yapmaya başlıyorum diyor ki bana hiç yorum yapma. Ben bilim insanıyım burada benim görevim yorum yapmak. Sen tezini nasıl yazacaksın yorum yapmazsan. Biz nerden buluşacaktık. Bilim connection'dır (Umur Bey, Akademisyen).

Sonuçta uluslararası literatürde zaten kamu özel ortaklığı böyle bizdeki gibi böyle fiyakalı bir şeymiş gibi kullanılmıyor, imtiyaz yerine kullanılıyor. Bu kamu hizmeti imtiyazdır yani bunlar. **Sonuçta herkesten devletin resmi denetim kurumundan gizlenen, milletvekillerinden gizlenen sözleşmelerin içinden nelerin çıkabileceğini bilmiyoruz** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sözleşmelerin gizli olması ve ticari sır gerekçesiyle açıklanmadığını katılımcılar şu cümleleriyle anlatmışlardır:

Sözleşme meselesi, şu husus son derece hayati bir durum ama **sözleşmelere ne yazık ki erişemiyoruz**. Bunlar hani **ticari sır gerekçesiyle açıklanmıyor**. Hani Sayıştay denetçileri dâhil sözleşmelerin kendilerini göremiyorlar ancak dolaylı şekilde raporlar hazırlamak zorunda kalıyorlar. Ancak biz açılan şehir hastanelerindeki meslektaşlarımızın bize geri bildirimleri üzerinden hastane işleyişinde yaşanan sorunlara dair haberdar olabiliyoruz. Hakikaten ciddi problemler arkadaşlarımız bize aktarıyorlar (Yavuz Bey, Hekim).

Sözleşmeler ticari sır olarak milletvekillerine bile gösterilmiyor. Sayıştay denetçilerine de göstermediklerini bu yılki Sayıştay raporundan gördük. (...) Oraya Hazine Bakanlığından gelen bürokrat farazi bir rakam yazdığını sunuma söyledi, onlar da niye farazi bir rakam yazdığını söylediler. **Ne kadar ödeme yaptığımız ticari sır size söyleyemeyiz dediler. Bunlar tutanaklarda var, plan bütçe komisyon tutanaklarında. Biz açtığımız davalarda pey der pey belgeleri aldık** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sözleşmelerini görmedim hukukçu kimliği dolayısıyla sözleşmelerini görmediğim için sözleşme bazında değerlendirme yapmam maalesef mümkün değil **çünkü sözleşmeler ticari sır olarak gösteriliyor. Oysa idarelerin aldıkları hizmet bağlamında yaptıkları işler ticari sır olamaz. Kamu parasıyla yapılan işler ticari sır olmaz**. Kendi şirketleriyle ilgili yapılan şeyler ticari sır olur. **Ama bir Bakanlığın bir hastaneyi kaç liraya yaptırdığı, kaç liraya hizmet satın aldığı ticari sır olmaz**. Yani ben size Bakü-Tiflis-Ceyhan sözleşmelerinin risklerini söyleyebilirim. Çünkü sözleşmelerin hem müzakeresinde bulundum hem de sözleşmeler resmi gazetede ekli olarak kabak gibi ortada. Şimdi Bakü-Tiflis-Ceyhan ticari sır olmuyor, resmi gazetede yayınlıyorsunuz. **Ama bu sözleşmeler nasıl oluyorsa ticari sır oluyor**. Varlığı risk diyorum. Şimdi riskin bilimseli, bilimsel olmayanı diye ayırmak çok doğru mudur bilmiyorum **ama kamu için yapılan şeyler kamudan saklanmaz** (Selim Bey, Akademisyen).

Bu işin ödeyicisi biziz vatandaş olarak, vergi mükellefi olarak biz ödüyoruz. **Bu projeler ve sözleşmeler hakkında bir tek bizim bilgimiz yok**. Parayı ben ödüyorum, düşünün restorana gidiyorum ben hesabı istiyorum hesap geliyor, adisyonun içinde detayı yazmıyor adam. Niye yazmıyorsun abi diyorum yazmam kardeşim bu ticari sır diyor. **Parayı ben ödüyorum ama yani. Nasıl ticari sır**. Ticaret evet, güzel bir ticaret yapıyoruz ama parayı ben ödüyorum ticaretin bir tarafı da benim (Umur Bey, Akademisyen).

Şöyle bir kere sözleşmeleri bilmiyoruz. Bildiğimiz şeyler şunlar; sözleşmelerle ilgili ciddi problemler olduğu için sözleşmelerin değiştirildiğinden Sağlık Bakanlığı yetkilileri söz ediyorlar. Ama sözleşmelerde problemler nedir? Sözleşmeler benziyor mu? 10 Şehir hastanesi örneği üzerinden konuşuyorum. Bunları bilmiyoruz (Kasım Bey, Akademisyen).

Ama, evet **sözleşmelerde sorun var.** Artık hükümet şehir hastanesi sözleşmelerini **devlet sırrı olduğu gerekçesiyle kamuoyuna açıklamıyor**, muhalefet milletvekillerinin bu yönde konuyla ilgili sorularına yine aynı gerekçeyle yanıt vermiyor. Hatta öyle ki, ihale süreçleriyle ilgili olarak konunun diğer taraflarının dava açmalarını olanaksız kılacak yasal düzenlemeler yapmış bulunuyor (İrfan Bey, Akademisyen).

Yapılan anlaşmaları Sağlık Bakanlığı devlet sırrı diye hiç kimseyle paylaşmıyor. Ticari sır diyor. Ama ekonomik olarak vahametinin farkına varmış olmaları lazım diye düşünüyorum. Özellikle bu Sayıştay raporundan sonra mutlaka bu sistem yeniden değerlendirilmeli (Adem Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı şehir hastanelerinin sözleşmelerini kamuoyuyla ticari sır olduğu gerekçesiyle paylaşmamaktadır. Bu paylaşım olmadığı için şehir hastanelerinin yapılması ile ilgili bir takım soru işaretleri gündeme gelmektedir. Şehir hastanelerinin kira ve kullanım giderlerinin yanında diğer süreçlerin bilinmezliği bazı eleştirilere kapı açmaktadır. Bazı katılımcılar da bu durumu eleştirerek şehir hastaneleri sözleşmelerinin ticari sır gerekçesiyle açıklanmamasını doğru bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

4.2.2. Sözleşmelerin İçeriği ile İlgili Problemler

Sözleşmelerin içeriği ile ilgili problemler arasında sözleşmelerin çeviri olması, yeterince önemsenmemiş olması, getirdiği kısıtlar, yükümlülükler, sözleşmelerin risk dengesi, kurgusu, garantilerin olması, sözleşmelerin anlaşılabilirliği, gereksiz verilen garantilerin olması, bazı hizmetlerde adet başı garanti verilmesi ve sözleşmelerin bağlayıcılığı ile ilgili konular yer almaktadır.

Sözleşmelerin çeviri olmasını Kasım Bey şu cümlesiyle anlatmaktadır.

Ama sonuçları itibarıyla az önce konuştuğumuz olumsuzluklara **götüren sürecin bu sözleşmeler yüzünden olduğunu varsayıyoruz.** Dolayısıyla olmayan bir şeyi şimdi nasıl tartışalım. Yani elimizde olmayan. Ben yetkili bir ağızdan bir şey duydum. **Bu KÖO modeli İngiltere'den sözleşmeler İspanyadan alınmıştır.** Çünkü Sağlık Bakanlığının danışman şirketi olarak anlaştığı şirket İspanyol kökenli onlar da **ispanyolcadan türkçeye çevrilmiştir diye bir konuşmaya tanık oldum.** Dolayısıyla **Türkiye'ye özgü sözleşmelerle karşı karşıya olmadığımızı da zaten biliyoruz** (Kasım Bey, Akademisyen).

Sözleşmelerin yeterince önemsenememiş olmasını Mehmet Bey şu şekilde açıklamıştır:

Sözleşme çok önemliydi biz sözleşmenin önemini anlamamışız. Sözleşme çok önemlidir bugün yani. Kira sözleşmesi yapıyoruz en basitinden. Bunda bile bir stres oluyor yani kira sözleşmesinde. Demir başında ne yazdık, şurada da şu çizik var şu pencere kırık, çatlak. Öyle değil mi yani bir basit kira sözleşmesi (Mehmet Bey, Uzman).

Sözleşme yükümlülüğü ve bağlayıcılığı olduğunu Ahmet Bey, Selim Bey ve Kasım Bey şu şekilde açıklamıştır:

Tabi ki hizmetin bir tarafta böyle kamu var bir tarafta özel var bir tarafta sözleşme var. **Bu sözleşmede iki tarafa yükümlülükler veriyor. Bu yükümlülüklerle her iki tarafında uyması gerekiyor.** Yani kamunun uyması gereken yükümlülükler var, özel sektörün uyması gereken yükümlülükler var. Yurtdışına bu bir ticari ilişki gibi aktardığınız zaman bu sözleşmeye her türlü müdahaleniz, sözleşmedeki düzenlemeye bağlı olarak **sözleşme işin hâkimi olur. Sözleşme hükmeder.** Sözleşmede siz bir husus kabul etmişsiniz ama daha sonra kamu hizmetinin gereklerine uygun olmadığını anladık burayı şurayı değiştirelim dersiniz değiştiremezsiniz. **Sözleşme ne diyorsa o.** Vaktiyle kafanızı kullanıp doğru sözleşme imzalasaydınız der hâkimin önüne geldiği zaman. Sizin kamu hizmeti gerekleriniz sizin vaktiyle bunu müzakere eden ekibinizin yeterli deneyim ve akılda olmaması vesaire gerekçelerini kullanamazsınız. 10 yıl öncesinin koşulları vesaire diyemezsiniz (Selim Bey, Akademisyen).

Yine Sayıştay raporunda örnek vereyim sana. **Sayıştay diyor ki Elazığ Şehir Hastanesi'nde hiç yapılmamış hizmetler için şirketlere para ödenmiştir.** Hiç yapılmamış bu hizmet. Ama parayı başhekimlik ödemiş. Sağlık Bakanlığı ödemiş. Şimdi burada soru şu? Hepimiz kamu hizmetinin nasıl olduğunu biliriz. **Hiç sunulmamış bir hizmet için bir ticari şirkete para verilmesinin altına imza atabilmek ancak bir sözleşmeye bir bağta ait olmalı** (Kasım Bey, Akademisyen).

Sözleşmelerin getirdiği kısıtları Yavuz Bey hastane süreçlerinde şu şekilde ifade etmektedir:

Yani şuraya bir sandalye ekleyeceğiniz zaman bile ciddi biçimde zorlanabiliyorsunuz. (...) Geri bildirimler bize onu gösteriyor. Nitekim belirttiğimiz gibi Sayıştay raporlarına da bu yansımış durumda. Burada ciddi aksaklıkların olduğu yansımış durumda (Yavuz Bey, Hekim).

Sözleşmelerin kurgusu ile ilgili Selim Beyin şu cümleleri dikkat çekmektedir:

Bu sözleşmenin daha yapılışındaki kurgusal ortam ilgi çekicidir. Dikkat sorgulanması gerekir. Şu anlamda; bu sözleşmeyi imzaladığınız muhatabı nasıl seçtiniz? İhaleyle mi? İhaleyse hangi tür ihaleyle? Pazarlık usulü ihale farklı, açık ihale farklı. (...) Şimdi herkes çatır çatır saydam koşullarda ihaleye girdi ve rekabet sağladı deyip kazanmış olabilir. Öbür taraftaki bilgi birikimini kullanmıştır ya da vesaire. (...) Her ne kadar kuşku duyulabilecek bir husus olabileceği düşünülse bile iki firmanın kazanmış olması mutlaka rekabetin olmadığı anlamına gelmez. **Ama bu kurgu ne kadar buna uygun yapıldı.** İkincisi genelde kamu özel işbirliğini kurgulayan ülkeler kamu özel işbirliğinde özel sektörün finansmanı açısından değil, yaratıcılık gücünü kullanması açısından izin verirler. Ve sözgelimi tasarımını firma yapsın ki işletme sırasında en az para ile en etkin temizliği nasıl sağlayacağına ilişkin düz köşe mi, geçelim burayı yoksa yuvarlak mı

yapalım burayı tasarımı ihtiyaçlar neler vesaire. Hepsi tasarım boyutunda da işin içine katılır. İşin esprisi budur. Biz zaten özel sektörü özel hastaneler vererek işin içerisine katmışız vaziyetteyiz. Biz burada niye kattık onu anlamış değilim. **Yani işin yapısında bir soru işareti var.** İlaveten söyleyeyim, bu sözleşmeleri hangi liyakatli ekip hazırlamıştır? Bunlar 25 yılını bağlayacak yerler. Ben daha önceki Sağlık Bakanlığındaki kadrolardan bazılarını biliyorum. O isimler o dairenin başına geçirilmişse dükkânı kapatıp gidelim. Bu kadar da iddialı konuşuyorum. Sürenin uzaması başlı başına bir risktir doğal olarak. Yani düğmeyi yanlış iliklemişseniz 25 yıl o düğmeler yanlış yanlış devam eder. **Kurgusu yanlış olan şeyin temelini yanlış atmışsanız 25 yıl o 25. kata kadar her katta o işkenceyi çekersiniz.** (...) Doğal olarak tabi. **Hem de o sözleşmeyle vaktiyle kimin kurgusu, bir sözleşmeyi en başta kiminle kurgularsanız bu benim yaptığım yemeğe sizi davet etmiş olmam gibi. Yemekte ne sürpriz çıkacağını bilemezsiniz çünkü bütün yemeği ben hazırladım.** Ama birlikte mutfağa geçip hazırlarsak o başka olur. Orada daha az tuzağa düşme ihtimaliniz olur. Bilmediğiniz bir binaya ben sizi davet ediyorum, o binanın ya da çadırın hangi bölmesinden ne sürpriz çıkacak, korku tüneli gibi bir şey de karşınıza çıkabilir. **Çünkü kurguyu siz yapmıyorsunuz.** (Selim Bey, Akademisyen).

Selim Bey sözleşmelerdeki risk dengesi durumlarını şu cümleleriyle açıklamıştır. Sözleşmelerdeki risk dengesinin özel sektörün lehine kamunun aleyhine olduğunu ifade etmektedir:

Sözleşmelerin bizahati olması eksiklikleri için olarak ben sadece şunu söyleyebilirim; **risk dengesi herkes üstlenmesi gereken riski alsın denir.** Bu kâğıt üzerinde gayet basit ifade edilen bir şeydir. **Ama uygulaması asıl sorundur.** Bu sözleşmelerde ne denli bu ülkeye uygulandı, hangi riskler özel sektör üzerinde bırakıldı, hangisi kamuda bırakıldı? Bunu Sağlık Bakanlığının izah etmesi beklenir. Şu şu tür riskleri biz özel sektör üzerine bıraktık diye. **Bu sözleşmelerde özel sektörün ne riskini aldığı çok anlaşılabilmiş bir husus değildir. Talep riski yok.** Yani hizmet ya da Bakanlığın ifadesiyle ya da başka bu çok güzel model diyen anlayışın ifadesiyle hizmet garantisi deniyorsa hizmet garantisi diyelim. Ne garantisi alındı onu bilmek lazım. **Yani neyin riski kaldı bu arkadaşlarda.** Benim öngörüm yani tahmin ettiğim enerji sektöründe vaktiyle gördüğümüz gibi ya da ulaştırma sektöründe gördüğümüz gibi **özel sektöre bırakılmış bir riskten bahsetmek mümkün gözüküyor.** Şu anlamda mümkün gözüküyor. Veleve ki kâğıt üzerinde hizmet garantisi vermiş olmasınlar. Siz devlet hastanelerini kapatıp bütün sürüyü buraya yönlendirdiğiniz zaman talep riskini ortadan kaldırmış oluyorsunuz. Yani yaylada bir tek pınar var sürüyü de oraya götürmeyecekseniz sürüyü de oraya sürüyorsanız o sürü bundan içecektir. Bu kadar basit. Ankara'daki bütün hastaneleri kapattığınız zaman, **Ankara Şehir Hastanesinin çalışmaması ve oradaki özel sektörün hizmetten dolayı kâr elde edememesi gibi bir sorun ortaya çıkabilir mi? Özel sektöre bırakılmış risk alanı olması gerektiği şekilde değildi dersem daha uygun olur.** Çünkü bundan daha ayrıntısını verebilmek için benim sözleşmeyi görebilmem lazım (Selim Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde muğlak alanların olduğunu Umur Bey şu şekilde ifade etmiştir:

2014 raporuna göre fizibiliteler iyi yapılmıyor diyor. Sözleşmelerde çok muğlak alanlar bırakılıyor diyor (Umur Bey, Akademisyen).

Halil Bey şehir hastaneleri sözleşmelerinin anlaşılabilirliği ile ilgili şu cümleleri ifade etmiştir:

İkincisi ve en önemlisi bizim P1, P2, P3 dediğimiz hizmetler var. Bu hizmetlerde devlet, **sözleşme küçük, yöntem beyanları karışık, nasıl anlaşılabilir yazılmış.** Net bu konuda. **Nasıl anlaşılabilir yazdığı için yorumlamak çok zor.** Yani bunları da tamamen şirket değerlendirmiş. (...) **Karmaşıklık, nasıl anlaşılabilir yazılmış zaten.** Anlamak istediğini onlar (şirket) daha güzel anlatıyor. Çünkü onların onlarca iyi avukatları var. **Senin hiçbir şeyin yok kendi yorumun** (Halil Bey, Yönetici).

Halil Bey sözleşmelerde bazı hizmetlerde adet başı garantilerin verilmesinin kamuya mali yük getirdiğini şu cümleleriyle vurgulamıştır;

Mesela daha devam edeyim. Sözleşmelerde mesela sterilizasyon hizmeti var, çamaşır yıkama hizmeti. Garanti tutarlar var. Garanti tutarlardan bahsedebiliriz. Şimdi bunu bir sterilizasyona koyduğumuzda maliyeti satın almaya kalktığımızda diyelim ki 50 lira, sterilizasyona koydunuz çıktı 200 lira ödüyorsunuz. Nasıl hesaplıyorsanız hesaplayın işte. **Adet başı garanti vermişler.** Hizmet garantileri var. **Döngü başı değil.** Sterilizasyonu biliyor musunuz bilmiyorum ama sterilizasyonu her aletlerle doldurursunuz, bir döngüsü olur. **Döngü başı maliyet değil, adet başı maliyet koymuşlar. Buda kamuya büyük bir lütfet.** Yani düşünün bir paket gazlı bezi steril edeceksiniz, 200 lira vereceksiniz. Sterilini alsanız 20 lira bile yok, 12-13 lira. Sterilini alsanız, gazlı beze para vermiyorsunuz bak sterilini alıyorsunuz. **Böyle sözleşmelerde iyi hesaplanmamış veya iyi sorulmamış işlemler var.** Mali konuda özellikle (Halil Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde gereksiz garanti verilen kısımların olduğunu Halil Bey şu cümleleriyle ifade etmektedir:

Öğleni koymuşsunuz, sabahı koymuşsun, kuşluk koymuşsun, diyet koymuşsun, akşamı koymuşsun ve bir de misafir ağırlama yemeği koymuşsun. Şimdi misafir ağırlama yemeğinin tarifi yok. Nedir? Sen benim misafirimsin, yemekhaneye götüremiyorsun çünkü kartlı sistem var. **Yenmeyen yemeklerin garanti kapsamında parası ödeniyor. Yapılmayan sterilizasyonun parası ödeniyor, fazladan yapılanın kat kat ödeniyor.** Bir de yanında yıkanmayan mesela demiş ki; **hasta çamaşırı yıkama hizmeti.** Bir garanti tutar ödemesi demiş ki; örnek 5 bin parça. **Hasta hangi kıyafetini veriyor, hiç kimse.** Belki kimsesiz varsa alıp yıkamaya verir ama çok nadir. **Hiçbir hasta kıyafetini hastanede yıkatmaz. (...) Garanti tutarlar içerisinde de alınmayan hizmetlere para ödenmesi. En özü bu. (...) Sözleşmedeki garanti tutarlar baş belası. Bir de kullanılmayacak, hiç bu güne kadar sağlık hizmetlerinde kullanılmamış tutarlar var.** Dediğim gibi misafir ağırlama veya hasta çamaşırı yıkama. Çarşafı anlarım, nevresimi anlarım, ameliyathanedeki boks gömleğini anlarım. Her şeyi anlarsın ama bu yok. **Bunun yanında personel kıyafeti yıkama var. Hangi personel kıyafetini götürüp orada yıkatacak. Düşünün 1500 yatan hasta, 5000 çalışan, 15000 hasta günlük. Kıyafeti yıkayacakları alanı bile oluşturmamışlar ama sözleşme gereği para ödeniyor.** Hani ben şunu diyorum, personel kıyafetini ya da hasta kıyafetini yıkadığınız zaman nasıl alacaksınız? Şuradan aldınız. İşte A blok 11. kat 500. odadan aldınız. Bu hastaya nasıl ulaşacak? Nerede yıkanacak nasıl kodlanacak? **O yüzden de kimse kıyafetlerini vermeyeceği için bedava ödenen, sözleşmedeki uygulanamayacak hükümler çıktı ortaya** (Halil Bey, Yönetici).

Sözleşmelerin net olmamasını Burak Bey şu cümlesiyle ifade etmiştir.

Diğer bir konu ise sözleşmeler ciddi anlamda belki biraz esprili olacak ama matruşka bebeği gibi. Her okuduğunuzda farklı bir şey anladığınız bir alan. O yüzden sözleşmeleri okurken veya sözleşmelerle ilgili çalışmalar yaparken farklı cenahlardan okumak ve en önemli şey şu, bakın bu işte yöneticilik yapacak kişi hem kamu tarafı için konuşuyorum hem şirket tarafı için konuşuyorum. İki tarafında birbirinin bakış açısıyla bakabilmesi, empati yapabiliyor olması önemli. Çünkü eğer ki tek taraflı bakıyorsanız bu işten mutlak verim almanız pek mümkün değil. Bu iş başında kurgulanırken iki tarafında kazan kazan, win win dediğimiz hani sistemdeki yapıya göre kurgulanmış bir yapı (Burak Bey, Uzman).

Şehir hastaneleri sözleşmelerinde talep garantilerinin verilmesini bazı katılımcılar şu şekilde ifade etmiştir:

Dolayısıyla sözleşmede böyle yazdıkları için böyle bir durumla karşılaşıldığını varsaya biliyoruz. **Yine Sayıştay çünkü diyor ki, bazı hizmetlerde hastane açıldığı andan itibaren hiç garanti verilen rakamların üstüne çıkılamamış.** Bazı hizmetler de hiç sunulamamış olmasına rağmen bu rakamlar aktarılıyor. O zaman muhtemelen bu sözleşmeye ilişkin bir şeydir diye düşünüyorum (Kasım Bey, Akademisyen).

Biz Isparta’da çok fazla sorun yaşamadık hastanenin şehir merkezinde olması hasebiyle. **Sözleşme gereği belli bir miktara ulaşılması gerekiyor** (İsmail Bey, Yönetici).

Mesela basit bir şey daha söyleyeyim sözleşme ile ilgili; Atık. Evsel atık düşünün. Şirket evsel atığı belediye bedavaya veriyor. Ama onlara (şirkete) para ödüyorum. **Bu da garanti tutarlarda olduğu için. Garanti tutara yazmışlar, bu kadar atık parası garanti. Ha aştığında da ödüyorsun, aşmasan hiç de kullanmasan ödüyorsun. Sözleşmelerin böyle keskin noktaları var** (Halil Bey, Yönetici).

Dolayısıyla sözleşme mekanizmalarındaki bazı kritik konular bu modelin kendisini de tehlikeye atıyor ama en önemli kiritik konulardan bir tanesi de şu; bu aslında **hasta garantisi gibi kamuoyuna yansdı. Sonra Sağlık Bakanlığı bunun hizmet garantisi olduğunu söyledi. %70 hizmet garantisi veriyor bir şekilde.** Bu hizmet garantisinden benim anladığım içinde hasta garantisi de var çünkü orası bir hastane ve hasta olmadan zaten hizmet olmaz. **Dolayısıyla bunun adına doğrudan hasta garantisi diyemeyiz ama o hizmet garantisinin altında da hasta garantisi var. %70’in altına düştüğü anda hazineden karşılanacağı açık ve net olarak bellidir. Bunu aslında ilk başta Sağlık Bakanlığı açıklamadı, sözleşmeleri de hiçbir şekilde paylaşmadılar ama açılan dava süreçlerinde paylaşmak zorunda kaldıkları için bunu kamuoyu öğrendi. (...) Ama bizim geldiğimiz şehir hastaneleri ile hele hele %70 hizmet garantisi ile geldiğimiz nokta tamamen hastane odaklı bir noktadır** (Cihat Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin sözleşmeleri imzalanırken ya da tasarlanırken uygulayıcı birimlerin sürecin içerisinde olmamasından kaynaklı bazı sorunların olduğunu Mehmet Bey ve Halil Bey şu cümleleriyle açıklamışlardır:

Sağlık yatırımlarında şekillenmiş, ama bunlar devir teslim ve süreçte kim idare edeceği birim hani sözleşme aşamasında olduğu için **2-3 yıl boyunca o birime ihtiyaç yok gibi davranılmış. Hâlbuki o birimde eş zamanlı beraber çalışılacaktı. Sonuçta eninde sonunda bu iş olacak ama biz en sona bırakmışız. Yani işleyecek kısmın kamu birimini en sona bırakmışız.** Bu süreçte de sağlık yatırımları da genelde sağlık kökenli olmayan kişilerden kurulu olduğu için **bina yapınca oldubitti olmuyor. Hastane**

mimarisi, hastane işleyişi diye bir şey var. Bu AVM’de de geçerlidir. AVM işletmeciliği onun da kendi kuralları vardır. Her binanın ne olarak kullanılıyorsa dersane olsun yani hepsinin ayrı bir dikkat edilmesi gereken özellikleri vardır. Hastane mesela orası bir emniyet binası da olabilirdi. O zamanda ihtiyaçlar değişirdi. (...) Evet sakatlıklar var çok fazla. Hani yeterli görüşlere başvurulmamış, **sağlık birimleriyle yeterli iletişime geçilmemiş yani krokiler çizilmiş, ama şey sağlık çalışanlarından yeterince faydalanılmamış.** Teorik olarak bunlar taslak olarak hazırlanmış ama süreci işletecek ve işleyişi takip edecek birimlerle zamanında paylaşmadan bu şehir hastaneleri hayata geçtiği zaman ilgili birimlerle paylaşılmış (Mehmet Bey, Uzman).

Adana Şehir Hastanesi açıldı. **Gidin sorun, hastane açıldığında ellerinde sözleşme var mıymış? Firma ne verdiyse oydu.** Bunu bilmeden nasıl yönetecek hastaneyi? İşte Bakanlığımızın hatalarından bahsediyorum. **Yani sözleşme yatırım dairede kalmış bir kısmı da Maliye Bakanlığı, uygulama Sağlık Bakanlığında.** O zaman sen gel Sağlık Bakanlığına eğitimini ver. Yöneticilerine sözleşme bu şekilde madde madde, çok değil 500 sayfa. 500 sayfa çok bir şey değil. **Ama bunun uygulaması da 50 bin sayfa** (Halil Bey, Yönetici).

Sonuç olarak şehir hastanelerinde sözleşmelerin içeriğinden kaynaklı bazı problemler olduğu katılımcılar tarafından vurgulanmaktadır. Bunların başında sözleşmelerin ticari sır gerekçesiyle kamuoyuna açıklanmaması gelmektedir. Bu durumda şehir hastaneleri hakkında bilinmezlikler gündeme gelerek akıllarda çeşitli soru işaretleri bırakmaktadır. Diğer yandan sözleşmelerdeki garanti oranları ciddi biçimde eleştirilerek gereksiz maliyetlerin oluşmasına neden olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte katılımcılar tarafından sözleşmelerin kısıtları, bağlayıcılıkları ve karmaşıklığıyla ilgili problemlerde ifade edilmiştir.

4.2.3. Sözleşmelerin Uygulanması ile ilgili Problemler

Sözleşmelerin uygulanmasına dair problemler arasında sözleşmelerde gri alanların olması, Ek-22 sorunu, sözleşme revizyonu ve sözleşme dışı şahsi taleplerin olması gibi konular yer almaktadır.

Sözleşmelerdeki gri alanların olmasına ilişkin bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Sözleşmeler baya fazla sayıdan oluşmaktadır. **Sözleşmelerde bazen flu (gri) alanlar var. Bu flu alanların daha net çizgilerle belirlenmesi gerekiyor.** Bence tek tip sözleşme olması gerekir. Bütün şehir hastanelerin de bu model üzerinden gidilmelidir hastaneler kaç yataklı olursa olsun. Diğer hastanelerle aslında çok farklılık yok. **Demek istediğim bu flu alanları da içine alarak netleştirilerek tek tipleştirilmesidir.** Her yerde aynı algılanması gerekir. Örneğin Eskişehir de ayrı Isparta da farklı algılanmasın ya da değerlendirilmesin. Okunduğu zaman herkes aynı şeyi algılasın. Sözleşmeler genel olarak aynı. Ama tekleştirilmesi gerekir. Bütün hastanelerde tek sözleşme olsun (İsmail Bey, Yönetici).

Size bir örnek vereyim; Sayıştay Raporuna takıldığı için örneğin. Mersin ikinci şehir hastanesi ondan önce Yozgat vardı. Herkes kira bedelini ödeyememişti, biz ödedik. Ama biz kira bedelinden daha da eksi kestik. Tabi bize kesemezsiniz dediler. Özel sektör avukatlarıyla geldiler. Yatırım dönemine muaf, işletme döneminde muaf değil. Ama şöyle diyor yatırım döneminde muafı diyor. İşletme döneminde muaf değildir diye bir şey de demiyor. Mesela burada ne anlarsın, kabulü yapıldığı hizmet başladığı gün yatırım bittiği anlamına gelir. Şirket kabul etmedi. Biz kestik. Mersin kesti. Kestik. Hala daha kesiyorlarmış. Ve 8 ay boyunca kestik. Bana Maliye Bakanlığının görüşünü de getirdiler kesmeyin diye ama ben dedim ki burada Maliye Bakanlığının görüşmeme yetkisi yok, Bakanın yetkisi yok. Burada kanun diyor ki damga vergiler daire başkanlığının yetkisindedir açarsanız o paragrafı. Onlar bana muaf, istisnadır. Mütalaa edilmiştir, şudur budur kabul etmem. Çünkü benim usul kanunda her şey net. Muaf, istisnadır, uygulanmaz. Burada mütalaa beni ilgilendirmiyor. Diğer hastaneler ne yapmış biliyor musun, damga vergisini kira bedelinin üzerine koyup damga vergisi kesmişler. O zaman ne oluyor biliyor musun damga vergisini damga vergisine daha fazla ödemiş oluyorsun. Düşün damga vergisinin damga vergisini de ödemiş oluyorsun. O yanlış yaptılar ama biz Mersin’de böyle yaptık. **Bu da neden, işte sözleşmeyi biraz okudukça devlete yorumlayınca aslında gri alanları bulabiliyorsunuz. Nelerin yatırım kapsamına alındığını göremiyorsunuz. Sözleşmede o kadar büyük ayrıntı yok** (Halil Bey, Yönetici).

İşletme döneminde hizmetlerle ilgili yaşanan sorunlara değinecek olursak; öncelikle 19 kalem hizmeti bana ver diyor. Ama bu noktada yani **otelcilik hizmetlerinde gri alanlar mevcut**. Bu konuda kullanıcılarla yani çalışanlarla sorunlar yaşıyoruz. Sözleşmede personel kullanma noktasında sorunlar var. Hizmetlerin yürütülmesi süreçlerinde problemler yaşanıyor. İdareye düşen görevler şirketten beklenmektedir. Biz şirket olarak sözleşmelerin dışına çıkmak istemiyoruz. Gelen talepler bizim işimizin dışına çıkmamızı söylüyor. Bu noktada sorunlar yaşıyoruz. Örneğin benim personelimden görev tanımda olmayan şeylerin yapılması beklenmektedir. Hastayı tıraş etmesi, temizlemesi, sonda takma ve değiştirme, yemek yedirme gibi şeyler bizden talep ediliyor. Ameliyatlarda da yine benzer durumlar talep ediliyor. Bunlar benim görev tanımımda yok. Yani hastaya temas etmiyoruz. Hekimler ve hemşireler önceki hastanelerde edindikleri tecrübeleri sürdürmek istiyor ve bunların yapılmasını benim personelimden talep ediyorlar. **Bu noktalar gri noktalar. Buralarda sorunlar yaşıyoruz. Sözleşmelerin dışına çıkmak istemiyor ve gri alanlarda çözüm istiyoruz** (Hale Hanım, Yönetici).

Ama taahhüdün dışındaki malzemeleri almada gecikmeler var. Birde muğlak olan kısımlar var. Sözleşmelerde net anlaşılmayan yerler var. Bunlarla ilgili zaten sen aldın ben alacağım muhabbetine çok giriliyor. Bu da önemli kısımlardan bir tanesidir. **Yani gri alanlar var**. Örnek veriyorum. Bir tane yazıcı var. Yazıcı firmaya ait. Firma getirmiş koymuş. Bunu kullanan kamudur. Kâğıdını firma veriyor. **Tonerini kim verecek? Örnek olarak söylüyorum işte bu gri alan burada tartışma başlıyor. Sen mi alacan yoksa ben mi alacağım firma ve kamu arasında sorun oluyor**. Bazı durumlarda bunlar Bakanlığa kadar soruluyor. Bakanlık sözleşme de olduğunu söylüyor. **Sözleşmeye bir daha bakıyorsun yok**. Karşılıklı iyi niyet çerçevesinde adım atıyorsun. Onun haricinde sıkıntı oluyor. (...) **Sözleşmelerde gri alanlar mevcut**. Problemleri aşmak için belki çalışma komisyonları oluşturulmalıdır. Bu sözleşmeler yeniden gözden geçirilebilir ama bu yeni yapılacak hastaneler için geçerli olabilir. Eski hastaneler için ya da açılan şehir hastanelerin de yapacak çok bir şey olmaz (Harun Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerin sözleşmelerinde Ek-22 sorunu bazı katılımcılar tarafından şu cümlelerle anlatılmıştır:

Sözleşmelerle ilgili yaşanan problemler dediğimiz gibi uygulamada mutlaka var. Bunlar işte bazı Sayıştay raporlarında yansımış esasında konular. Bu Sayıştay raporlarını edinebilseniz yaşanan sorunlara daha çok oradan bilgi, fikir sahibi olabilirsiniz diye düşünüyorum. Bunun haricinde sözleşmelerin bir eki var. **Ek-22 diye addettiğimiz bir ek.** Bu sözleşmede revizyonların nasıl yapılacağını ve revizyonla ilgili süreci belirleyen bir ektir. Tamamen işlevi bundan ibaret. Sözleşmede bir değişiklik yaparsanız, yeni bir alıma gidecekseniz, yeni bir teknolojiyi sözleşmeye derç edecekseniz bir cihaz aldınız yeni bir teknoloji veya beklemediğiniz bir kapasite artışı yaşadınız bunu ilave etmek ve bunu hizmetlere yansıtmak ve bununda karşılıklı finansal anlaşmalarla yenilemek istiyorsanız bunların her biri sözleşmede bu Ek-22 dediğimiz mekanizma üzerinden, kod adı Ek-22 dediğimiz mekanizma üzerinden yapılarak tüm sözleşmeye derç edilebiliyor (Burak Bey, Uzman).

(...) Ancak kamunun diğer mekanizmalarıyla çatışan hususlar mevcut, özellikle Ek -22 ilave ihtiyaç süreçlerinde kamu ihale ve ödeme mekanizmaları çelişebiliyor (Mustafa Bey, Yönetici).

Ek-22 daha çalıştırılmadı. Biz yapıyoruz parasını alamıyoruz (Hale Hanım, Yönetici).

Bizim alt yüklenici olarak ana yüklenici ile aramızda bir protokol var. Ana yüklenicinin imzalamış olduğu sözleşmenin içeriği aynısı olarak bize yansıyor. **Ek-22 çalıştırılmıyor ve en büyük sorun o zaten. Bu Ek-22 çalıştırılmadığı için de aksaklıklar oluyor.** Hastaya yansıyacak bir durum yok ama şimdiye kadar. Uç bir örnek vereyim ana sözleşmede çamaşırla ilgili bir madde varsa yıpranan nevresimler ilgili **Ek-22 çalıştırılmadığı için yeni nevresim alınmıyor. Ya da bir makine arıza yaptıysa Ek-22 çalıştırılmadığı için bu makinenin tamirati yapılamıyor. Ek-22 çalıştırılması için sürekli bir görüş içerisinde ama daha bir çözüm olmuş değil.** Bu Ek-22'nin çalıştırılması konusu Bakanlıktaki Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve ana yüklenici arasında bir sorun olarak durmaktadır. Normalde Bakanlık kendi içinde çözmesi gerekir. **Ek-22 çalıştırılmadığının için açılan tüm hastanelerde ek alımlar yapılamıyor.** Örneğin sana bir tane teknolojik koltuk lazım. Bu koltuğun alınması için Ek-22'nin çalıştırılması gerekmektedir. Firmanın da sorumluluğunda değil. Devletin bunu çalıştırması gerekiyor. **Ve şuan için Ek-22 çalıştırabilen bir tane hastane mevcut değil** (Burhan Bey, Yönetici).

Bazı katılımcıların şehir hastaneleri sözleşmelerinin revizyonları ile görüşleri aşağıdaki gibidir. Katılımcılar sözleşme revizyonlarını tehlikeli bir işlem olarak yorumlamaktadırlar:

Yatırımcılar nasıl olsa ihaleyi aldıktan sonra sözleşmeyi değiştiririz diye teklif veriyor diyor. Bu gibi işlerde **sözleşme revizyonu çok tehlikelidir çünkü ihale koşullarını, temellerini kaybettiriyorsunuz.** Siz şartnameye bakıyorsunuz bu ihaleye girilmez diyorsunuz ben giriyorum şartnameyi değiştiriyorum ama buna inanıyorum. Şartnamenin değişeceğine inansanız sizde gireceksiniz bu işe. (...) Bu sözleşmeler yazıldıktan sonra dışarıya çıktı, finansal piyasalara gitti. Finansal piyasalardaki arkadaşlar bu sözleşmeleri beğenmediler. **Sonra o sözleşmelerde revizyon yapmaya başladılar.** İşte o 6000 sayfalar o zaman çıktı. Başından ne dedik, o sözleşmelerin o hale geleceğini bilseydik bende girerdim o ihaleye. **Sözleşmeler yazıldıktan sonra, ihalelerden sonra çok önemli değişiklikler yapıldı.** Sözleşmelerde kanunda olmayan maddelere yer verildi. Daha sonra o kanunda yer almayan maddeleri sözleşmelere koydular sonra Danıştay o kanunun anayasa mahkemesine anayasaya aykırıdır nedeniyle şeye götürdü. Bu arkadaşlar o

kanunun iptal edileceğini anlayınca alelacele 2013 yılındaki o kapsamlı kanunu çıkardılar ve o kanun (6428) sözleşmeleri legalleştirdi. Sözleşmeler aslında illegal yazıldı. Çünkü ek madde 1 maddelik ek maddeydi. Ek maddede ne tahkim var ne özel hukuk var. Benim bilebildiklerimi söyleyeyim. **Onların hepsi sözleşmelere derç edildi ve bunu ben söylemiyorum yabancı yayınlarında var “Biz Türkiye’deki sözleşmeleri değiştirdik, değiştirilmesinde çok etkili olduk” diyor.** Şimdi kâr amacıyla çalışan bir banka sözleşmedeki değişikliği niye yapar sizce? Kendi çıkarını korumak için. Peki, bankanın çıkarına olan şey kamunun da çıkarına mıdır? (...) 10 yıl o cihazların kullanılması mümkün değil. Biz o cihazların sözleşmesini yaptık. Ben iki yıl sonra seni çağıracağım. Diyeceğim ki Durmuş onu at bunu al. Niye diyecek ben para veriyorum bunlara diyecek? Çocuk oyuncağı mı diyecek? **O sözleşme revizyon demektir. Bu işlerin en tehlikeli kısmı sözleşme revizyonudur. Sözleşmeleri ne kadar revize ederseniz, orijinal koşullardan uzaklaşırsanız nerede duracağınızı ben bilemem** çünkü ticari sır diye saklıyorsun, masanın başına oturuyorsun (Umur Bey, Akademisyen).

(...) **Yani bir sözleşme yapıldıktan sonra, bu arada revizyonlar yani uluslararası şirketler diyorlar ki bu sürede çok uzun ya; biz para veriyoruz ama şu sözleşmede bu değişirse.** Çünkü nihai sözleşmeyi imzalamamışız. Onlarda imzalanmamış. Şurası değişirse burası böyle olursa. Bunların hepsi ön fizibilite raporundan çok çok başka yerlere artık gidiliyor. **Sözleşmenin imzalanmasından da ihale başka yerlere gidiliyor ve en son geline nokta son derece olumsuz koşullarla imza atılıyor. Bunun sonucunda işte gördüğümüz gibi çok ciddi bir problem ödemeler açısından** (Ali Bey, Akademisyen).

İkincisi sözleşmenin para ödeme mekanizması dediğimiz Ek-18’i var. Belki bunu arkadaşlar bahsetmişlerdir. **Ek-18 sürekli güncellenmiş. Ana sözleşmeye bağlı kalmamış.** Ana sözleşmede örneğin döviz kuruna bağlarken, Ek-18’de demiş ki; asgari ücret oranındaki artış ve döviz kuru sepetindeki artışın hangisi yüksekse bu ödenir diye bir madde konmuş. Bu ne demektir, sözleşmeyi kendine yapsan bu kadar güzel yapamazsın. Yani kamuyu değil, özeli koruyan bir sözleşme. (...) Ana sözleşmenin dışında **tadil dediğimiz, tadile girmiş yani yenilenmiş sözleşmeler var.** Bu bir defa değil belki bazı hastanelerde 3 defadır, bazı hastanelerde birdir ama hep o ana sözleşmelerin dışında **Ek-18 güncellenmiş.** Biraz önce söylediğim gibi işte formülü koyduğunuzda ne demiş döviz kuru, daha sonra veya demiş sonra bir tadilde. Veya asgari ücret demiş, hangisi yüksekse onu alın gibi. Yani ‘veya’ eklemişler oraya, yeni bir formül bulmuşlar. Asgari ücret eklemişler. Biliyorsunuz asgari ücrette 1200 liralara 2000 liraya çıkınca ki maliyeti bir hesaplayın. Sadece onu hesaplamanız yeterli. Mali bir konu için (Halil Bey, Yönetici).

Şuana kadar her şeyi söyledim. Ek-18 derim. Tadille ana sözleşmeyle tadil arasındaki farkı görmelerini isterim. **Bir insan neden tadil yapar ana sözleşmede var neden tadil ediyorsun.** Devlet tarafı maalesef (Halil Bey, Yönetici).

Sözleşmelerin uygulanmasına ilişkin bir problemi Serdar Bey şu şekilde yorumlamaktadır.

Sözleşmelerden kaynaklı sorunlar oluyor tabi. Ya da yaşadığımız sorunlar olabiliyor. Ama hep bunlar karşılıklı konuşarak çeşitli mutabakatlarla aşıyor. **Kamu sözleşmenin dışındaki şahsi isteklerle çok geliyor. Personel farklı farklı istekleri olabiliyor.** Sözleşmelerin dışında çok talep geliyor. Ama bunların çoğu şahsi talep oluyor. Eğer gerekli bir şey olsa biz sözleşmede olmasa bile imkânlar doğrultusunda bir şeyler yapmaya çalışıyoruz. Ama şahsi talepler bizi rahatsız ediyor. Bunu lütfen belirtin.

Sözleşme dışı şahsi taleplerin fazlalığı şirketle kamuyu karşı karşıya getirebiliyor. Bunu yapmadığımız da ise ha öyle mi diyor bir bakıyorsun başka bir yerden sözleşme dışı işlerden bizi vurmaya çalışıyor (Serdar Bey, Yönetici).

Sonuç olarak sözleşmelerin uygulanmasına ilişkin çeşitli problemler katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Sözleşmelerdeki gri alanlardan kaynaklanan uygulama problemlerinin olduğuna dikkat çekilmiştir. Hastanelerin işleyişinde bu durumun bazı aksaklıklara yol açabildiği ifade edilmiştir. Bunun yanında sözleşmelerdeki Ek-22 problemi gündeme gelişmiştir. Bu ek maddenin işletilemediğini bazı katılımcılar vurgulamıştır. Ek olarak hastane işleyişinde kamu çalışanlarının sözleşme dışında şahsi talepleri olduğu dile getirilmiştir. Son olarak sözleşmelerdeki revizyon tehlikelerine dikkat çekilerek bu durumun ciddi riskler doğuracağını altı çizilmiştir.

4.2.4. Sözleşmelerin Hukuki Yönleri ile ilgili Problemler

Şehir hastaneleri sözleşmelerinin hukuki yönlerine dair problemler arasında, uluslararası tahkime gidilebilmesi, sözleşme hukukuna aykırılık, sözleşmelerde kredi bulma sürelerinin uzun olması ve uluslararası kreditorlerin denetimin olması gibi konular yer almaktadır.

Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör arasında oluşan bir anlaşmazlığı özel sektör uluslararası tahkime gördürebilme yetkisine sözleşmelerden dolayı sahiptir. Bu durumu bazı katılımcılar şu şekilde ele alarak yorumlamaktadır:

Yani burada sözleşmelerin fesi meselesiyle ilgili sonuçta sözleşmelerin içine koydukları hükümlerin burada en fazla zaten bir kısım sözleşmenin içine koydukları kadarıyla, öğrenebildiğimiz kadarıyla **Londra tahkim mahkemesinin yetkili olacağını yazmışlar**, sözleşmenin bir kısmında **İngiliz hukuku geçerli olur bu işlerde demişler** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Şimdi bu sözleşmelerde hangi bedel üzerinden, hangi uyuşmazlık çözüm yöntemleriyle kime ne verildiğini bilmek lazım. Umarım ki böyle bir iş için sözelimi yurt dışı tahkimi kabul etmiş olmasınlar. Yani sakıncalı. **En başta işin eksik, noksan, tuhaf taraflarından birisi bu.** (...) O zaman geçmiş olsun diyeceğim size. Firmalar şirketler bunu zaten bu sözleşmeleri biliyorsunuz, özel hukuk sözleşmesi olarak niteleyen bir anayasa değişikliğine sevgili idare hukukçularımızın bir kısmı güzelce destek vermişlerdi. O arkadaşlarımız **şimdi taşın pirinci ayıklasınlar**. Demeye çalıştığım şudur; bu sözleşme Türkiye’de bir kamu hizmetinin uzun sürede verilmesine ilişkin bildiğimiz klasik imtiyaz sözleşmesidir. Eskiden bu işleri Danıştay ön incelemesinden geçirip uzun vadeli işleri böyle imzalayabiliyorduk ve uyuşmazlık olduğunda da Danıştay’da çözüme bağlıyorduk. **Şimdi kâfirin parası gelmiyor o zaman gerekçeyle bunu mesnet tutup yurtdışı tahkime götürüyor olduk. Bundan sonrasını yurtdışı tahkim kararlarını inceleyen arkadaşlar daha iyi yorumlayacaktır** (Selim Bey, Akademisyen).

Bu modeli gözden geçirmek gerektiğini düşünüyorum. Evet, Türkiye bence, kişisel fikrimce ne yazık ki bu sözleşmeleri imzaladı ve o firmalara taahhütte bulundu. Artık meselenin uluslararası bir boyutu da var çünkü uluslararası krediler alındığı için biz bu modelde muhtemelen vazgeçsek bile benim uzmanlık alanım değil ama muhtemelen uluslararası hukuk kurallarına tabi olacağız. **İşte tahkimi var bunun, diğer süreçleri var. Bu işin ayrı boyutu** (Cihat Bey, Akademisyen).

Şimdi bu sözleşmelerin başka bir özelliği uluslararası tahkimdir. Hani burada yasal olarak düzenlendi bu. **Uluslararası tahkim her türlü uyuşmazlık, anlaşmazlık süresince uluslararası mahkemelerce ele alınacak. (...) Uluslararası tahkim nedeniyle bunları tamam hani ben kamulaştırıyorum demenin zorlukları ortadadır** (Ali Bey, Akademisyen).

Yatırımcı firmaların dışarıdan sağladıkları kredilerin ödenmesi noktasında sorun çıkması halinde **kreditörlerin başvuracakları hukuki kurum İngiltere merkezli bir tahkim mahkemesidir.** Bu firmalar hukuki sürecin Türkiye’de işlemesine karşı çıkmışlardır. Dolayısıyla şehir hastanesi projeleri Türkiye’nin dışa bağımlılığını artıran, ekonominin genel olarak sürdürülebilirliğini riske atan ve bir tür Duyun-u Umumiye olarak değerlendirilebilecek dış bağımlılık ilişkisine katkı koyan bir yapıya sahiptir (İrfan Bey, Akademisyen).

Buradaki en büyük şeylerden bir tanesi de arada bir anlaşmazlık olduğu zaman şirket ve kamu arasında Türkiye’deki mahkemeler geçerli değil. Uluslararası tahkim mahkemeleri geçerlidir. Burada da şu karşımıza çıkacak. **Şirket diyecek ki ben anlaşmaya uyuyorum. Türkiye ceza alarak çıkar bence. Ve bu da ayrı ciddi bir şeydir** (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde sözleşme hukukuna aykırılık olduğuna dair Umur Bey ve Çiğdem hanımın açıklamaları şu şekildedir.

Şöyle de **bir sözleşme hukukuna aykırı bir iş yapıyor Bakanlık.** Ulaştırma projelerini kesin olarak biliyorum ama sağlık projelerindeki süreyi bilmiyorum, sözleşmeyi imzaladıktan sonra **18 ay içerisinde krediyi bulmak zorundasınız, kredi bulamazsanız sözleşmeyi fes ediyor.** Bakın, şehir hastanelerinde krediye ulaşma süresi yılları sürüyor. 3-4 yıl sürüyor, 5-6 yıl sürüyor. **Aslında bunların sözleşmesinin iptal edilmesi lazımdır.** Bakanlık niye iptal etmiyor? Diyor ki, sözleşme ne zaman yürürlüğe girer, ben sana yer tahsisi yaptığımda yürürlüğe girer diyor. Ben sana yer tahsisi yapmıyorum, sözleşmeyi yürürlüğe girmiyor. Kusurlu kim? Bakanlık olarak benim. Benim kusurumdan kaynaklandığı için senin sözleşmeni fes edemiyorum. Peki, burada bir kamu çıkarı var mıdır? Peki, burada bir görevi kötüye kullanma suçu var mıdır? (Umur Bey, Akademisyen).

Dolayısıyla **bu finansman modeliyle kamu hizmeti verilmesi hukuk tekniği açısından imtiyazdır ama adı değiştirildiği ve dönüştürüldüğü için imtiyaz usulü uygulanmıyor.** Hâlbuki imtiyazın Türkiye’deki hukuk sisteminde hâlâ adı var, karşılığı var, nasıl olması gerektiği var. İmtiyaz olmasına rağmen imtiyaz hukuku uygulanmıyor (Çiğdem Hanım, Avukat).

Şehir hastanelerinin sözleşmelerinin uluslararası firmaların kontrolünden geçmesini Ali Bey şu şekilde yorumlamaktadır.

Çok ciddi şeyler var tabi. **Çünkü uluslararası sermaye kontrol ediyor.** Meselâ onların çoğu gene birçok yerde yazılanlardan edindiğimiz bilgiler. **Bu bütün o süreci şehir hastanesinin faaliyet döneminde uluslararası firmaların denetimi altında, kontrolü altında aslında.** Çünkü paralarını bir şekilde korumak istiyorlar, batmasını istemiyorlar ve o süreci de borçlulukla geçen süreci de çok yakında istiyorlar (Ali Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri sözleşmelerinde kredi bulma süresinin uzun olmasını Umur Bey şu şekilde vurgulamaktadır:

Şey sözleşme yazım süreleri çok uzuyor bu nedenle diyor. Hakikaten de öyle oluyor. **Şehir hastanelerinde ihaleler 2009-2010 da yapıldı. Firmalar 2015 yılında kredi bulmaya başladılar.** Çünkü sözleşmeyi sonlandıramadılar. Yabancı bankalar da bu kötü sözleşmelere kredi vermiyor diyor (Umur Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin sözleşmelerindeki hukuki yönleriyle ilgili katılımcılar bir anlaşmazlığın olduğunda uluslararası tahkime başvurma durumunu problemli bir durum olarak değerlendirmişlerdir. Sözleşmelerin özel sektöre bu ayrıcalığı tanımasını uygun bulmamışlardır. Diğer yandan şehir hastanelerinde imzalanan bu sözleşmelerin sözleşme hukukuna aykırı olduğu ve kredi bulma sürelerindeki uzunluk dile getirilmiştir. Son olarak bu sözleşmelerin uluslararası firmaların denetimi ve süzgecinden geçtiği vurgulanmıştır.

4.2.5. Kamu- Özel Sektör Arasında Asimetrik Bilgi

Şehir hastanelerinin sözleşmeleriyle ilgili kamu özel sektör arasında asimetrik bilgiye dair problemler arasında sözleşmelerde özel sektörün baskın olması, sözleşmeler özel sektörün lehine olması, sözleşmelerin kamu tarafını yeterince koruyamaması ve kamu çalışanlarının sözleşmeleri yeterince bilmemesi gibi konular bulunmaktadır.

Sözleşmelerde özel sektörün baskın olması ilgili katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibidir:

Yani sonuçta ben bu aradaki asimetrinin akıl dışı olduğunu düşünüyorum. Ve hani Avrupa Birliğinin ilerleme raporları da dâhil olmak üzere Türkiye'deki bu alanla ilgili araştırma yapan kapatılmadan önceki Kalkınma Bakanlığının bir takım raporlarında da aynı şeyler vardı. Türkiye'de kamu-özel ortaklığı şu anda yani yap-işlet devletlerinin dışındaki haliyle kamu-özel ortaklığı şu anda Sağlık Bakanlığında aktif olarak kullanıldığı için **Sağlık Bakanlığındaki bu birimlerin donanımının muhatabı şirketlerin donanımına yetişmiş olmadığı için bürokrasi ve şirket çalışanları arasındaki bu asimetrik ilişkinin kamunun zararına işleyen bir sürece işleri götürdüğüne dair kendi bürokrasisinin de tespitleri vardır** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Mesela ben sahada duyduklarımdan örnek vereyim size. Mesela onlar, firmalar süper avukatlarla çalışıyor. Bu işin duayenleriyle çalışıyorlar. **Bizde de devlet memuru zihniyetinde avukatlarımız var.** Yani bu süreci onların daha bilgili, birikimli ve daha iyi yöneteceğini düşünüyorum **Onlar sürekli bu işin çok iyi eğitimini almış ve bu iş**

üzerinde uzman kişiler. Bizim avukatlarımız şimdi avukat olup da kimi boşanma davasında uzmandır, kimi ağır ceza davasında. Hani herkesin bir uzmanlık alanı vardır. Bizim avukatlarımızın ve hukuki destek alacağımız kişilerin bu alanda bilgi birikimi yetersizdir (Mehmet Bey, Uzman).

Bu sözleşmeleri kamuda liyakat sahibi kişiler müzakere etmiş midir? Etmemiş midir? Yeterli hukukçu desteği sağlanmış mıdır sağlanmamış mıdır? **Yoksa kreditorlerimiz böyle istiyor diyen şirketlerin ortaya getirdikleri taslak sözleşmenin üzerinden sağı solu kifayetsiz bir ekiple müzakere edilip imzalanmak durumunda kalınmış mıdır?** Sözleşmeleri kim hazırladı? Oradaki daire kendisi mi hazırladı bu sözleşmeleri? **Yoksa firma mı hazırlayıp önüne buyurun bu yapılacaktır diye mi getirdi? Ki genelde yapı-ışlet-devret projelerinde ilgili firma avukatları aracılığıyla getirir ve gerekçe olarak da bakın bunlar isteniyor. Çünkü başka türlü para vermiyor bankalar bize.** Bankalar istiyor yoksa biz inşaat firmaları olarak vatana canımız feda denir. Parayı verecek olan yani kreditorlere ve genelde de yabancı kreditor olarak gösterilir. Yurtiçi bankanın yurtdışı şubesinden para geldiği için yabancı kreditor gibi gösterilir. Ya da yanına bir ortak alınır, bir yabancı ortak girişimci olarak. Bakın bizim yabancı ortak istiyor, yoksa yapamayız bu işi denir (Selim Bey, Akademisyen).

Sözleşmelerin kamudaki yöneticiler tarafından yeterince bilinmediğini Uğur Bey ve Çiğdem Hanım şu şekilde belirtmektedir.

(...) Ama işte dediğim gibi kamu personelinin buna hazır olmaması ve **sözleşmemeleri tam okumaması. Yani işin ruhunu anlamaması bazen sıkıntılara yol açıyor** (Uğur Bey, Yönetici).

Fakat hastanelerin mesela sözleşmelerin muhatabı kamu hastaneleri birliği genel sekreteriydi sonra o kapatılınca il sağlık müdürlüklerine dönüştürüldü. İl sağlık müdürlükleri ama bu konuda zaten yeterince donanıma sahip değiller. **Sözleşme yönetimi meselesini bilmiyorlar. Başhekim olarak tabi getirilenler hani başhekimlik yapacak ama bu modelin kendine has işleyişiyle ilgili de bilgiye sahip değiller** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Şehir hastaneleri sözleşmelerinin özel sektörün lehine olduğu söyleyen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

(...) **Özetlersem sözleşmeler boyutuyla baktığımız zaman sözleşmelerin yönünden yani firmaların, şirketlerin elinin hem daha güçlü olduğu içerik olarak, okuduğunuz metinler taslak metinler de dâhil elinin daha güçlü olduğu, bilgisinin daha fazla olduğu ve daha fazla avantaj sağladığını düşünüyorum** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sayıştay raporunda yine şöyle bir ibare vardı, onların gördüğüm dokümanda varmış; **şirketin sözleşmeyi fes etmesi için idarenin kusurunu ispatlamasına gerek olmadığını sadece bunu beyan etmesini, idarenin sözleşmeyi fes etmek için mahkeme kararının kesinleşmiş olması gerektiğine dair ibare var.** Bu bile şirketinin elinin ne kadar güçlü olduğunu gösteriyor. (Çiğdem Hanım, Avukat).

Örneğin mesela biz şunu yapmıştık firmaya; kardeşim ben hasta kıyafetlerini istemiyorum. Ben bunun yerine ameliyathanedeki yeşil örtülerinin kıyafetlerinden düşeyim. Örnek 3 bin hasta verdim, 7 bin de şey verdim. Ben 10 bini ikisini birleştireyim. Tek hizmeti adı altında çıksın. **Hayır dediler, sözleşmeyi delemeszin.** Diyorum ki; ben misafir ağırlama yemeği yok böyle bir yemek. Bu garantili fiyat, benim öğlen yemeğime

denk. Ben öğlenleri aşıyorum. Aşan tutarı da ödüyorum sana. Birleştireyim, ikisini de aşan tutarla ödeyeyim. Yok. Bu da çok net. **Yani sözleşmedeki hükümleri devlet lehine yorumlamaya kalktığında önüne sözleşme geliyor. Bununda takibi yapılmadı.** (Halil Bey, Yönetici).

Şehir hastanesi sözleşmelerinin kamu tarafını yeterince koruyamadığı yönelik bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Yani bizim elimizde ama imzalanmış hiçbir sözleşme tabi ki görmedik. Ama orada en azından bir ödeme mekanizması, kredilerin ödenmemesi halinde finansman veren kuruluşun sözleşmeye nasıl müdahale edeceği, bu denetimlerin nasıl yapılacağı işte ne kadarlık süre cezasızlık öngörüldüğü, ne olursa ceza puanı kesileceği, bu ceza puanı kesimi uygulamasının nasıl olacağına ve benzeri yerlere dair en azından taslak halindeki metni görmüş olduk. **Metni gördüğümüzde de bunun içindeki mekanizmaların ben kamu hizmetini ve kamu tarafını yeterince koruyan nitelikte olmadığını gördüm. Çünkü daha sonra bu Sayıştay raporunda da ortaya çıktı** (Çiğdem Hanım, Avukat).

İkincisi sözleşmenin para ödeme mekanizması dediğimiz Ek-18'i var. Belki bunu arkadaşlar bahsetmişlerdir. Ek-18 sürekli güncellenmiş. Ana sözleşmeye bağlı kalmamış. Ana sözleşmede örneğin döviz kuruna bağlarken, Ek-18'de demiş ki; asgari ücret oranındaki artış ve döviz kuru sepetindeki artışın hangisi yüksekse bu ödenir diye bir madde konmuş. Bu ne demektir, sözleşmeyi kendine yapsan bu kadar güzel yapamazsın. **Yani kamuyu değil, özeli koruyan bir sözleşme. Ve garantörü de** (Halil Bey, Yönetici).

Bir defa yapılan anlaşmalar Sağlık Bakanlığı kendini koruyan anlaşmalar değil. Hem yapım aşaması hem de işletme açısından örnek olarak Sayıştay raporu zaten bunu biz Türk Tabipler Birliği ve odaları olarak tahmini bazı şeyler söylüyorduk. Sayıştay raporu bizim dediklerimizi eteğe kemiğe büründürdü diye biliriz (Adem Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak şehir hastanelerindeki sözleşmelerde kamu ve özel sektör arasında bir asimetrik bilgi söz konusudur. Katılımcıları bu bilginin özel sektör lehine olduğunu ifade etmişlerdir. Özel sektörün sözleşme konusunda daha bilgili ve donanımlı olduğu vurgulanmıştır. Bu yüzden sözleşmelerde özel sektörün baskın konuma geldiği söylenebilir. Ayrıca sözleşmelerin kamuyu yeterince korumadığı ve bu yüzden de ciddi problemler içerdiği katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

4.2.6. Sözleşmelerle İlgili Diğer Durumlar

Şehir hastanelerinin sözleşmeleri ilgili diğer durumlarda sözleşme esnekliği ve sözleşmelerde eşit sorumluluk konusu yer almaktadır. Katılımcıların bu konularla alakalı düşünceleri aşağıdaki gibidir:

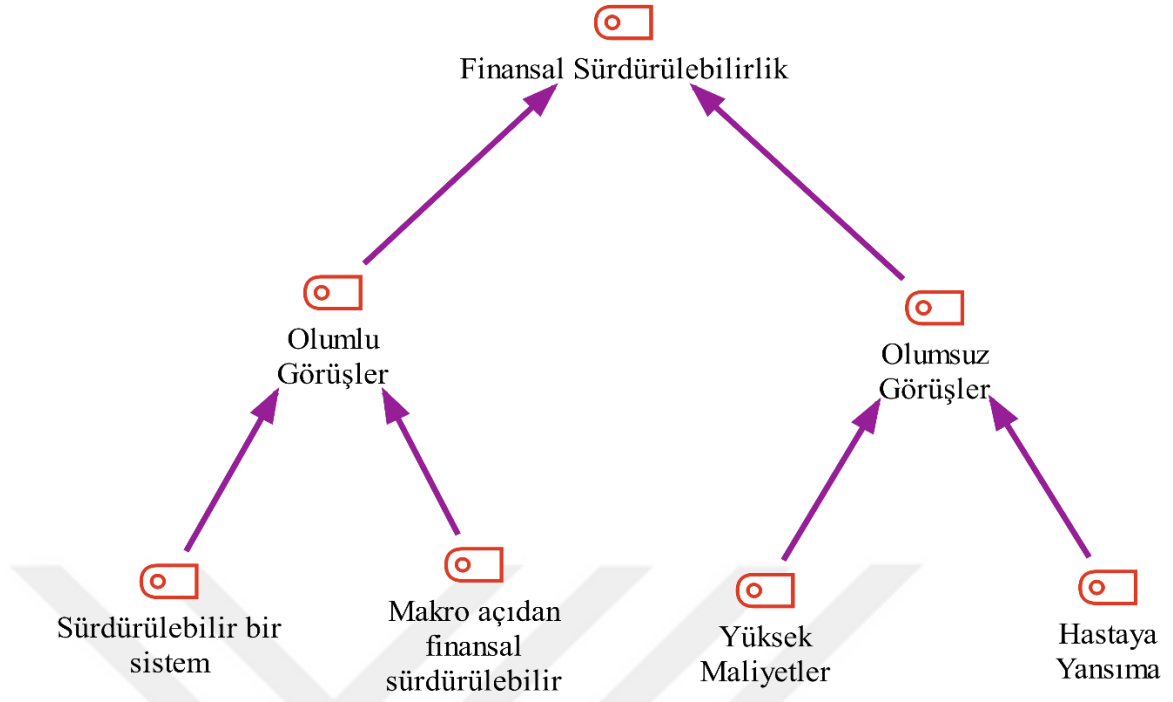
Sözleşmeler esasında bunları içeriyor. Esasında şöyle de bir değerlendirme de mutlaka her sözleşmede olduğu gibi bu sözleşmelerin de kendi içerisinde uygulama esnasında görülen eksiklikler var. Bir şeye, bir işe her ne kadar başladığınızda daha önce tecrübe

etmemişseniz, ne kadar edindiğiniz bilgilerle en doğruyu hazırlamış olsanız dahi akitte bunu uygulamaya geçirdiğinizde mutlaka eksik veya öngörülemeyen durumların olduğunu göreceksiniz ve bunu da yenilemeniz gerekecek. **Ve sözleşmeler de bu esnekliği sağlıyor. Tarafların çıkarlarını korumak üzere sözleşmelerde revizyona imkân veren maddeler bulunuyor.** (...) Toplamda 30 yıllık bir sözleşme sürecinden bahsediyoruz. **Burada önemli olan bir konu şu; sözleşmelerde ortaklık yapısının eşitliği.** Yani şöyle bir eşitlikten bahsediyoruz; normalde 4734 sayılı kanuna göre veya 2886 sayılı kanuna göre yapılan ihalelerde ve buna bağlı hizmet alımlarında genelde kamu esas işveren konumundan dolayı bu işlerde her zaman hesap vermede önceliklendirilir. **Bu projelerde iki tarafta eşit sorumluluk içerisindedir.** Örneğin; şirket tarafından sunulan bir hizmet ve bu hizmet kapsamında çalışan bir personelin mağduriyeti kamu tarafı için direk bir bağlayıcılık arz etmez. Mutlaka taraf olarak bir sorumluluk şeyi vardır, hukuki bir sorumluluğu vardır. Ancak bu birincil sorumluluk hükmünde değildir. Hakeza yine idare tarafından olabilecek bir hastayla ilgili yaşanabilecek bir sıkıntıda tedavi sırasında veya bir operasyon sırasında yaşanacak bir sıkıntıda şirket kaynaklı direk bir sıkıntı söz konusu değil ise bu da şirketin bir sorumluluğu olarak addedilemez. **Bu sözleşmeler hem işletme yöntemini belirlerken hem de bu tarz olabilecek sıkıntılara karşı tarafların kesin manadaki sınırlarını ortaya koyan yapılardır sözleşmeler** (Burak Bey, Uzman).

Yani sözleşmeleri incelemiş ve o kısmında yer almış biri değilim. **Ama bunların esnek olması değişen ihtiyaçları karşılayabilir yapıda olması gerekir.** Bu tabi ki, bu sözleşmeleri sağlıklı uygulanabiliyor olması çok önemli, denetleniyor olması çok önemli. Kamunun sözleşmede istenen şeyleri, hükümlülükleri yerine getirip getirmediğini bilmesi ve sözleşmeye vakıf olması çok önemli (Ahmet Bey, Uzman).

4.3. FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğine ilişkin elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara “şehir hastanelerinin finansal yönden sürdürülebilirliği ile ilgili görüşleriniz nelerdir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdiği cevaplara göre kod ve temalar çıkartılmıştır. Finansal sürdürülebilirlik ana teması altında “Olumlu Görüşler” ve “Olumsuz Görüşler” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. Elde edilen temalara ait kavram haritası Şekil 4.6’da gösterilmiştir.



Şekil 4.6. Finansal Sürdürülebilirliğe İlişkin Kavram Haritası

4.3.1. Olumlu Görüşler

“Olumlu Görüşler” üst teması altında finansal sürdürülebilirlik “Sürdürülebilir Bir Sistem” ve “Makro Açıdan Finansal Sürdürülebilirlik” olmak üzere iki alt temaya dağıtılmıştır.

Makro açıdan şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğini Ahmet Bey şu şekilde yorumlamıştır:

Türkiye’de sağlık sistemine baktığımızda sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içerisindeki oranına bakmak lazım. Bu ne kadar Türkiye’de evet en son TÜİK’in açıkladığı sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılasındaki oranı %4.5 2017 yılı. TÜİK 2018’i henüz açıklamadı. Yani 140 milyar liralık bir sağlık harcamamız var. Gayri Safi Yurtiçi Hasılası % 4.5. OECD ülkelerinin ortalamasına baktığımızda %8.8. Yani OECD ülkelerinin yarısı kadar bir sağlık harcamamız var. Bu demektir ki yani bizim uzun yıllardır sağlık harcamaları %5 seviyesinde. Hatta %5 seviyesinin üstündeydi 2002 de, şimdi biraz daha geriledi. **Bu demektir ki sağlıkta kısa vadede finansal sürdürülebilirlik açısından büyük bir problem gözüküyor. Makro rakamlar açısından.** (...) Şu anda şu rakamlarla çok büyük bir risk olduğunu söylemek doğru değil. Kısa vadede böyle bir risk doğrusu gözüküyor (Ahmet Bey, Uzman).

Şehir hastanelerinin finansal olarak sürdürülebilir bir sistem olduğunu bazı katılımcılar şu şekilde ifade etmiştir.

Bazen bu insanlara şey gelebilir. Ayda yine devlet 1 trilyon para veriyor. Ama devlet bunun inşaatına para vermedi, teçhizatına para vermedi. **Bunları daha 20 yılda koyarsan**

sürdürülebilir. Olaya bir günlük bakmamak gerekir. Olaya bir yıllık bakarsak devlet zarar ediyor gibi görünüyor. Ayda 1 trilyon yemek parası bilmem 1 trilyon laboratuvar parası deyince bir bakıyorsun 3 ya da 5 trilyon oluyor. Sonra vay biz niye zarar ediyoruz. **Ama bunun karşılığını 20 yıl koyduğun zaman bu yapılan yatırımı yapabilir miydin? Ne kadar alırdın ne kadar öderdin ona da bakmak lazım** (Serdar Bey, Yönetici).

Yeni bir bina yapılıyor ve bununla ilgili firmalara ödemeler yapılıyor. 19 kalem olarak hizmet alıyorsunuz ve bunun bir ödemesini yapıyorsunuz. Tabi bunların hepsinin hastane gelirleri ile karşılamanız imkânsız. Ama bunu devletin bir yatırımı gibi düşünmek gerek. Yani hastanenin kendi döner sermayesi ile karşılayacak bir olay olarak bakmamak gerekir. Şehir hastanelerine mali olarak mutlaka devletin desteği gerekir. Döner sermaye olarak bunu kesinlikle karşılayamaz. Hizmet fiyatları ve miktarları Türkiye geneli standardize edilmesi gerekir. **Piyasa koşullarıyla orantılı bir şekilde fiyatlandırma yapılırsa sürdürülebilir. İşin püf noktası burasıdır.** Piyasa koşullarıyla fiyatlandırılması lazım. Örneğin yemek hizmetleri normal bir kamu ihale kanununa göre ihale yaptığınızda kaç paraya yaparsanız şehir hastanesi modelinde de onlara yakın fiyatlar olmalıdır (İsmail Bey, Yönetici).

Sonuç olarak bir kaç katılımcı şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili olumlu görüş beyan etmiştir. Makro açıdan bakılarak yani sağlığa ayrılan bütçe üzerinde bir değerlendirme yapılarak modelin sürdürülebilir olduğu ifade edilmiştir.

4.3.2. Olumsuz Görüşler

“Olumsuz Görüşler” üst teması altında “Yüksek Maliyetler” ve “Vatandaşa Yansıma” olmak üzere iki tema oluşmuştur.

4.3.2.1. Yüksek Maliyetler

Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili yüksek maliyetlere dair konular arasında bütçeye yük getirmesi, kiraların sürdürülemez oluşu, yüksek maliyetler oluşturması, borç yükü oluşturması, maliyetli kira ve kullanım giderlerinin olması, dövizin yükselmesi, gereksiz ödeme ve garantilerin olması, kamu zararının oluşması ve meşru olmayan borçlar oluşturması gibi kodlar yer almaktadır.

Şehir hastanelerinin bütçeye yük getirmesiyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bu sene biliyorsun 2019'da Sağlık Bakanlığı bütçesine ayrılan pay 6.15 milyar TL idi. Gelecek yıl ayrılacak pay şimdi mecliste konuşuluyor. Bugün itibarıyla Cumhurbaşkanı Yardımcısı bir açıklama yapmış. 10 milyarın üstünde bir rakam ayrılacaklarını söylüyor. Şimdi 3 yıllık bütçelemeye bakarsan 2 yıl sonra Sağlık Bakanlığı bütçesinin yüzde 25'i yalnızca şehir hastanelerine kira ve hizmet bedeli olarak verilmek zorunda kalınacak. **Ben bunu şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bütçesinin rehin alması olarak yorumluyorum.** (...) Dolayısıyla Türkiye bütçesine baktığımızda bu sene 6 milyar

gelecek sene 10 milyar TL civarındaki bir kaynağın sırf bu hastanelere kira ve hizmet bedeli olarak döner sermayelerinden aktarılacak pay dışında aktarılacak olması bile bu işin sürdürülmekte zorlanacağının bir göstergesi. Umur hocayla konuşmuşundur. Hoca'nın çok önemli bir hesabı var. Eğer 30 tane hastane söz konusu olacak olursa Sağlık Bakanlığı bütçesinin %60'ından fazlasının aktarılması gerekecek ki, bu herhalde tam bir iflas tam bir çöküş anlamına gelecek. **Ben sürdürmekle ilgili ciddi problemlerin yaşanacağını öngörüyorum** (Kasım Bey, Akademisyen).

Bu eğer planlandığı gibi 31 şehir açılırsa Sağlık Bakanlığı bütçesinin %65'ini götüren bir şeye dönüşüyor. Yani bu 31 şehir hastanesi Sağlık Bakanlığı bütçesinin %65'ini götürüyor (Yavuz Bey, Hekim).

Umur hocanın zaten yaptığı hesaplamalara baktığınız zaman **10 seneye kadar neredeyse Sağlık Bakanlığının bütçesinin %60'ını yutacak bundan bahsediyoruz**. Tamam, bu devasa bir rakam, korkunç bir rakam. Bu ne demek sonuçta; geri kalan hiçbir şey, para kalmıyor demek. Biz memleketin geri kalan hastanelerine, yenisini yapmayı geçtim mevcutların işte mevcutların onarımını bakımını yapamayacağız demektir (Çiğdem Hanım, Avukat).

Düşünmüyorum. Finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum. Niye düşünmüyorum? Demin söylediğim gibi bütçeden ödenecek bunlar. Diğer ulaştırma projelerinden farklı. Ulaştırma projelerinde esas kullanıcının ödemesi. Kullanıcının ödememesi durumunda verilen gelir garantileri nedeniyle aradaki farkı devlet ödeyecek. **Ama şehir hastanelerinde mutlaka devlet ödeyecek, ödeyici tek devlet.** Bütçenin üçte ikisi donmuşken Sağlık Bakanlığının, diğer alanlarda sağlık hizmeti veremiyorken, Sağlık Bakanlığı 10 yıl sonra ben şehir hastanesine ödemem var diye Afyon'daki hastasına özür mü dileyecek. Eskişehir'de şehir hastanesi var git oraya mı diyecek. Oraya hizmet verebilmesi için bütçesini genişletmesi gerekiyor. Genişletmesi için işte demin konuştuk tarihsel olarak baktığında Sağlık Bakanlığı bütçesinin bir ağırlığı var. O ağırlığı çok değiştiremiyoruz. Genel bütçeden aldığı pay muhtemelen şey olabilir öyle bir risk var. (...) Mali riskleri zaten sürekli söyleyip duruyoruz yani **bütçe üzerinde ciddi bir yük var, hem veri mükellefler açısından hem şey açısından yükler var.** Operasyona geçtiği zaman daha uygulama hatalarını göreceğiz büyük bir ihtimalle (Umur Bey, Akademisyen).

Bu modelle devam ederse bütçeye yükü çok daha ağır olacak ve biz sağlık için ayırdığımız kaynakları zaten tedavi edeceği hekimin hizmetine yönlendirmiş durumdayız, daha da fazla yönlendirmiş olacağız. (...) Çok ekstra fonlar ve bütçeler gerektiğini düşünüyorum. Çünkü ödenen, ödenecek paralar yıllık olarak da topladığımız zamanda muazzam paralar. **Muazzam paralar bunlar ve bütçeye eninde sonunda yük olacaktır** (Cihat Bey, Akademisyen).

Bu bir problem olarak açıldıktan sonra daha net gözler önüne geldi. Çünkü Sağlık Bakanlığı bütçe görüşmelerinde şehir hastaneleri için ne kadar bir para ayırdı bu bütçeden açıklandı doğal olarak. Ve biz orada çarpıcı olarak görmeye başladık. Yani bu örneğin 2019'da, bu sene 6 milyar lira. **2021'de 17 milyar lira olacak ve bu 2020'de Sağlık Bakanlığı bütçesinin %25'i yaklaşık.** Yani dörtte biri oraya gidecek. (...) Sempozyumumuzda vardı. Sizde o görüşmelerden elde etmişsinizdir. **Hepsi bunların işlemeye başladığında Sağlık Bakanlığı bütçesinin üçte ikisi şehir hastanelerine gidebilir** (Ali Bey, Akademisyen).

Bizde bu işin sürdürülebilirliğini 32 şehir hastanesi açıldığı zaman bende sürdürülebileceğini düşünmüyorum. Verdiğim örneklerdeki ortalama süre 10 yıl.

10 yıl sonra ancak bunun olumsuzlukları finansal anlamda veya kamuya yüklediği yük anlamında ancak 10 yıl sonra ki süreçten sonra belli oluyor. Bizde henüz bu 3. 4. yıl diyelim aktif olarak süre anlamında bu sürenin sonunda ben de bu işin çok fazla sürdürülebileceğini düşünmüyorum (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili maliyetli kiralar ve kullanım giderlerinin olmasına yönelik katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibidir:

Kira ve kullanım bedelleri çok korkunç rakamlar (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin kiralari ihale aşamasındaki sözleşmede belirlenmekte, kira ödemelerinin 3-4 ayda bir yapılması gerekmekte ve kiralar ya döviz üzerinden belirlenmekte ya da zaman içinde güncellenmektedir. 2018 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesinden (bütçe 38 milyar TL), 4 tane şehir hastanesinin kirası için 2,5 milyar TL'nin ayrılmış olması (bütçenin %6,6'sı) **işletme aşamasındaki finansal sürdürülebilirliğin ne derece güç olacağının işaretidir. Üstelik sözü edilen bu 4 şehir hastanesinin ortalama yatak sayısı 1000 kadardır. İnşaat halindeki 18 şehir hastanesinin daha hizmete alınması sonrasında kira bedellerinin bütçe içindeki oranının %30 kadar olacağı tahmin edilebilir. (...)** Kira bedelleri son derece yüksektir ve yatırımcı firmaları açıktan zengin etmeye yaramaktadır. Örneğin 25 yıl boyunca Akfen Holding'e ödenecek Isparta Şehir Hastanesinin toplam kirası ile bu hastaneden 55 tane inşa ederek, hizmete sokmak mümkündür (İrfan Bey, Akademisyen).

Bir tane şehir hastanesi en az 5 tane aynı eşitlikteki devlet hastanesinin maliyeti kadar. Niye diyeceksiniz, kira bedelinden. (...) Mali konuda kurtulmanın bir tek yolu o sözleşmeye göre şans var, bir tek şans var; 5 yılda bir bu hizmetlerin gözden geçirilmesi gerekenler var. Eğer onu devlet alır ise sırtındaki yük çok değil, birazcık hafifler. Bunu almazsa planlanan 32 tanesi açılırsa, Türkiye'de sağlıkta para olmaz. Para nereye akacak? **Şehir hastanelerinin hizmetlerine ve kira bedellerine. Bunu da zaten gördüğü için genel bütçe kapsamında karşılıyorlar. Eskiden bunların hepsi döner sermaye kapsamında ödenirken, hastaneler birbirine yeterken, ödemelerle kira borçlarını 3-4 ayda bir ödeyebilir haldeyken şu anda 10 aya çıktı kamu. Bunları ödemediği halde** (Halil Bey, Yönetici).

31 tane şehir hastanesi projesi var, 32.si şehir hastanesi değil. 31 hastanenin 10 tanesi şuanda işliyor. 10 tanesinde inşaat sürüyor, 10'unda da ihale süreci. Bu arada Sancak Tepe'nin ihalesi iptal edildi. Başka bir ihale açıklanır mı bilmiyoruz. **Bunun hepsinin tamamlandığı zaman gerçekten deminden de ifade ettiğimiz gibi Sağlık Bakanlığı bütçesinin üçte ikisi buraya gidecek. Yani kira bedeli olarak konuştuğumuz şeyler şuanda 6 milyar, 2 yıl sonra 17 milyar. Her şehir hastanesi açıldığında bu artmış olacak. Bunu sürdürülebilirliği yok** (Ali Bey, Akademisyen).

Ekonomik anlamda sürdürülebilirliğini tahmin etmiyorum. Çünkü alınan hizmet çok pahalı. Bu kadar pahalı bir hizmet alımıyla bu işi sürdürmek, şimdilik sürdürülebiliyor çünkü sayı az. Sistem otursun diye kimseden ses çıkmıyor. Ama bundan sonraki süreçte ciddi sıkıntılar olacaktır (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin yüksek maliyetleri ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Yani SGK açısından sürdürülebilirlik açısından baktığında bu kadar **yüksek taahhütler** ve hedefi gerçekten hani **doğru belirlenmemiş olan ödemelerle** çok sürdürülebilir gitmez (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Bu noktada bence kamu şey yapacak yani özel sektör dediğim gibi **bu anlaşmalar sürdürülmez** ama sonuçta bir de finans boyutu var yani borçlanıldı sonuçta. Özel sektör kamu adına borçlanarak bu yatırımları yaptı yani orada bir şeye gidilir yapılandırmaya gidilir mutlaka. Özel sektör dışarıda bırakılarak borçlar üstlenilebilir yani kamu tarafından. Benim öngörüm o yönde (Pakize Hanım, Akademisyen).

Mesela Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara Şehir Hastanesi olarak adı sonradan değişti biliyorsunuz. 2018 Aralık ayı itibarıyla günlük maliyeti 3 milyon lira gözüküyor. Bir hastane düşünün günlük maliyeti 3 milyon lira. Ondan birkaç ay önce 300 yataklı yepyeni bir hastane Ödemiş'te açılmıştı. 300 yataklı bir hastane 52 milyon liraya mal edilmişti. **Düşünün 17 günlük kirasıyla, bir şehir hastanesinin 17 günlük kirasıyla 300 yataklı hastane yapabiliyorsunuz. Yani hakikaten ortaya çıkan rakamlara baktığınız zaman dudak uçuklatan bir durumla karşı karşıyayız.** 17 günlük kirasıyla siz 300 yataklı Sağlık Bakanlığının ifadesiyle 5 yıldızlı otel konforunda bir modern hastane yapabiliyorsunuz. Ama siz böyle yapmamayı ve yap-kirala-devret modeliyle yapmayı tercih ediyorsunuz ve torunlarınızı dahi borçlandırdığınız bir modelle devam etmeyi tercih ediyorsunuz. Bunun finansal sürdürülebilirliği nasıl olabilir? (Yavuz Bey, Hekim).

(...) Ya bu kadar harcamayla biz kaç hastane yapılabileceğini defalarca hesapladık. Bu işlerin ilk sahiplenicisi olan Recep Akdağ kendi memleketine 1200 yataklı bir hastane yaptırdı, devlet hastanesi. Kayseri Şehir Hastanesinin yıllık kira bedelinin biraz daha üzerindeydi. 193 milyon liraya yapıldı o 1200 yataklı hastane. İçinde hem yoğun bakım ünitesi hem tam donanımlı 7 tanede ameliyathane var. O hastane, Erzurum Hastanesi 193 milyon liraya ihale edildi 213 milyon liraya da ödenek üstüne çıkarak tamamlandı. Yan tarafına da şimdi 700 yataklı bir ek bina yapılıyor. Bütün bunların hepsi zaten bu yatırım mümkün olduğunu gösteriyor. **Yani kamu-özel ortaklığı finansman modeline muhtaç olmadığını gösteriyor yani 1 yıllık kirayla biz bu heybette bir hastane yaptırabiliyoruz.** Yani Recep Akdağ kendi memleketini şehir hastanesinden bağışık tuttu. Böyle güzelim hizmeti kendi şehrine vermemiş oldu (Çiğdem Hanım, Avukat).

Yani bu firmalara yapılan ödemeler bir süre sonra sürdürülemez hale gelir, maliyetler artar. Çünkü ölçeğin büyümesi hastanenin işletme maliyetlerini de çok fazla düzeyde artırmış durumda. (...) **Sürdürülebilirlik konusunda finans kaynakları açısından çok umut var değil.** Sağlık hizmetlerinin finansmanı önümüzdeki bu 10 Şehir Hastanesi'nin 15-20 yıllık sürecini ciddi baskı ve risk altında kalacaktır. Yıllar içerisinde büyüyen bir sorun haline gelecektir (Cihat Bey, Akademisyen).

Sürdürülebilir değil yani bunlar. Birçok hesaplar var. Siz bir hastanenin kirasıyla, 1 yıllık kirasıyla çok rahat bir şekilde birkaç hastane yapabiliyorsunuz neredeyse. Orta ölçekli hastanelerden bahsediyorum. Bunların maliyetleri gerçekten çok yüksek. **Sürdürülebilir olmadığı çok açık** hatta bunlar kamunun üzerine öyle bir yük oluşturacak ki bu kriz nasıl çözülebilir diye bir süre sonra herkes düşünmeye başlayacak o yüzden yol yakinken dönmenin iyi olacağını düşünüyoruz. 140 milyar dolarlık bir maliyeti bu ülkenin kaldırması mümkün değil (Ali Bey, Akademisyen).

(...) **Mali yükü de eksi tarafıdır. Bu anlattığım mali yükün tamamı eksi tarafıdır.** (...) Ya 19 kalemde ziyade şu olağanüstü bakıma ne için para ödüyorlar biliyor musunuz? Ne kadar para ödediklerini biliyor musunuz? **Siz rüyalarınızda göremeyeceğiniz kadar para ödüyorlar. Rüyalarınızda göremeyeceğiniz bir paradır.**

Olağanüstü bakımda ne yazıyor orada. Hiçbir şey de yok. Elektrik tesisatı, su tesisatı, asansör. Niye her ay ödüyorsun? Sözleşme, ana sözleşmede yazdığı için ödüyorsun işte. Bu para nereye gidiyor? Firmanın kasasına gidiyor. (...) **Kesinlikle sürdürülemez. Neden sürdürülemez biliyor musun? Kapanan hastanelerin maliyetini topluyorsunuz, şehir hastanesinin maliyetine bakıyorsunuz karşılaştırınca aradaki uçurumu gördüğünüzde ne olacağını görmek çok kolay.** Her yıl düşünün kredi kartınız var. 3 bin lira geliriniz var, her ay 5 bin lira harcıyorsunuz. Yılsonunda ne olur biliyor musunuz? 25 bin lira eksidesiniz. Çok basit rakam. Yani kartınızı harcar gibi, maaşınızın üzerine para harcar gibi düşünün. Şuanda şehir hastaneleri hazır yiyor. İleriye dönük baktığın zaman korkunç rakamlar çıkacak. Şimdi varsa Bilkent'i sorgulayın. Ne kadar devletten alacağı var? 3750 yatak. Kirasını devlet ödeyemiyor çünkü oralara para aktarınca taşradan çekiyorlar. **Yani bir noktada bu finansal sürdürülebilirliğin olmayacağını ve tıkanacak net bu yani.** Tıkanı. **Çünkü korkunç paralar.** Geleceğimiz bitiyor. Düşünün, 30 şehir hastanesinin açıldığını düşünün. Ülke herhalde bir 100 yıl sağlığa yatırım yapamaz. Bence o meblağları AR-GE çalışmalarına harcasalar daha çok faydası olurdu. Aşı üretmeden, ilaç üretmeden tutun. Şaka değil bunlar çok ciddiym. Hastanelerin büyüklüğü, ulaşılmaz olmasının yanında atıl alanı çok sıktı (Halil Bey, Yönetici).

Hastane olarak personel maliyeti arttı. Otelcilik hizmetlerinin maliyetleri arttı. Kaliteli hizmetler için maliyet devlet açısından arttı. Acıbadem kalitesinde iş ve yemek isterseniz burada maliyetlerin artması normaldir. Yemek dağıtım maliyeti bile var. Yani şehir hatanelerinde her türlü maliyet arttı. Basiretli devlet adamı düşünmeli bunları görmeli, maliyetleri iyi hesaplanmalı bu kalitede hizmetin maliyeti olacak. Sürdürülebilirliğini eski sistemde de bu durum vardı. Masraf arttı. Bunu nasıl ödenecek masrafların hepsini SGK'dan karşılaması mümkün değil. En azından bina maliyetini karşılayamaz. Doğal olarak yetmeyecektir. SB bütçesini artırması gerekir. Bütçeden karşılayamıyorsa sağlık turizminden gelir elde etmesi gerekir. **Aksi takdirde bu maliyetler karşılanamaz. Finansal risk vardır. Sürdürülebilir olduğunu pek öngörmüyoruz** (Hale Hanım, Yönetici).

Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğine dair katılımcıların borç yükü oluşturacağı yönünde ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Finansal açıdan da bu kiralar sürdürülebilir değil, **çok ciddi bir borç yükü getirecektir hazinenin üzerine, idarenin üzerine** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Geçen yılda yayınlanan, internetlerde erişebilirsiniz Avrupa Birliği Sayıştay'ı diyebileceğimiz bir kurum var. Avrupa Birliği ülkelerindeki kamu-özel işbirliğini değerlendirme raporu yayınladı. 2018 yılında bilmiyorum görme şansınız oldu mu? Orada bu tespitler ciddi biçimde yer alıyor. **Burada kamu yararının oluşmadığı, ciddi borç yükünün oluştuğu ve bu modelle yatırım yapılacaksa çok dikkatli davranılması gerektiği diplomatik bir dille o rapora yansımış durumda.** Türkiye'deki Kalkınma Bakanlığı raporlarına da bakarsanız orada da göreceksiniz aslında Avrupa Birliği ülkelerinin ciddi biçimde kamu-özel işbirliğinden uzaklaştığını. Türkiye'de ise özellikle 2010'dan itibaren ciddi biçimde burada bir artış görüldüğünü de göreceksiniz (Yavuz Bey, Hekim).

Artı bunları Sayıştay'ın Raporu çok net ortaya koyuyor. Ama birkaç şeyi söyleyelim. Ben zaten 2009'dan beri bu işleri çalışıyorum. 2009'dan beri yaptığım konuşmalarda yazdığım makaleler de bunları hem öngörülerimizle hem de hem yurtdışı örnekleriyle hem de Türkiye'de açılan hastanelerde karşılaştığımız örneklerle toplumda buluşturuyoruz.

Nedir? Sayıştay şöyle bir şey söylüyor. Diyor ki Yozgat Şehir Hastanesi'ni alan şirketler çamaşır yıkama hizmetini bir şirketten alıyorlar. Alt yükleniciden. Bu alt yüklenicinin şöyle bir özelliği var. Bu alt yüklenici Yozgat Sorgundaki Devlet Hastanesi'nin klasik bir devlet hastanesi çamaşır yıkama ihalesi ne de girmiş onu da almış. Sayıştay denetçisi bu alt yüklenicinin Sorgun Devlet Hastanesin de yıkama bedelleri ile şehir hastanesindeki yıkama bedellerini karşılaştırmış. **Arada kaç kat fark var? 14 kat fark var.** Şimdi arada 1 kat fark olsaydı. Belki birtakım tartışmalar yürütülebilirdi. Ama bir çarşafı aynı firma aynı çarşafı çarşafın özellikleri de aynı burada altını çizelim. Sorgun Devlet hastanesine 1 liraya yıkarken, Yozgat Şehir Hastanesine 14 liraya yıkıyorsa ve sistem bunun yolun açmışsa burada artık bizim yüksek maliyet, aşırı maliyetten daha farklı bir şeyler konuşmamız gerekir. Dolayısıyla başlangıçta sözünü ettiğim **Türkiye sağlık sistemine etkisi bağlamında çok aşırı bir yükü karşı karşıyayız** (Kasım Bey, Akademisyen).

Mali alanla ilgili ise bir çalışma yapmadım bilemiyorum. **Maliyet olarak destek almazsanız hastane kendi kendisini çeviremez.** Ama vatandaşa nitelikli hizmet vermek istiyorsanız maliyetine katlanacaksınız böyle bir durum var. Firmanın her türlü hizmetleri yürütecek personeli var. Bunun da maliyet olarak bir karşılığı var. Finansal olarak sürdürülebilir olması için şuna bakılmalı. Bu hastaneleri biz yapsaydık ne kadar da yapardık. Aradaki bu farka bakıp makasın ne kadar açık olduğuna bakılmalıdır (İsmail Bey, Yönetici).

Bu model ülkemize hiçbir şey kazandırmayacak, tam tersine ekonomimizden, halkımızın sağlığından çok şey götürecek, gelecek kuşakları **gereksiz borç yükü altına sokacaktır.** (...) Bakanlığın kendi hastanelerinin de aynı sorundan muzdarip olduğu herkesçe biliniyor. Bu sorunun içindeki bir sorun da **borçluluk ve finansal sürdürülemezliğin büyük hastanelerde,** aynı zamanda eğitim kurumu olan hastanelerde daha da büyük olması. Dolayısıyla **şehir hastanelerinin borçluluğunu önemli bir sorun olarak beklemeliyiz** (İrfan Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili katılımcılar garanti tutar ve miktarlarla ilgili ifadeleri şu şekildedir:

İşte diyorum ya kamu özel olarak kalırsa çok zor yani çok ciddi bir yük oluşturacak ki şu anda işte yüklenilmiş aslında. **Yani garantiler verilmiş falan ama garantide uygun şekilde verilmemiş.** Hani garanti verme yetkisi idarenin değilken idare ben yetki kullandım falan diyor ve hukuki dayanağı olmadığını görüyoruz. **Dolayısıyla bunlar ciddi sorun alanları** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Hatta Elazığ'da çok çarpıcı, hiç olmayan bir birim için tüp bebek ünitesi için garantiler verildiğini görüyoruz ve bunun için ödemeler yapıldığını görüyoruz (Yavuz Bey, Hekim).

Valla yapılan işin ne denli doğru olduğu üzerinde soru işaretleri var. **Yani pek çok sağlık hizmetine gitmeyen keyfe keder kısımların bu şirketlere ödenmek zorunda kaldığı yönünde ifadeler var.** İşlevsiz alanların yaratılıp sağlık hizmetine bir katkısı olmayan bu alan üzerinden bedel ödendiği yolunda ifadeler var. İşin kendisi yanlış olunca sürdürülebilirliğini tartışmanın da çok fazla bir anlamı yok (Selim Bey, Akademisyen).

Onlar Sayıştay raporuyla da yer aldı. **Borç üstlenim taahhüttü Sağlık Bakanlığı öyle bir taahhütte bulunmuş.** Normalde bu hazinenin yapabileceği bir işlem. Sağlık Bakanlığı ben hazineden yetki aldım diyor, ben kendim yapabilirdim diyor. Kanun

bunu ön görmüyor ama diyor. Sayıştay bunun belgesi var mı diyor belgesi de yok diyor (Umur Bey, Akademisyen).

Finansal sürdürülebilirlikte benim gözlemlediğim o alanda direk görev yapmadım ama görev yapan arkadaşlarla görüşüm ve yardım masasının şikâyetlerini okuduğumda da ortaya çıkıyor, birçok bilgi notları hazırlandı. Gözlemlediğim oldu. **Finansal sürdürülebilirlikte sözleşmelerin iyi yapılmamasından hani birim fiyatların hani çok iyi tespit edilememesinden kaynaklı sıkıntılar var** ve bunu işte uygulayıcıların dikkatleri ve işi daha çok sahiplenmeleri gerekiyor çözümlenmesi için de (Mehmet Bey, Uzman).

Çiğdem hanım şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili bu hastanelerin meşru olmayan borçlar ve kamu zararı oluşturduğunu şu şekilde yorumlamıştır:

Sayıştay borç üstleniminin Sağlık Bakanlığı tarafından yapıldığını tespit etmiş onu söylüyor. Ama şöyle bir şey var; Dünya Bankasının da kabul ettiği ve uluslararası tahkim tartışmalarında da kabul edilmiş bir gayri ahlaki borç meselesi var. “Odious debt” deniyor buna. Kamunun meşru rızası alınmadan, yeterince bilgilendirilmeden, maliyeti kamuya halka tam olarak açıklanmadan, dar çevreler tarafından karar verilerek oluşturulmuş borçlar gayri ahlaki borçlar olarak değerlendiriliyor. Dolayısıyla yatırım tahkiminde de bu gayri ahlaki borçlanmaların halk tarafından üstlenilmesinin de demokratik olmayacağı kabul ediliyor. Ben bu kadar gizlilikle birlikte ve süreci de takip ettiğim kadarıyla şehir hastaneleri nedeniyle **oluşan borcun gayri ahlaki borç statüsüne gireceğini düşünüyorum. (...)** Finansman modeli olarak da **kamu zararına neden olduğu** ve maliyetleri arttırmakla birlikte zaten finansman nedeniyle şiştiği ve özel sektör üzerinden borçlanıldığı için de devlet borçlanmasına göre kat ve kat fazla borç yarattı. Ve şirketler yararına oluşturulan boşluklar nedeniyle de buranın hem kötüye kullanmaya hem de işlevsizleşmeye mahkûm olduğunu düşünüyorum (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili olumsuz görüş beyan eden katılımcılar hastanelerin yüksek maliyetlerine dair ifadelerde bulunmuşlardır. Şehir hastanelerinin bütçe üzerinde bir yük oluşturacağı, maliyetli kira ve kullanım giderleri olduğu, garanti verilen oran ve tutarların yüksek ve gereksiz olduğu ve kamu zararının oluşmasına neden olduğuyla ilgili ifadeler dikkat çekicidir. Bu yüzden katılımcılar şehir hastanelerinin finansal yönden sürdürülebilir olmadığını dile getirmişlerdir. Hazinesinin üzerinde ciddi bir borç yükü oluşturacağı nedeniyle hastanelerin finansal olarak sürdürülemez oluşuna dikkat çekilmiştir.

4.3.2.2. Hastaya Yansımaya

Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğine ilişkin ikinci olumsuz görüş ise hastaya yansımadır. Hastanelerin giderlerinin karşılanabilmesi ve finansal olarak sürdürülebilir olması için sağlık hizmetini kullanan vatandaşlardan bu hizmetlerin karşılığında alınan katkı paylarının yükseleceği yönünde bazı katılımcılar görüş beyan

etmişlerdir. Kullanıcı katkılarının ve primlerin artacağı ile ilgili de ifadeler mevcuttur. Katılımcıların ifadeleri aşağıda verilmiştir:

Yani ödediğimiz **primler oranlar yükselecektir. Çünkü SGK'nın o sürdürülebilirliğini sağlayabilmesi için mutlaka havuzdaki dolduracağınız oranların yükselmesi lazım.** Daha yüksek oranlarda belki GSS primleri yükseltilecek. Ya da vatandaşın ödediği prim oranları yükseltilecek. Ya da hastanelerin döner sermayeleri ile ilgili düzenlemelere gidilebilir. Ya döner sermaye oranlarını düşürürsünüz ya da döner sermayeden ödenecek kalemleri hastanelere pas edersiniz bunları siz ödeyeceksiniz. (...) Dengeyi böyle kuracaksınız. Ya getiri tarafından artıracaksınız yani prim oranlarını yükseltip ya da GSS deki o işte fix ödedikleri rakamı yükselteceksiniz. Ya hastanelerin döner sermaye oranlarını düşürüp Bakanlığa aktarılacak oranları artıracaksınız da bazı hizmetleri hastanelere pas edeceksiniz. (...) **Ancak böyle sürdürülebilirliği sağlarsınız** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Portekizde böyle karayolu projelerinde yıllar önce devlet dedi ki ben ödeyeceğim karayolunu yani bizim Sağlık Bakanlığının modeliyle yol yaptırdılar. Kullanıcılardan beş kuruş almayacağım dedi. **Sonra dediler ki biz ödeyemiyoruz bunu pardon, kullanıcılar ödesin bunu dediler. Yarın şehir hastanelerinde de aynı şeyi yapabilirler. Bizden şu anda para almadıkları bir sürü hizmetten para almaya başlayabilirler. Katkı payları artacak** (Umur Bey, Akademisyen).

Bir de dediğim gibi sağlıklı hesaplamalarda yapılamıyor bir süre sonra bunlar şey yani çok ciddi bir defa kamu eleştirisiyle karşılaşacak. Daha insanlar çok fark etmedi, biraz **bizim hayatımıza yansımaları başlayınca insanlar hani herkes muhalefet eder bu olaya.** Herkes cebinden fazladan çıkacak paraya muhalefet eder. Orada herkes şeyi koparır bence yaygarayı koparır (Pakize Hanım, Akademisyen).

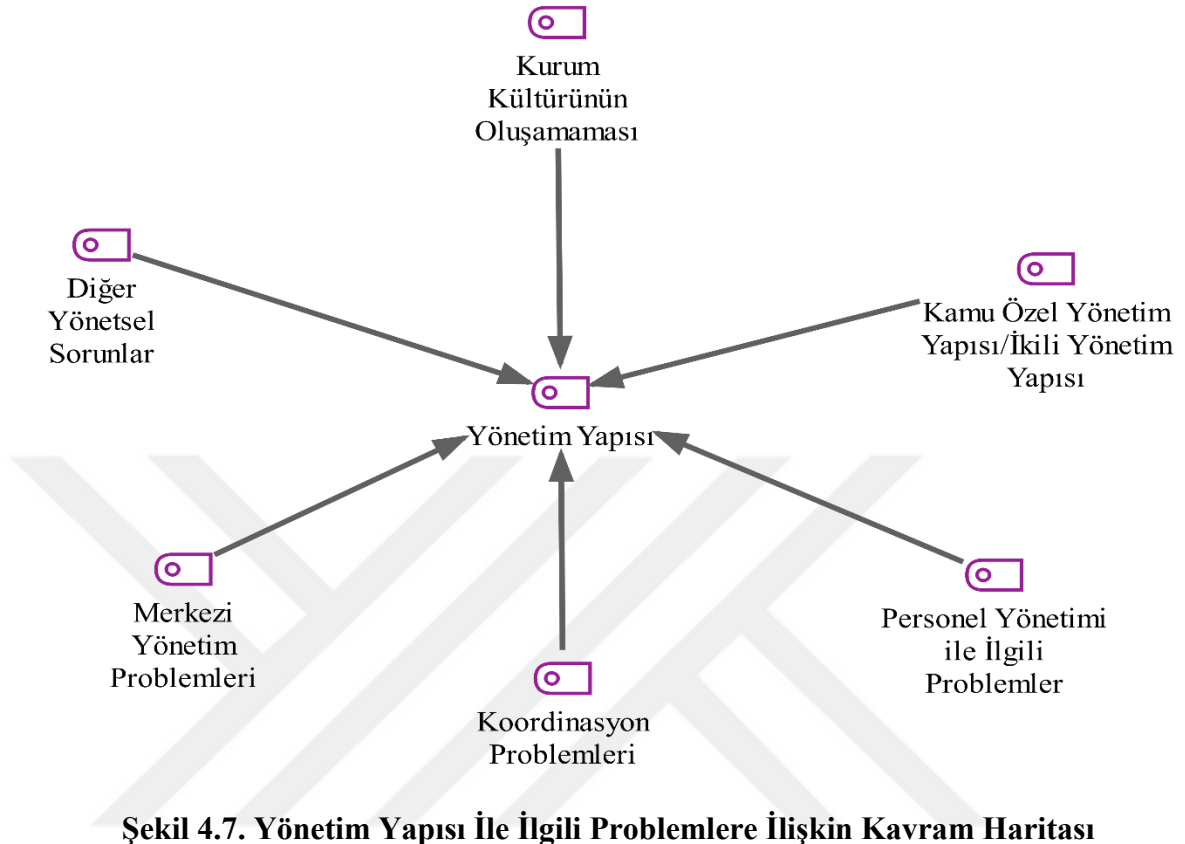
Bu bizi niçin ilgilendiriyor? İki şekilde. **Bir vatandaş olarak ilgilendiriyor çünkü bu tamamen bizim verdiğimiz vergilerle oluşturuluyor. Bu sefer vergiler arttırılıyor işte son dönemde oldukça yaşıyoruz.** İkincisi sağlık alanında bütçe belli. O zaman hiç başka bir alanda ne yatırım yapabileceksiniz, ne hastane yenileyebileceksiniz, ne ihtiyaçların karşılanması gibi bir şey yapabileceksiniz (Ali Bey, Akademisyen).

Katılımcılar şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak için çeşitli şekillerde sağlık hizmetini kullanıcılardan ya da vatandaşlardan bunun karşılığının sağlanacağını ifade etmişlerdir.

4.4. YÖNETİM YAPISI İLE İLGİLİ PROBLEMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Şehir hastanelerinin yönetim yapısı ile ilgili bilgi edinmek için katılımcılara “Şehir Hastaneleri modelinin yönetim yapısı ve işleyişi ile ilgili görüşleriniz nelerdir? ana sorusuyla “İşleyişle ilgili sorunlar var mı? Bununla ilgili neler söyleyebilirsiniz?” sonda soru sorulmuştur. Katılımcıların verdiği cevaplar “merkezi yönetim problemleri”, “personel yönetimi ile ilgili problemler”, “koordinasyon problemleri”, “kurum kültürü oluşmaması”, “ikili yönetim (kamu özel yönetim) yapısı” ve “diğer yönetsel problemler

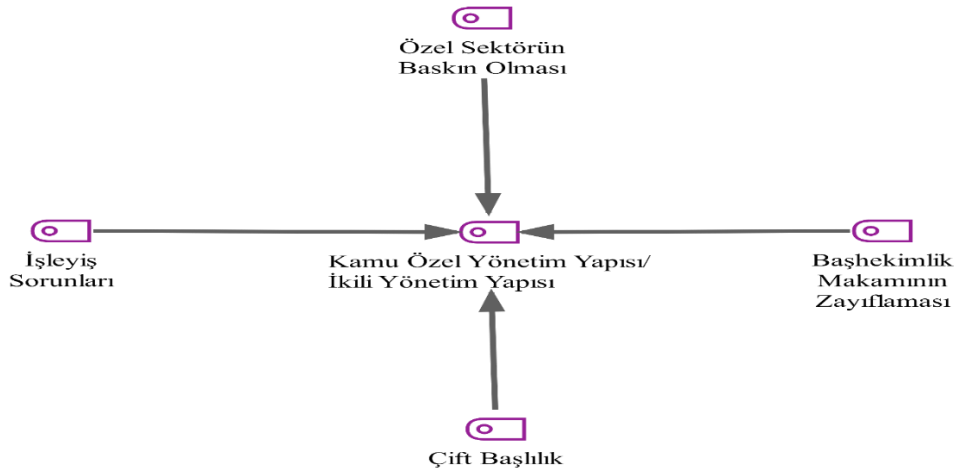
olmak” altı alt temada toplanmıştır. Elde edilen temalara ait kavram haritası Şekil 4.7’de gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Yönetim Yapısı İle İlgili Problemlere İlişkin Kavram Haritası

4.4.1. İkili (Kamu-Özel) Yönetim Yapısı ile İlgili Problemler

İkili yönetim yapısı ile ilgili problemler kendi içerisinde başhekimlik makamının zayıflaması, özel sektörün baskın olması, işleyiş problemleri ve çift başlılık olmak üzere dört alt temaya ayrılmıştır. Bu temalar Şekil 4.8’de gösterilmiştir.



Şekil 4.8. İkili (Kamu-Özel) Yönetim Yapısı ile İlgili Problemler

4.4.1.1. Başhekimlik Makamının Zayıflaması

Başhekimlik makamını zayıflaması ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Şimdi bir kere yönetim yapısı çok başlı. Şimdi bir şirket var, bu şirketin bağlı olduğu genellikle Ankara'da bu şirketin merkezi var. Kararların oradan onaylanması gerekiyor. **Artı bir hastane başhekimi var ama başhekim yetki sahibi değil. Yetki, karar verme yetkisi şirket yönetiminde.** Çalışanlar şirket yöneticileriyle görüşemiyorlar, böyle bir imkân yok. Mesela bir sorun varsa sabit bir telefon var, orayı arıyorsunuz oradan size geri dönülüyor. Dilekçe vermeniz bile mümkün değil. Sorunu anlatmanız yüz yüze konuşarak çözüm yollarını birlikte görüşmeniz, değerlendirmeniz mümkün değil. (...) Çünkü burada kastettiklerimiz alt yapıyla ilgili, işleyişle ilgili olan şeyler. **Hani başhekim o zaman ne yapıyor? Çalışanlarla bir araya geliyor, onların sorunlarını dinliyor. Bunun dışında kendisinin yapacak bir şeyi yok.** Başhekim gidip şirketten bir şey talep etmiyor ya da çalışanların temsilcisi gibi şirketle konuşmuyor (Ali Bey, Akademisyen).

Şimdi öncelikle şöyle bakalım ben bugün Bursa Şehir Hastanesindeydim. Hatta istersen fotoğrafını gösterebilirim. Hastanenin dışında baktığında başhekimlik yazan bir yer var. Onun hemen biraz yanında da yönetim yazan bir yer var. Şimdi sen sağlık yönetiminde doktora yapıyorsun başhekimlik tabelası ile yönetim tabelasının yan yana ama ayrı şekilde aynı büyüklükte yazılmış olmasının bir anlamı var. **Değil mi demek ki başhekimlik yönetim işlevini üstlenmiyor. Ortak yürütecek olsalar yönetim diye ayrı birim tabelasının orada olmaması gerekir. Fiili durumda budur.** Başhekimlikler sanki varmış gibi görünmesine rağmen ben sana bunu bir sürü hastane örneği üzerinden anlatabilirim. (...) Çünkü en son Elazığ'da ondan önce Adana'da Mersin'de, Eskişehir'de, Manisa'da ve Ankara'da hekimlerle yaptığımız oradaki çalışan hekimlerle yaptığımız toplantılarda. **Aslında başhekimliğin herhangi bir yetkisinin olmadığını çok net örnekleri var karşımızda. Dolayısıyla aslında ikili bir yönetim yok tekli bir yönetim var. Başhekimlik devre dışı. Bu hastaneleri de şirketler yönetiyor. (...) Şimdi burada başhekimliğin sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan küçük bir cihaz alımında dahi söz sahibi olmadığı bir yapıda ikili bir yönetimden söz edemeyiz.** Ancak başhekimliğin yetkisi şurada var. İşte hangi hekim çalışıyor, hangi sağlık personel çalışıyor. Bunların özlük haklarının genel bütçeden gelenlerin aktarılması ve **ayrıca bir başhekimin şehir hastanesi başhekiminin bana söylediğinden yola çıkarak söylüyorum. Sözleşmede şirketlerin yükümlülüklerini yerine getirip getirmediikleri takip edilerek, her ayki hak edişlerinin hesaplanması ve imzalanması. Yoksa hastane yönetiminde artık bildiğimiz klasik olarak başhekimliklerin yeri bugün itibarıyla yok.** Etkin pozisyonda değiller demiyorum bak yok. Bir karar verici özelliği olupta karar veremiyor olsa o zaman etkin pozisyonda değil deriz. Oysaki karar verici özelliği yok. **Duvara bir şey çakılacağı zaman bile bu hastanenin yönetim sorumlusu o şirketin oradaki müdürü.** Dolayısıyla öyle bir şey yok (Kasım Bey, Akademisyen).

Şirkette diyor ki benim sözleşmem böyle ben bu sekreteri başka bir yerde çalıştırmam diyor. Ve o noktada siz tıkanıyorsunuz. **Başhekim de benim o sekreteri oradan alıp başka bir yere verme yetkim yok diyor.** Ama sağlık bir bütünseldir. Bütünsel davranılır. İster sağlığın içindeki hekim, hemşire ve teknisyen olsun. İsterse dışındaki sekreter olsun. Biz onu bütünsel kavram içinde değerlendiririz. Çünkü sağlık bir ekip işidir (Adem Bey, Akademisyen).

Firma ekibinin daha böyle yönetici havasında olduğunu hatta ve hatta Sağlık Bakanlığı yöneticilerinin o firma yöneticilerinden habersiz neredeyse hiçbir şey

yapamadıklarını, en ufak bir ihtiyaçta onlarla muhatap olmak durumunda kaldıklarını ifade eden geri dönüşler var (Cihat Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak katılımcılar şehir hastanelerinde başhekimlik pozisyonunu zayıfladığını ve karar alıcı özelliğinin sınırlandırıldığını dile getirmektedirler.

4.4.1.2. Çift Başlılık

Bu başlık altında şehir hastanelerinin çift başlılıkla ilgili problemlerine değinilmiştir. Bazı katılımcılar çift başlı yönetimle ilgili şu ifadeleri kullanmışlardır:

Bir kere hastanelerde iki başlı bir yönetim oluşmuş durumda. Sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının belirlediği idareciler tarafından yürütülüyor ancak hastane işleyişi genel olarak şirketin idarecileri ve onların ihale verdiği alt yükleniciler tarafından yürütüldüğü için **ciddi aksamalar ortaya çıkıyor. Hastane içerisinde bir problem ortaya çıktığı zaman çözümü son derece zor oluyor, saatler alabiliyor.** (...) Bir de bunu ikiye katlayan yönetimin bir kısmının da, aslında pek çok meslektaşımız aslında hastaneyi yöneten şirket diyor. **Yani iki başlı yönetim diyorum ama muhtemelen bunu net bir şekilde önümüzdeki yıllarda daha net bir şekilde göreceğiz** (Yavuz Bey, Hekim).

Ama iki başlı yönetim olduğu, idari tarafı hastane tarafı. Bunlar birbirinden tam olarak ayrılması işin doğası gereği çok mümkün değil. **Dolayısıyla iki başlı, iki müdürlü etkin hizmetin tam tersi yönünde etkisizlik yarattığı yönünde uygulamadan şikâyetler var** (Selim Bey, Akademisyen).

Sağlık çalışanları benim gözlemleyebildiğim kadarıyla şöyle sıkıntılar yaşıyorlar; bir hastanede ikili yönetim yapısı ile karşı karşıyalar, bir kendi amirleri olan başhekimlik var, bir de işte tıbbi hizmetler dışındaki bütün o işleri yönlendiren şirket ve şirket yönetimi var. **Bu ikili yönetim yapısı zaman zaman sıkıntılara yol açıyor en azından bizlere aktardıkları kadarıyla.** Hatta ve hatta bazı meslektaşlarımız şöyle gözlemlerini aktarıyorlar; sanki hastanenin gerçek yöneticisi firmaymış gibi bir hava olduğunun da hani her şeyin hastanede yürüyen çoğu işin firma üzerinden yönlendirildiğine, gittiğine ve firma yöneticilerinin biraz daha etkin hale geldiği yönünde gözlemlerini paylaşıyorlar var. (...) Dolayısıyla bu ikili yönetim yapısının yarattığı işleyişte bazı sıkıntılar olmuyor değil (Cihat Bey, Akademisyen).

Yönetimde iki başlılık mesela bir başhekimde çok ifade ediyorlar ama başhekim yetkisiz bakıldığı zaman. Şirket yöneticileri ve yöneticilerle bu birçok yerde yüz yüze görüşemiyorsunuz. Öyle bir imkânınız yok (Ali Bey, Akademisyen).

Bazı katılımcılar şehir hastaneleri yönetim modelinin karışıklığa yol açtığını şu ifadelerle anlatmaktadırlar:

Bu kamu hastaneleri birliği sistemi aslında şehir hastanelerinin modeline daha uygundu ve o yürümedi. O da mesela Türkiye'ye has nedenlerle yürümedi çünkü o da Türkiye'nin nasıl bir yer olduğu öngörülmeden böyle getirip şablon oturtmaya çalışmaktan oldu. O birliklerin içerisinde bir tane hastane olacaktı aslında şehir hastaneleri. **Şimdi o modelde de değişiklik yapıldığı için burada aslında ne yapılacağına dair bir kafa karışıklığı var** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Ortada bir karmaşa var yine çok yakın bir zamanda biliyorsunuz taşeron firmaların elemanları sözleşmeli olarak şeye alındı. Bunun içerisinde temizlik vardı, güvenlik vardı, bilgi hizmetleri, sekreter hizmetleri vardı. Bunlar kamunun personeli oldu ardından kamu özel ortaklığıyla hastaneler açılınca özel sektör dedi ki işte sekreter hizmetini ben yürüteceğim dedi yani bana verdin dedi ben kendi elemanımı kendim getiririm. O zaman kamunun elindeki personel açıkta kaldı, hadi dediler gidin gönlünüze göre başka bir hastanede sizi istihdam edelim dediler. **Ama insanların çoğu gidecek yer bulamadı, gidemedi. Hastanenin içinde kalmak zorunda kaldı bu sözleşmeli insanlar dolayısıyla burada ciddi bir karmaşa yaşanıyor zaten şuanda. Ne yapıyorlar, nasıl çözdüler bilmiyorum** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Bazı katılımcıların şehir hastanelerinin yönetim zorluğu oluşturduğu yönündeki ifadeleri şu şekildedir:

Hasta olarak gitmedim ama hasta olarak gidenlerden duyduğum kadarıyla çok yorucu, bir yerden bir yere ulaşmanın çok zor olduğu, sağlık çalışanları açısından iş yüklerinin çok arttığı, **yöneticilik açısından bilinmezliklerle dolu, yönetilmesi zor yani devasa yapılar** dolayısıyla böyle devasa yapılar sağlık tesisleri açısından uygun değil diye düşünüyorum. (...) Hani Sayıştay'ın raporunda da vardı okumuştur. Şöyle bir eleştirisi var **Sayıştay'ın diyordu ki; yönetsel anlamda sıkıntı yaratabilir bu şehir hastaneleri.** Kamu da şöyle bir cevap vermişti; bizim yönetsel kapasitemiz, yılların verdiği bir deneyimimiz var, birikimimiz var dolayısıyla yönetsel anlamda bir sıkıntı yaşamayız şeklindeydi. Oysaki öyle değil. Yani şimdi yıllardır yönetilen hastanelerin yapısıyla şimdiki hastanelerin yapısı aynı değil. Bir defa eskiden numuneyi yönetiyordu diyelim yönetici. Numunede yılların getirdiği bir birikim var, bir kültür var, bir atmosfer var, bir sistem var. Yani iyi kötü kimse olmasa bile sistem çarklar dönüyor. Ama şimdi şehir hastanelerinde numune geldi, o geldi, bu geldi derken hani birbirine yabancı personel birbirine yabancı. **Zaten ortama herkes yabancı, 3-5 ay önce bir önceki hastane taşınmış falan dolayısıyla insan kaynağı açısından da sistem kaynağı açısından da diğer kaynakların yönetilmesi açısından da ciddi bir karmaşaya yol açacak bir ortam var** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Bilkent Şehir Hastanesinde, Ankara Şehir Hastanesinde 3700 yataklı bir hastane. 8 tane başhekim var, her bir bloğa 8 başhekim var ve onların her birinin koordinasyonunu sağlayan başka bir başhekim var. Hani bunun doğru bir yönetim modeli olmadığını eminim sizlerde bilimsel çalışmalarınızla ortaya koyacaksınız (Yavuz Bey, Hekim).

Dolayısıyla firmanın kendi içerisindeki yönetim yapısı da oldukça önemli. Hani bu büyük hastanelerin özellikle altyapı hizmetlerini yürütürken nasıl bir yönetim yapısı ile yürütüyorlar, onlar da bazen bazı şirketlerden hizmet satın alıyorlar. **Bu iş biraz daha karmaşık hale getiriliyor.** Bunun da olumsuz etkileri olabildiğini görüyoruz, duyuyoruz daha doğrusu meslektaşlarımızdan. Böyle bir süreç yaşanıyor gibi görünüyor firma ve yönetim açısından (Cihat Bey, Akademisyen).

Ankara Şehir Hastanesi idare yönetimi daha tam oturmadı. Kamunun yönetimi bize göre tam oturmadı. Yönetim olarak bizim onlarla entegre olmamız gerek. KÖİ maddesini yani işbirliğini maddesini işletmemiz gerek. Kamunun içindeki mekanizmaları daha hızlı çalışır hale getirmesi gerek. **Daha yavaşlar. Karar alma süreçleri, çözüm ve sonuçlandırmada sıkıntı yaşanıyor** (Hale Hanım, Yönetici).

Hani o biraz yönetimle de ilgili bir kısma ister istemez girmiş oluyoruz ama çünkü bir hekim şirketle muhatap olmanın çok zorluklarını yaşıyor, muhatap da olamıyor zaten. Mekanik bir ilişki var yani bir telefon sistemi üzerinden. Yüz yüze görüşmede biraz daha net konuşuruz belki. O şirket içinde çalışma mesela bir arkadaşımız anlatıyordu, biraz mesaisi uzamış geç çıkacak yarım saat bir saat yemekhaneyi bu nedenden kullanamıyor. Çünkü kartı iptal ediliyor. Ya da işte asansör meselesi gündeme geldi. Merdiven yok, asansörle ilgili zorluklar var. Her şey WhatsApp mesajlarından bunlarla yürütülüyor ama bazı yerde telefon çekmiyor, orada siz tamamen kopuyorsunuz gerçekten. Muhatap kimseyi görmüyorsunuz, telefon açıyor size geri dönüyorlar. Şirket bir şekilde size bilgi veriyor yapıyoruz, yapmıyoruz diye. **Yani o şu açıdan önemli, kamunun ve hekim olan başhekimin sağladığı, çalışanlarla kurduğu ilişki tamamen ortadan kalkıyor ve bir şirket elemanı gibi giderek daha fazla öyle görünmeye başlanıyorsunuz ve bunun getirdiği birçok başka sıkıntı oluyor.** Mesela bir yerde anlatıyorlardı; servisleri yok, ama şirket çalışanların var şirketin imkân sağladığı. Böyle ikili durumlar ortaya çıkıyor, farklılıklar ortaya çıkıyor, çalışma koşulları. Aynı ortamda ama siz oradan faydalanamıyorsunuz (Ali Bey, Akademisyen).

Cihat Bey hastane yönetiminde hiyerarşik problemlerin oluşabildiğini şu şekilde açıklamaktadır:

Sahada farklı karşılıkları olabilir. Dolayısıyla bu ikili yönetim yapısı farklı farklı etkiler doğurabilir personel üzerinde. **Zaman zaman da aslında hani tıbbi hizmetler bölümünde çalışanlar üzerinde hiçbir hiyerarşik şeyleri yokken, zaman zaman da bu firma yöneticilerinin sanki bir orada hiyerarşik bir yöneticiymiş gibi davrandıkları yolunda da hekimlerin bazı gözlemleri ve deneyimleri var** (Cihat Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde özel ve kamu arasında çatışmaların olabildiğini bazı katılımcılar şu şekilde anlatmaktadır:

Şehir hastaneleri benim gördüğüm en büyük eksiklik ise, kamu personelinin bu işte yeterli hazırlıklı olmadığını gördüm. Hangi gerekçeyle yetersiz gördüm. Bu bir ortaklı değil mi? Kamu özel ortaklığı diye geçiyor. **Ancak kamu personeli özel sektörü ortak olarak değil de taşeron olarak görmek istiyor. Bu çok büyük bir dezavantaj. Bu olay her şeyi etkiliyor.** Örneğin otopark biz diyoruz ki özel sektör olarak, burayı doktorlar kullansın, acile gelen yerleri acil hastalar kullansın, doktorlar ve idare personeli kapalı otoparkı kullanmasını öneriyoruz. Ama hiçbir şekilde uymuyorlar. **Ondan sonra bizim personelimiz onları uyardığında ben devlet memuruyum bana karışamazsın deniyor.** Her kuralın uygulanmasında karşımıza bu durum çıkmaktadır. Ben devlet memuruyum bana karışamazsın muhabbeti olmaktadır. **Biz devletiz ne dersek o olur düşüncesi hâkim. Bu bakış açısı olduğu için bazı karar almalarda problemler doğal olarak yaşayabiliyoruz** (Serdar Bey, Yönetici).

Ama burada özel sektör kamu lehine çalışır mı? Özel sektör ne yapıyor işte. Kârını maksimize etmeye çalışıyor. Hepsi Türk hepsi bu ülkenin evladı gittik gördük Adana'da ama ayrı kaldıklarında bir bakıyorsun özel sektör bilgi saklıyor ya da ne bileyim işte diyor ki hocam biz daha iyiyiz diyor mesela. Kamudaki arkadaşlar daha çünkü bilmiyor diyor. Şey gibi hani aynı evde yaşıyorsun ama birisi ev sahipliği yapıyor diğeri misafir gibi. Oysaki diyoruz ki biz ikisi de ev sahibi. Öyle olmuyor ama. **Şartlar eşit değilse orada mutlaka biri diğerini aldatabilir, biri diğerine kazık atabilir. Bu çok insani şeyler bunlar.** (...) Dolayısıyla kamu özel ortaklığı işte burada devreye giriyor belki. İşte kamu nereyi yönetiyor, özel nereyi yönetiyor, ortak alanlar neresi, ortak yönetsel konular

neresi ve burada ortaya çıkan çatışmalar nasıl çözülecek. Hani sözleşme boyutunda bazı şeyleri yazmışlardır mutlaka genel çerçeveyi çizmişlerdir. **Ama hepimiz biliyoruz ki insan ilişkileri ve hani küçük olaylara odaklandığınızda işler karışabiliyor. İşler karışıyor.** Yani dediğim gibi işte numunedeki hemşirenin tartışmasını başhemşire gelir çözer ama işte böyle bir şeyde ortaklık olan bir yerde atıyorum işte özel sektörün personeliyle kamunun personeli çatıştığında bunu nasıl çözeceksiniz gibi. Çok basit bir şey belki, belki de yöneticilerin en fazla sıkıntı yaşadığı böyle insan kaynaklarının çatışması konusu bile başlı başına bir kaosa dönüşebilir (Pakize Hanım, Akademisyen).

Sonuç olarak bu başlık altında katılımcılar şehir hastanelerinde oluşan çift başlılık durumunu eleştirmişlerdir. Çift başlılığın yönetim düzeylerinde karmaşıklığa ve zorluklara neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bunların yanında kamu ve özel arasında çatışmaların yaşabileceği üzerinde durulmuştur.

4.4.1.3. İşleyiş Problemleri

Şehir hastanelerinin yönetim yapısıyla ilgili işleyiş problemleri olduğu dile getirilmektedir. Bunlar arasından hastane bilgi yönetim sistemi, yeni cihaz ve tıbbi malzeme alımı problemi, işleyişte gri alanların olması, yardımcı sağlık personel eksikliği, işleyişin yavaş olması ve sorunların sümen altı edilmesi gibi konular bulunmaktadır.

Hastane bilgi yönetim sistemi ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Sayıştay'ın bir ön denetim raporu vardı. Orada şöyle bir veri ortaya çıktı; **şimdi hastane bilgi yönetim sistemleri de ihale ediliyor.** Bu hastane bilgi yönetim sisteminin üzerine entegre edilmiş hastanede sağlık çalışanlarının ya da başkalarının şikayetlerini bildirebilecekleri, aksaklıkları bildirecekleri sistem hastane bilgi yönetim sisteminin üzerine entegre edilmiş. **Dolayısıyla buradaki veriyi şirket tutuyor.** Ve geçen seneki ön denetim raporunda yanlış hatırlamıyorsam Adana Şehir Hastanesi içindi, oradaki yapılan bildirimlerin şirket tarafından silindiği ortaya çıkmış (Çiğdem Hanım, Avukat).

Mesela ben bilgi sistemlerine yeterince hâkim olduğumuzu düşünmüyorum. Sanki onlara bağlıyız. Yani bilgi sistemlerinde daha özel bir yapımız olması lazım. Bilgi sistemi uzmanı değilim hani o alanı tam bilmiyorum ama **bilgi sistemlerinde kontrol bizde olmalı. O çok önemli bir alan. Çünkü hastanenin giriş çıkışı mesela ceza puanları bütün hesaplamalar bilgi sistemleriyle yapılıyor. Ve biz onlara elimiz sanki bağlı gibi hissediyorum ben** (Mehmet Bey, Uzman).

Yazılım sistemleri, radyolojik görüntülemelerde veri kaybı, biraz önce de konuştuk (Ali Bey, Akademisyen).

Çünkü cezaya gelince sistem arıza yapar. Özel sektörün elinde ya. Örneğin; sen şunun 10 dakika sonra bu işi yapması gereken süresi vardır. Yöntem beyanında. **Yapamadı 11. dakika sistemi otomatik kapatıyor ama o işlemin yapılıp yapılmadığını kontrol eden yok. İşte yöneticiler sahadaki yöneticiler burada devreye girecek. Yani hastane bilgi yönetim sistemi firmanın elinde olması durumu kendi lehine avantaja çeviriyor.** Bizim Sağlık Bakanlığı da kontrolünü yapmıyor. Çok net bu yani belki diğerleri de bahsetmiştir ama büyük sıkıntılardan biride bu. İlk ben size dedim. Şehir hastaneleri

sözleşmeleri okuduğumda sen yan gelip yatıyorsun, telefon elinde, tuşlar elinde, herkesin numaraları var çalıştırıyorsun. Pilotsun sen. Öyle düşünüyorsun, ama öyle olmadığı ortaya çıktı zamanla (Halil Bey, Yönetici).

Yeni cihaz ve tıbbi malzeme alımıyla ilgili Yavuz Bey ve Ahmet Bey'in ifadeleri şu şekildedir:

Alınan tıbbi cihazların kullanımında problemler çıkabiliyor, hekimlerin istediği değil de başka cihazlar alınmış oluyor. Cerrahiye giren hekimler alışık olmadığı aletleri kullanmak durumunda kalabiliyorlar. **Ya da istedikleri daha yeni cihazlar yerine daha eski model cihazlar kullanmak zorunda kalabiliyorlar.** Ameliyatlarda bu nedenle aksamalar olabiliyor. Yeni alet alımında ciddi problemler ortaya çıkıyor. **Yani en ufak bir oda düzenlemesinde bile, ameliyathanedeki bir oda düzenlemesinde bile aksaklıklar ortaya çıkabiliyor** (Yavuz Bey, Hekim).

Alınan cerrahi aletler, iyi kaliteli bir alet değil. Ve şimdiden biz onun sürekli görüşmesini yapıyoruz. Çünkü 10 yıllık bunlarla anlaşma yapılmış 10 yıl boyunca cerrahi alet alımı olmayacak. Biz şimdiden açılalı 2 yıl oldu yaklaşık. Şimdiden o aletlerin bir kısmı kullanılmaz halde. Veya sürekli bakıma gidip geliyor. **Ve biz bunu bir süre sonunda belki de bu şekilde giderse bir süre sonra bu aletlerle ameliyat yapamayacak duruma geleceğiz. Diğer bir nokta: bu aletlerin bakım ve onarımı eski sistemden daha uzun süreli oluyor. Çünkü şirket bunu karşılamakla yükümlü onlar yazıyor bu diyor kullanıcı hatası.** Her işte ne diyelim bozulan veya yıpranan malzemeye topu sürekli olarak kamu tarafına atmaya çalışıyorlar **kullanıcı hatası diye.** Bu da işlerin veya tamirat olayını uzatıyor (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin yönetiminde işleyişle ilgili gri alanların bulunması bazı katılımcılar şu şekilde açıklamaktadır:

Hastanın taşınmasında, işlerin yürüyüşünde problemler ortaya çıkabiliyor. Kimi zaman şirket personelleri bu bizim görev tanımımızda yok diyerek en basit hastanın yatağından kaldırılıp sandalyeye oturtulmasından bile imtina edebiliyorlar gibi pek çok meselede ciddi aksaklıklar ortaya çıkıyor (Yavuz Bey, Hekim).

Diğer yandan bu sözleşmelerde Ek-14'te de gri taraflar var. Bu gri taraflar Bakanlık tarafından aydınlatılması gerekir. Ek-14 en çok yaşanan sorunun temel kaynağı geçen ibare şu şekildedir. Sağlık çalışanının kontrolünde yardımcı personeldir diye geçer. **Ama sağlık çalışanı idrar torbasını da benim takmamı istiyor. Sondayı da benim sökmemi istiyor. Buna benzer şeyleri yapmamızı bekliyorlar. Ama bunlar bizim görev tanımımızda yoktur.** Örneğin ameliyathane ile ilgili KÖO konseptinde benim taşıma personelim hastayı masaya koyar doktorun istediği bir pozisyon varsa yapıp dışarı çıkması gerekiyor. Ama bizim personelimizin içerde kalmasını istiyorlar. Çünkü bugüne kadar devlet hastanelerinde öyle olmuş. O personel bir nevi ameliyathane teknikeri olmuş. Biz bunu yıkmaya çalışıyoruz. **Bu bizim görevimiz değil.** Ve birçok hastanede yıktık. Bunun gibi örnek çok (Burhan Bey, Yönetici).

Doktorların mesela en temel şikâyetlerinden bir tanesi şu; **şirket çalışanı olan kişiler ve şirket adına orada yönetici olan kişilerin kendilerine çok kaba davrandığını söylüyorlar. Çok hoyrat davrandığını söylüyorlar.** Şirket çalışanı olan insanların yani bu temizlik işinde de olabilir, hasta transferinde de olabilir vesairede mesela ameliyathanenin kapısına kadar sedyyle ya da tekerlekli sandalye ile hastayı getiren kişinin ameliyathanenin kapısından bir adım daha içeriye girmediyi ve benim görev

alanım buraya kadar dediğini ve sedyeyi ittirdiğini, ameliyathanenin kapısından sedyenin içeride nereye götürülecekse, ameliyat yatağına götürülene kadarki aşamada bir kişinin daha olduğunu ve doktorun hastayı tut'da masaya alalım dediklerinde benim yetkim buraya kadar dediklerini görüyoruz. (...) Çünkü şöyle bir şeye dönüşmüş durumda iş, şirketten kaynaklı bir araz oluşması durumunda kamu tarafının yönetici pozisyonunda olan insanların kendi **kamu personeline karşı şirketleri kayıran bir pozisyon aldığını söylüyorlar**. Yani hastanelerin içeriğindeki uygulamaya geçmiş bu sözleşmeler yani sahadaki çalışmalardan geri dönüşlerle birlikte işleyişte de ciddi aksaklıkların olduğunu görmekteyiz (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sağlık Bakanlığı moderatörlüğünde kamu saha ve şirket yöneticilerinin masada uzlaşarak gri alan ve kronik sorunların çözüme kavuşturulması ilk ve acil aksiyon olmalıdır (Mustafa Bey, Yönetici).

Şehir hastaneleri yeni kurulmuş bir sistem olduğu için bazı gri alanlar mevcuttur. Bu gri alanları ise koordinasyon kurulu dediğimiz bir kurulda görüşülür ya da toplanır. Koordinasyon kurulunda da bakanlıktan ve şirketin üst düzeydeki genel müdür ve genel müdür yardımcıları gelir. Bu gri alanla ilgili sorun tartışılır ve bir şekilde çözüme kavuşturulmaya çalışılır (Metin Bey, Yönetici).

Eskiden tek patron bizdik. Her şeye biz karar veriyorduk. Şimdi bir ortağımız, çözüm ortağımız var. Ve bu ortağımızla ortak hareket etmek durumundayız. Onlarında sorumlu olduğu noktalar var. Mecburen ortak karar almak durumdayız. İnsanın olduğu yerde mutlaka sorunlar vardır. **Ama burada sorunun yaşanmasının temel sebebi sözleşmelerdeki flu (gri) alanlar mevcut**. Bu alanlar net çizilirse sorunlar olmaz. Herhangi bir sorun olduğunda SB görüş soruluyor. Ona göre karar alınıyor (İsmail Bey, Yönetici).

Sözleşmelerde flu alanlar daha net olursa sorun olmaz (İsmail Bey, Yönetici).

Örneğin; mesela katlarda güvenlik var. Ben diyorum ki biz yoğun çalışan klinikleriz. Güvenliği sürekli değiştirme, çünkü her gün ben onunla merhabalaşacağım. Ben onunla her gün hal hatır soracağım. Aramızda bir diyalog gelişecek. Bir süre sonra biz onla hiçbir sorun olmadan ve ben ona her şeyi anlatamadan çözeceğiz. Ama özel şirket kendi mantığı içinde sürekli yer değiştiriyor. Ben bu sefer gelen her adama şirket elamanına işleyişi anlatmak durumunda kalıyorum. **Yani bunlar sağlık hizmetinin ruhuna uygun işler değil**. (...) Bu sistemde ameliyathanede odasında personel yok. Zar zor bir iki personel aldık. Ama dışarda ameliyattan son odayı temizleyecek 5 kişi var. Ama bana ameliyatta hastayı alacak, masayı alacak beni ameliyata başlatacak. Çünkü ben steril olarak giyineceğim. Vakaya başlayacağım. Bana orada bir aspiratör çekmediği zaman, gelip bakacak falan sen teknisyen vermiyorsun diyor ki sözleşmede yok. Nasıl olacak bu. **Böyle gri noktalar var**. Bunlar tabi ki bizim yaşadığımız bu şeyler dışarıdan görünmüyor. Ama biz yoğunlukla her gün yasıyoruz. (...) Hepsinin görev tanımı var. Kapının önündeki sekreteri içeri bile alamıyorsun. Aynı işi yapacak onu bile alamıyorsun. **İşleyişte KÖÖ bize daha iyi bir hizmet sunmuş değil** (Adem Bey, Akademisyen).

İşleyiş sorunlarından biri olana yardımcı sağlık personeli eksikliğini Ali Bey şu şekilde açıklamıştır:

Yani burada işte bu o iki başlı ekip anlayışına çok yakınıyorlar. Şirket çalışanı tarafından yapılamayan işler sağlık çalışanına kalıyor. Çünkü hizmetinde sürmesi gerekiyor ve o eski gelenekten gelen bütüncül bakan ekip yani, orada bırakmıyor. Bir hastayı taşımanız

gerekiyor. Örnek veriyorum şirket diyor ki bu benim görevim değil ben taşıyamam diyor, siz taşıyorsunuz. Çünkü hastanın taşınması gerekiyor. **O bilince sahip o eğitimi almış bir ekip. Ama maalesef şirket çalışanlarında bunu göremiyoruz** (Ali Bey, Akademisyen).

İş süreçlerinin ya da işleyişin yavaş olması ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Hastane her ne kadar teknolojik imkânlarla donatılmış olsa da **ben iş süreçlerinden memnun değilim**. Mesela hastane üç hastanenin verdiği hizmeti şimdi tek hastane altında vermeye çalıştığınız zaman bu sefer de **iş süreçlerine yansıdı**. Örneğin ben babam için randevuyu saat 9'a alıyorum. Mutlaka ilk randevuyu alıyorum. **Ama hiçbir zaman 15.30'dan önce işim bitmiyor. Niye bitmiyor**, sabah randevuyu alıyorum diyo ki görüntülemeye yönlendiriyor, laboratuvara yönlendiriyor, görüntüleme ve laboratuvara soruyorum ne zaman alacam sonuçları işte 13.30'dan sonra peki 13.30 dan sonra sonuçları aldığında hemen göstere bilir miyim hayır gösteremezsiniz bir de sonuç sırası alacaksınız diyor. Sonuç sırası alıyorsun. Sonuç sırası da şöyle bir muayene üç kontrol bir muayene üç kontrol gibi gidiyor. **Yani sizin saat 15.00 den önce sonuçlarınızı göstermeniz imkânsız. (...) İşleyiş çok yavaş** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Şimdi başka ilden geldiğim için tanımıyorlardı. **Normal poliklinik sırası alıp, sıraya girip muayene olup, tahlil verip geri dönüşü bir günümü alıyor**. Normal bir devlet hastanesinde şuan çalışıyorum, bir insanın randevusuz bile olsa sıraya girip gelip muayene olup gitmesi en fazla 4 saatini alır. En fazla. Birincisi en büyük handikaplardan birisi bu (Halil Bey, Yönetici).

Bizim iş yükümüzü arttıran bu anlamda bize ciddi anlamda yorgunluk yaratan ve sıkıntı stres veriyor. Tükenmişlik sendromuna sokan şey. İşte eskiden personelimiz vardı. Hastayı alıp ameliyathaneye götürür. **Burada ilk açıldığımız zaman hastanın ameliyathaneye gelip ve gitmesi 2 saat falan sürüyordu**. Şimdi o süreler biraz azaldı makul şeye geldi ama ne oluyor genel personel kim. Benim hastamın bazı özellikleri var. Bazı şeylere dikkat etmek durumda bunu biliyor mu? Hiç bu sektör içinde çalışmış mı yok. Sen dışarıdan topladığın adamları getiriyorsun. Burada özel sektörde taşeron işçi olarak çalıştırıyorsun. Hani bunun gibi şeyleri ilk başlarda çok çok yasadık. **Ve hâlâ da yaşıyoruz**. Mesela hala biraz önce sorduğunuz eskiden başhekim vardı. Şimdi başhekim artı firma var. Bir de arada şimdi mesela sorun var. Ameliyathanede cerrahi aletlerle ilgili sıkıntımız var onu direkt olarak başhekime iletemiyoruz. Bizim 5555 diye numaramız var. Onu arıyoruz. Her şeyi ona soruyoruz. Sonra ona verileri aldıktan, sonra işte bize geri dönüş yapıyor. Her şeyde böyle. Personel çağırıcaksın 5555 ı ara. Bu hastayı al, ameliyata götür. Ya da tomografiye götür vs. **Onun gelmesi belli bir süre. Bazen işler acil olması gereken şeyler**. Yani bunlar daha aşılmış sorunlar değil (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde yönetimle ilgili sorunların sümen altı edilmesi ve sorunların buzluğa konmasıyla ilgili Nazlı Hanım ve Serdar Bey'in görüşleri aşağıdaki gibidir:

Bunun dışında özellikle hastane yönetimlerinin şimdilik yeni bir uygulama olduğu için bence hem kamu tarafındaki yöneticiler hem de özel sektör tarafındaki **yöneticiler bazı sorunları şimdilik sümen altı ediyorlar ya da örtbas etmeye çalışıyorlar**. Belli bir süre sonra hem kamu tarafındaki yöneticilerde hem de özel sektör tarafındaki yöneticilerde artık belli bir süre sonunda olaylar karşısında. Hani kompanse etmek, tolere etmek bir süre sonunda mümkün olmamaya başlayacak. Ve taraflar gerçekten kutuplaşmaya başlayacak. Şimdi mümkün olduğunca birbirlerini daha alttan almaya çalışıyorlar.

Sorunları daha iyi bir yaklaşımla çözmeye çalışıyorlar. Belli bir süre sonra kamu ve özel sektör olarak ciddi şekilde kutuplaşmaların olacağını düşünüyorum. (...) **Yani siyasi irade bunu istediği sürece ve bu konuya çok hassas davrandığı sürece sorunların birçoğu sümen altı olacak.** Sorunlar ne zaman ortaya çıkacak siyasi otorite yavaş yavaş sallandığında ya da siyasi otoritenin baskısı yavaş yavaş hafiflediğinde özel sektör tarafından da kamu tarafından da ciddi çıkışlar olacak. Ama şimdilik birçok sorun sümen altı oluyor. Birçok sorun ortaya çıkartılmıyor. Sanki taraflar birbirlerine karşı çok hoş görünüyor gibi ya da taraflar birbirlerini kompanse ediyormuş gibi ya da tolere ediyormuş gibi. Şimdilik süreç biraz öyle ilerliyor (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Sorunları bir şekilde çözüyoruz ama genelde fedakârlık yapan biz oluyoruz. Tamam diyoruz böyle olsun üstüne gitmiyoruz. İkili ilişkilerle çözmeye çalışıyoruz. Ama bir taraf sessiz kaldığı için sorun esasında çözülüyor. **Üstü kapanmıyor buzluğa koyuyoruz** (Serdar Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinde işleyiş problemleri ile ilgili katılımcılar kamunun hastane bilgi yönetim sistemine hâkim olmadığını dolayısıyla veri bilgisinin elde edilemeyerek ceza puanı kesme süreçlerinde sorunlar yaşanabildiğini dile getirmişlerdir. Bunun yanında hekimler yeni cihaz ve tıbbi malzeme alımında sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir. İşleyişte gri alanlarının olduğu katılımcılar tarafından oldukça dile getirilmiştir. Sözleşmeden kaynaklı bazı iş süreçlerinin net açıklanmaması nedeniyle kamu personelinin beklenti ve şirket personelinin iş yapma biçiminde sorunlar olabilmektedir. Son olarak bazı katılımcılar şehir hastanelerinde personel eksikliği ve şimdilik bazı sorunların baskılandığını dile getirmişlerdir.

4.4.1.4. Özel Sektörün Baskın Olması

Bu alt temada katılımcılar, özel sektörün güçlü kamunun savunmasız olması, özel sektörün baskın olması, bazı sağlık hizmetlerin özel sektörde olması, özel sektör lehine asimetrik bilgi olması, özel sektöre mahkûm olmayı ve kamunu denetim pozisyonunda olması ve kamunun yetersizliği gibi konuları vurgulamışlardır.

Özel sektörün baskın olmasıyla ilgili bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Bu eminim şu anda diğer hastaneler içinde geçerlidir. Sözleşmeleri emin ol özel sektörün yöneticileri su gibi biliyordur. Ben yine Adana Şehir Hastanesinde gözlemledim. Bir sorun yaşanmış ne sorun yaşanmış bilmiyorum. Aldılar böyle şey kalın kalın sorular halinde şöyle sorular halinde böyle sözleşmeler, kâğıt olarak bakıyorlar bırak şeyi dijital ortamda hani kelime yazıp arayayım da şu sorunun cevabı hangi maddede bulayım değil böyle bakıyorlar sorunun cevabı nerde acaba sözleşmenin neresinde. **Böyle yönetemezsiniz** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şirket ayağı burada daha baskın çünkü idari işler, hastanenin işleyişiyle ilgili esas işler şirket tarafından yürütülüyor ve başhekimler sağlıkla ilgili düzenlemeleri yaparken bile zorlanıyorlar. Şirketin kontrolü altında kalıyorlar (Yavuz Bey, Hekim).

Yönetim mekanizmasını düşündüğümüz zaman yani firmalar ellerinin daha güçlü olduğunu söyleyebilirim Ve bazısı şöyle, iletişimi de sifıra indirip daha kuvvetli oluyor. **İletişim kurmuyor bile bilinçli olarak.** Yani iletişim kurmayarak güçlü pozisyona geliyor. Çünkü onlar hâkim olduğu için bizim kamu da başladığı için sisteme, işte bizim bakanlıktan bir eleman görevlendirilmesi ve olaya hâkim birinin görevlendirilmesi dediğim olay. **Tabiri caizse Onlar bilgi olarak bizimkileri dövüyor gibi oluyor** (Mehmet Bey, Uzman).

Hatta ve hatta bazı meslektaşlarımız şöyle gözlemlerini aktarıyorlar; sanki hastanenin gerçek yöneticisi firmaymış gibi bir hava olduğunun da hani her şeyin hastanede yürüyen çoğu işin firma üzerinden yönlendirildiğine, gittiğine ve **firma yöneticilerinin biraz daha etkin hale geldiği yönünde gözlemlerini paylaşıyorlar var** (Cihat Bey, Akademisyen).

Bunu bende duyuyorum, çoğu hastanelerde özel ne derse o oluyor. Devlet orada hep sinmiş durumda. Ben yaşadım Mersin’de. Buraya yazmışsınız ya garantör Sağlık Bakanı diye, bizde patron Sağlık Bakanıdır. Burada idareyi o yönetiyordur. Biz hatta şöyle bir şey de yapmıştık, şuanda uygulamıyorlarmış; A kişisini A polikliniğinden alıp B polikliniğine vermek bizim işimiz. Ama o polikliniği ve o fiziki ortamı, alet edevatı hazırlamak senin işin. Ama şimdi tam tersine dönmüş. (...) Devletin tecrübesiyle özelin imkânlarını birleştiriyorsun burada. Devletin tecrübesini yok sayarsan ne olur? **O hastane şuan ki duruma düşer.** (...) Bir tanesi çıkıp örneğin sizi gelip eğitse, şuna bakacaksın. Senin de genelgen bu. Tek tek yöntem beyanların açık net yazıldı. Bunun dışında hareket halin yok, bununla hareket edeceksin dese. O da yok. Yani sahadaki tecrübeli elemanları siyasi kararlarla kenara itip, tecrübesiz veya tecrübeli olduğunu düşündükleri elemanları koyduklarında işte şirkete, **özel sektöre imkân doğdu. Onlarda çörekledi, patron benim demeye başladı. Ve daha ileride daha da çok diyecekler** (Halil Bey, Yönetici).

Şunun netleştirilmesi lazım biri ev sahibi, biri kiracı. Kiracı kamu, ev sahibi şirket. Kiracı kirasını ödüyor. Ama ev sahibinin içerde kiracısı kadar elamanı var. Hizmetleri yürütüyor. **Bu hizmetleri yürütürken de kamudaki elamanı eze eze yürütüyor.** Çünkü kamudaki elaman her iki yıldaki bir sözleşmeyle birlikte geliyor, **deneyimi yok buna karşı. Bu içerde sözleşmeye de vakıf bütün durumlara da vakıf.** Bu içerdeki kamu elamanı yöneticisi şu sistemi öğreninceye kadar zaten süresi bitiyor. Süresi biterken ve giderken ancak o zaman anlıyor. Ve ayrıldıktan sonra bunu da yapabiliyordim, diye hayale düşüyor. Ama ev sahibi şirket orada. Çünkü o kadar iyi yetiştiriyor ki her iki ayda bir hizmet içi bir eğitim veriyor. Hukuki durumunu anlatıyor. Lisanları bile farklı bir plaza dili geliştirmişler kendi aralarında. **Adeta hizmetinde sahibi kendiler gibi duruyorlar.** Yani şu kiracı dediğim idare çok dirayetli durmazlarsa (Harun Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin yönetiminde özel sektörün güçlü olması ve kamunun savunmasızlığı ile ilgili görüşler şu şekildedir:

Adana Şehir Hastanesini gezerken şunu gördüm; özel sektörün 50 tane kabaca söylüyorum tabi 50 tane yöneticisi varsa kamunun o hastane içerisinde 10 tane yöneticisi vardı. Oran beşe birdi. Tamam belki 19 kalemi yönetmek başka bir şey falan filan ama yani öbür tarafta da esas sağlık hizmetini yönetiyorsun. Belki bir kalem hizmet gibi görünebilir ama ya da şey üç kalem gibi görünebilir ama çok daha core (öz) dediğimiz o işi sen yapıyorsun dolayısıyla o esas işi yaparken ki yönetim şeyin, yönetici sayın tabi ki de burada sayıda bir gösterge değil belki ama yine de önemli bir şey. Özel sektörde 50 yönetici varken kamuda 10 yönetici var. Ki bu 10 yöneticinin de emin ol işte başhekim

aynı zamanda başka bir şeydir. Atıyorum işte doktorluk hizmeti de yapıyordur ne bileyim başka bir yerde belki bir yöneticiliği vardır, görevi vardır yani falan hani böyle birden çok iş yapıyordur. Ama özelde öyle değil. Adam 50 tane yönetici koymuş oraya gözünü dört açıyor ve özel sektörün çıkarını koruyor orada. **Aynı şey kamu tarafında yok dolayısıyla bu bir sorun** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Burası sadece ve sadece kendi personeline izin veren ve izin kâğıdı imzalayan. Etrafta ya işte biz de buradayız. Karşılama ve uğurlamayı yapan bir ekip gibi duruyor. Bütün işlemi ev sahibi yürütüyor. Çünkü burası benim diyor. Şimdi orada çalışan hekime ve diğer personele bu şekilde açılardan burası benim diye bir süre sonra o personel. Senin amirini saymayabilir. Senin gönderdiğin amiri kabul etmeyebilir. Onu amir olarak görebilir. Yani yönetimdeki yapı çözülürse her şey çözülür. Bunları görmek gerek. **Firmanın eli daha güçlü bunu söyle biliriz** (Harun Bey, Yönetici).

Cihat Bey şehir hastanelerinin yönetiminde şirkete mahkûm olma durumunu şu şekilde anlatmaktadır:

Bu ekipten gelen hoca bize şöyle bir şey anlattı. Dedi ki, Bu örneği şunun için anlatıyorum aslında şu anda da bizim hastanelerimizde benzer şeyler yaşanıyor. Dedi ki; eskiden bizim hastanemizde bir ampul patladığında biz onu kendimiz, kendi personelimiz gelir değiştirirdi, en fazla 1 gün sürerdi. Şimdi o ampulün değişmesi 1 hafta sürüyor. Çünkü hastane personeli artık yok şirkete söylüyorsunuz, o şirket o hizmeti taşeronlaştırdığı alt şirkete söylüyor, o alt şirket alt şirketine söylüyor. Lambanın değişmesi 1 hafta alıyor demikti. Buna benzer sıkıntıların şehir hastanelerinde kısmen bazı bölgelerde daha fazla olmak üzere yaşandığını görüyoruz. Çünkü devrettiğiniz işletme, bakım, altyapı hizmetlerini o büyük firmadakiler de alt taşeronlarına aktarıyor. Bununla ilgili zaman zaman personel azlığıyla nedeniyle, zaman zaman altyapı sorunları nedeniyle hekimlerinde yakınmakta olduklarını duyuyoruz görüyoruz ve muhatap alabilecekleri yani bu sorunu çözebilecekleri çok doğrudan kişilerinde olmadığını görüyoruz. **Diyorlar ki; doğrudan şirkete söyleyemiyoruz, biz kendi hastane yönetimi bize söylüyoruz, hastane yönetim şirkete söylüyor, şirket organizasyonu yapana kadar zaten iş işten geçmiş oluyor diyorlar. (...) Zaman zaman da özellikle altyapı sorunlarından kaynaklanan bazı problemlerin daha uzun zamandır çözüldüğünü söyleyen meslektaşlarımız var** (Cihat Bey, Akademisyen).

Bazı sağlık hizmetlerin özel sektörde olmasıyla ilgili Umur Bey ve Mehmet Bey'in değerlendirmeleri şu şekildedir:

Şimdi şöyle, dünyada şehir hastaneleri modeli kendisinde de yani modeli dünyanın yaptığı gibi almış olsaydık, uluslararası kurumların tavsiye ettiği gibi yapmış olsaydık IMF'nin, Dünya Bankası'nın, Avrupa Birliği'nin dediği gibi yapmış olsaydık. Diyorlar ki orada bu modele sadece otelcilik hizmetlerini dâhil edin. Sadece otelcilik hizmetleri. Bina, elektrik, su, asansör, bakım-onarım, temizlik falan bitti. Özel şirket bir başka aşamaya geçmesin, dursun özel şirket. **Sağlık hizmetini tamamıyla devlet versin.** Bu Sağlık Bakanlığı kontrolündedir. **Biz burada dünyanın dediğinin tersini yapmaya başladık. Biz özel sektörü sağlık hizmetlerine sokmaya başladık.** Ama şey diyenlerde var, şimdi öyle canım düzenli laboratuvar da yapıyor özel sektör biz şimdide tomografi cihazlarını kiraliyoruz falan diyenler var. Ölçek çok farklı. 3800 yataklı hastanenin şeyini bir adama veriyorsunuz, orda departmanda bir tane tomografi cihazı kiraliyorsunuz canınız sıkıldı mı atar gidersiniz adama al lan parayı 80 bin lira değil mi dersin yani. Burada öyle değil. Burada başka bir şey. Sağlık hizmetleri arasında doktor arkadaşlar

bunun çok büyük bir sıkıntı yaratacağını söylüyorlar ama ben burada susayım (Umur Bey, Akademisyen).

Şimdi hata yapılan yerler var. Onları, eksilerimizi artı yapıp artıları devam ettirmek gerekir. Bu, işin hani genel klişesi. Özel olarak da söyleyecek olursam mesela şöyle; hizmet alımında personeli şeyden çıkartmak lazım şirketten. Şirket, sağlık personelinin hiç biri şirket aracılığıyla çalışmamalı. **Bazı hastanelerde atıyorum mesela Kayseri Şehir Hastanesi'nde fizik tedavi firmaya verilmiş. Firma aracılığıyla yapılıyor hekim dışında. Şimdi bu yani verimi etkiliyor. Mesela görüntüleme hizmetleri. Genelde tüm hastanelerde görüntüleme hizmetleri, röntgen teknisyenleri firma elamanları. Bu kaliteyi düşürüyor.** Mesela personelin sağlık personeli ise, sağlık meslek tanımında ise bu kişinin firma aracılığıyla çalıştırılmaması gerekir. Bu radikal benim şahsi önerim (Mehmet Bey, Uzman).

Şehir hastaneleri yönetiminde özel sektör lehine asimetrik bilgi olmasını bazı katılımcılar şu şekilde ifade etmiştir:

Sözleşme yönetimi meselesini bilmiyorlar. Başhekim olarak tabi getirilenler hani başhekimlik yapacak ama bu modelin kendine has işleyişiyle ilgili de bilgiye sahip değiller. Dolayısıyla yine şehir hastanesinin işletmecisi firmanın temsilcileriyle bizim kamu tarafının temsilcileri ya da idarecileri arasında yine **bilgi birikimi arasında fark var ve asimetri var** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Kamu çalışanının daha dikkatli çalışıp, mesela bir çamaşır yıkama olayında mesela ödenen para, birçok kalemde ödenen para, laboratuvarında ödenen para hani birim fiyatlar nedir ne değildir, bunun atıkta hani özellikle rayiç belli olmayan bazı hizmetlerde. Bizde bazı alanlarında çok uzmanı yoktu. Çünkü devlet eliyle yürütüldüğü için yani hastane idaresi yerel kişilerle anlaşip iş yaptırıyordu. Ama burada karşılarında büyük firmalar var. **Onlar yerelde çalışan kamu idarecisini birden bilgisiz konuma itiyor çünkü adamlar büyük firmalar alıyor. Mesela bilgi sistemlerini Turkcell alıyor. Turkcell ile bizim bir yereldeki yönetici baş edemez.** O teke tek yakalıyor işte fonette yöresel bir adam bırakıyor ikili görüşmelerle ihale edilip çalışıyordu. Şimdi şehir hastanelerinde ana ihale yani işi alan firma Turkcell oluyor mesela. **O Turkcell de çok profesyonel olduğu için bizinkiler o konuda çok zayıf kalabiliyorlar** (Mehmet Bey, Uzman).

Bir tanesi çıkıp örneğin sizi gelip eğitse, şuna şuna bakacaksın. Senin de genelgen bu. Tek tek yöntem beyanların açık net yazıldı. Bunun dışında hareket halin yok, bununla hareket edeceksin dese. O da yok. **Yani sahadaki tecrübeli elemanları siyasi kararlarla kenara itip, tecrübesiz veya tecrübeli olduğunu düşündükleri elemanları koyduklarında işte şirkete, özel sektöre imkân doğdu.** Onlarda çöreklendi, patron benim demeye başladı. Ve daha ileride daha da çok diyecekler (Halil Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin yönetiminde kamunun yetersiz olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Yani kamu alanında çok yetersiz. Özel de yetersizdi ama insan kaynağını seçmeyi öğrendi. Onlarda en başta kalifiye insan kaynağı bulamıyordu. Onlar olayı çözdüğünü düşünüyor. Bizim eksiklerimiz olduğunu düşünüyor. Bu eksikleri gidermek içinde çok çalışmalıyız. **Yani yönetsel eksikliklerimiz var** (Mehmet Bey, Uzman).

Şehir hastanelerinin anayasası olarak adlandırabileceğimiz Ek-14'ü çalışanların bilmesi gerekmektedir. Ek 14'te neyin ne olduğu yazıyor. Çalışanlar kendi birimleri ile ilgili

buradaki iş ve işlemleri bilerek işleyişlerini ona göre yapmalılar. **Çalışanlar işleyişi bilmiyor.** Hem hemşirelere hem de doktorlara bunların anlatılması gerekiyor (Burhan Bey, Yönetici).

Bu eminim şu anda diğer hastaneler içinde geçerlidir. Sözleşmeleri emin ol özel sektörün yöneticileri su gibi biliyordur. Ben yine Adana Şehir Hastanesinde gözlemledim. Bir sorun yaşanmış ne sorun yaşanmış bilmiyorum. Aldılar böyle şey kalın kalın sorular halinde şöyle sorular halinde böyle sözleşmeler, kâğıt olarak bakıyorlar bırak şeyi dijital ortamda hani kelime yazıp arayayım da şu sorunun cevabı hangi maddede bulayım değil böyle bakıyorlar sorunun cevabı nerde acaba sözleşmenin neresinde. **Böyle yönetemezsiniz.** (...) Yani sende yönetim bilimsisin yönetimde yöneticinin bir kaynağa bakarak yönetmesi mümkün değil. **Yöneticinin çözümü içselleştirmesi gerekiyor.** Bir sorunu nasıl çözeceği onun hücrelerinde kodlanmış olması gerekiyor o halde olması gerekiyor. Dolayısıyla böyle el yordamıyla acaba şu sorunda ne yapacağız, şimdi ne yapacağız dediğiniz anda orda **işlere hâkim olana kadar çok ciddi sorunlar yaşanır** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Ek olarak hem inşaat döneminde hem de işletme döneminde kullanıcılarla yani çalışan uygulayıcılarla görüşmek gerekiyordu. Sözleşmeleri yapan tarafla bu işi yöneten taraflar farklı olduğu için ve gelenler sözleşmelere hâkim olmadığı için sorunlar yaşanabilmektedir. **Kamu yöneticileri sözleşmelere hâkim olmadığı için neyi isteyip neyi istemediğini bilmiyor.** Bunların dışında bireysel istek ve talepler olmaktadır. Bu konuda sorunlar yaşıyoruz. (...) **Yöneticilerin sözleşmeleri bilmedikleri için sorunlar yaşıyoruz. Beklenen entegrasyon yeterince sağlanamadı. KÖO istenen sevide değil.** (...) Ek-22 daha çalıştırılmadı. Biz yapıyoruz parasını alamıyoruz. Yöneticiler sözleşmelere hâkim değiller. **Yöneticiler korkuyor ve yer değişiklikleri sıkıntı oluyor** (Hale Hanım, Yönetici).

Buraya kadar olan bölümün bir özetlenmesi yapıldığında, şehir hastanelerinin ikili yönetim yapısından yani kamu ve özel sektörün birlikte hizmet yürütmesinden dolayı çeşitli problemler gündeme gelmektedir. Bunların arasında başhekimlik yetki ve sorumlulukların daralması ya da pozisyonun zayıflamasından kaynaklı problemler çokça katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Hastane yönetim süreçlerinde çift başlılık, işleyiş problemleri ve özel sektörün baskın olmasından kaynaklı problemler de katılımcılar tarafından oldukça fazla vurgulanmaktadır. Katılımcılar şehir hastanelerinin yönetim yapısındaki bu durumlara eleştirel yaklaşarak olumsuz görüşlerde bulunmuşlardır.

4.4.2. Personel Yönetimi İle İlgili Problemler

Şehir hastanelerinin yönetim problemlerinden biri de personel yönetimiyle ilgilidir. Personel yönetimiyle ilgili sorunlar arasından insan kaynağı israfı, kalifiye yönetici (personel) eksikliği ve kamu çalışanlarının değişime ayak uyduramaması gibi konular yer almaktadır.

İnsan kaynağı israfı yönelik Pakize Hanımın ifadeleri şu şekildedir:

Ama orada da çok yakın bir zamanda bütün sağlık sisteminin yapısıyla oynandı biliyorsun. **Bütün kıdemli hastane yöneticilerinin kadroları elinden alındı, araştırmacı adı verilen değişik bir kadroya atandı, o insanlar sistemden çekildi.** Kamu hastane birlikleri kapsamında sözleşmeli yönetici atandı insanlar ve bu kapsamda özel sektörde çalışan, herhangi bir alanda çalışan insanı getirdin sen hastaneye yönetici yaptın. Dolayısıyla orada da aslında çok eski bir kapasiteden söz edemiyoruz şurada 3-5 yıllık bir kapasiteden söz ediyorsun. Yani böyle 20 yıllık bir hastane yönetmiş birisi şu anda hastanelerin içinde değil. Değil, o insanları aldınız dolayısıyla öyle bir kapasite de aslında yok. Hani birazda eleştirel baktık galiba ama böyle durum bu. Objektif baktığımda durum bu. (...) Ortada bir karmaşa var yine çok yakın bir zamanda **biliyorsunuz taşeron firmaların elemanları sözleşmeli olarak şeye alındı.** Bunun içerisinde temizlik vardı, güvenlik vardı, bilgi hizmetleri, sekreter hizmetleri vardı. **Bunlar kamunun personeli oldu.** Ardından kamu özel ortaklığıyla hastaneler açılınca özel sektör dedi ki işte sekreter hizmetini ben yürüteceğim dedi yani bana verdin dedi ben kendi elemanımı kendim getiririm. O zaman kamunun elindeki personel açıkta kaldı, hadi dediler gidin gönlünüze göre başka bir hastanede sizi istihdam edelim dediler. **Ama insanların çoğu gidecek yer bulamadı, gidemedi. (...) Kamunun elinde yüzlerce röntgen teknikeri, laboratuvar teknikeri falan var yani diğer sınıflardan çalışanları var. Dolayısıyla bunları şu anda ne yapıyorlar bilmiyorum** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şehir hastaneleri yönetiminde kalifiye personel eksikliğiyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Geniş bir alan, **liyakatsiz gelen insanların oturduğu yer.** Net bu yani, bunu net söyleyeyim. Bunun bir örneğini de size şöyle verebilirim; Biz Mersin’de, ben özellikle bu işlerin tepesindeydim. Tam 6 ay hiç ev yüzü görmedim, koltukta masada uyudum (Halil Bey, Yönetici).

Kamu personeli liyakatle gelse yönetir tabi. Ama kamunun bu zaafı var. Liyakati getiremiyorsun. Siyaset işin içine illaki giriyor. Durmuş olmasın Ali olsun diyor. Bir başkası geliyor o değil başkası gelsin deniyor. Bu olduğu zaman insanlar ister istemez bir biat ediyor. İstedikini yapamıyor. Bizim özel sektörde bu yok. Bana verilen bir iş bunu yapıyorum. Patrona yaranacaksın demiyor. İşini yapacaksın diyor (Serdar Bey, Yönetici).

Burada işte aslında şu açığa çıkıyor. Yani burada birazcık da mesleki şovenizm mi derler bilemiyorum. Ben öyle görmüyorum ama sağlık kurumları yöneticilerinin çok iyi şekilde yetiştirilmesi, yetişen her insanında bu alanda istihdam edilmesi gündeme getirilecektir diye düşünüyorum. **Artık o devasa hastaneleri herkes yönetemeyecek yani. Bir kişi iki kişi yönetemeyecek, çok ciddi bir yönetim ekibi kuracak kamu ve bu yönetim ekibinin de çok iyi yetişmiş uzmanlaşmış atıyorum işte finansmanda, bakım hizmetlerinde, orada burada otelcilik hizmetinde falan filan işte teknik hizmetlerde, kendi alanında uzmanlaşmış yöneticilerle bir takım halinde yönetmesi** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Kamu çalışanlarının değişime ayak uydurması ile ilgili Burak Bey’in ifadesi aşağıdaki gibidir:

Kaliteli hizmet üretme süreçleri çıkıyor. Fakat bunun iki tarafı var bu özel sektör penceresine baktığımız zaman. Kamu tarafı da bu işin içerisinde kamu personeli özellikle sağlık hizmeti sunan yani tabiri caizse hastaya tedavi etme anlamında dokunan grubun

sağlık personeli olması açısından veya kamu personeli olması dikkate alındığında ise, o personelinde bu anlayışa, bu dönüşüme dâhil edilmesi veya dâhil olmaya çaba sarf etmesi için yönlendirilmesi gerekiyor ki tam anlamıyla istenilen hedeflere ulaşılabilsin. **Çünkü kamu çalışanları veya genel ülke yapımızdaki insan profilleri çok karşısındakini anlamaya dönük bir yapıya sahip değil. Hizmet ederken gerçekten bunu insana lütfedermiş gibi yapıyor ve lütfeder gibi yapmanın da işte özellikle bir sağlık alanındaysa bir süre sonra sağlıkta şiddete kadar gidiyor. Bunun için bu dönüşümün hani yapılıyorsa, şehir hastaneleri dönüşümü yapılıyorsa bunu da sürecin içerisine dâhil olması gerekiyor.** Çalışan personelin memnuniyeti, çalışan personel memnuniyetiyle beraber hasta memnuniyetinin de eşdeğer oranda ikisinin de birbirini dengeliyor şekilde gitmesi gerekiyor (Burak Bey, Uzman).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin personel yönetiminden kaynaklı bazı problemlerin olduğuna bazı katılımcılar dikkat çekmiştir. Yönetim pozisyonlarında kalife personel eksikliği bunlardan bir tanesidir. Bazı alanlarda ve konularda insan kaynağı israfı olduğu diğer bir noktadır. Son olarak bu şehir hastanelerine geçiş sürecinde personelin bu sisteme ayak uyduramadığına işaret edilmiştir.

4.4.3. Koordinasyon Problemleri

Şehir hastanelerinin yönetim yapısındaki sorunlardan bir tanesi de koordinasyonla ilgili problemlerdir. Koordinasyon problemlerinin arasında büyük yapıların koordine edilme zorluğu, entegrasyon problemleri ve ekip anlayışının zayıf olması gibi konular dikkat çekmektedir.

Büyük yapıların koordine edilme zorluğuyla ilgili bazı katılımcılar şunları söylemişlerdir:

Sizin de belirttiğiniz gibi bu kadar **büyük çaplı hastanenin yönetilmesinde, koordinasyonunda ciddi problemler var. (...)** Çünkü burada oldukça hantal, sorunlara pratik çözümler geliştirilemeyen dev bir yapı ile karşı karşıyayız (Yavuz Bey, Hekim).

Koordinasyon ve iletişim sorunları ortaya çıktığını söyleyen meslektaşlarımız var (Cihat Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin dezavantajlarından **bakıldığında kompleks çok büyük böylece hem özelin hem de kamunun yönetmesi zor. Yani hastanenin büyüklüğü her iki yönetim açısından da kolay değil. (...)** İnsan faktör olduğu için yönetilmesi biraz zor. Büyüklük idare ve yönetim açısından kolay değil (Hale Hanım, Yönetici).

Büyüklük tabi ki. Yani yönetilebilir mi? Metrekare olarak da çok büyük, personeli kontrol etmek çok sıkıntı idareciler açısından. Çeşitli yöntemler geliştiriyoruz. Teknolojiyi kullanıyoruz. Mesela Whatsapp'tan sabahları görüntülü arama yapıyorum, arkadaşlara bir şirinlik yapayım filan diyorum. Yani onlar benim niye aradığımı biliyorlar, bende niye aradığımı biliyorum. Tabi idari mali gruplarda biraz daha kolay **ama sahadaki, alandaki personeli kontrol etmek çok zor.** Nitekim bizim 4C'li personellerimiz vardı ilk açılış

döneminde. Ameliyathaneye görevlendirdik bunları. Ameliyathane sorumlusuna demişler ki; bizim aşağıda eğitim var gidiyoruz demişler. **Aşağıda eğitim filan yok, takılıyorlar.** Aşağıda AVM şeklinde sağlık sokağımız var bizim kahve, çay falan takılıyorlar (Sevim Hanım, Yönetici).

O zamanda sende böyle bir yönetim şekli oluşturursun olur biter. Mevcut yapıyla orası yürümez. Her tarafta sorun var. Bütün idareciler aynı yerde oturuyor. **Hastanenin en uzak noktası 5 km oraya ulaşması 40 dk yani hastane idaresi hastane içerisinde dağıtılması gerek.** Şehir hastaneleri kendine has bir modelle yönetilmelidir (Harun Bey, Yönetici).

Bana sorsanız direkt derdim; birincisi 4 blok yerine, 5 blok yerine her mahalleye bir hastane, her ilçeye bir hastane daha güzel yönetilirdi. **Yani yönetimde çok zor bu hastanelerde. İmkânsız yakın bir şey zaten.** (...) Öncelikle yönetim tarzının değişmesi lazım, eğer bu şekliyle kalacaksa. Biz ilk açıldığımız dönemde ‘Nasıl yönetilir?’ için haftalarca kafa yorduk. Bir şeye ulaşmıştık. Dedik ki blok yönetimi, şu olacak. Yani bir şey düşünün onun ayakları. Her blokta bir başhekim yardımcısı, müdür yardımcısı, başhemşire yardımcısı gibi düşündük. Aslında birer başhekimi koyduk, üzerine koordine başhekim gibi. **Ve öyle çalıştık bir süre ama ekipteki uyumsuzluk ben o bloğa gitmem, bu bloğa gitmem diye kargaşaya düştü.** (...) Çünkü uyum içerisinde çalışmak çok zor (Halil Bey, Yönetici).

Şehirden uzak ve bütün kuleler diye bahsediliyor, **işte dört kulelik hastaneler, birbirinden uzak mekânlar. Bu işleyişte ciddi zorluklar ortaya çıkarttı.** Mesela yoğun bakımda bizim alıştığımız tarzda bir deskin her türlü yatağı takip edebildiği bir durumdan çıkıp oda sistemine geçildi. Yani bu iyi düşünülmemiş bir sistem çünkü öyle bir sisteme geçtiğinizde her oda için bir sağlık çalışanının, bir hemşirenin orada olması gerekiyor. **Öyle bir sayıya sahip olmadığını biliyoruz.** Acil servisler aynı şekilde bu sarı alanlar, yeşil alanlar bu ayırım yapılan alanlar arasında kopukluklar var. Çok geniş alanlar kullanılıyor ama bunlar hizmet vermek açısından çok elverişli ortamların oluşturulduğu koşullar değil (Ali Bey, Akademisyen).

Çok büyük olması bu hantallığın belli bir süre sonra hem iletişim problemlerine hem kişilere hem sağlık hizmetinin o hızlılığına zarar vereceğini düşünüyorum. **Çok büyük olması o hantal yapının yönetilmesini güçleştirecektir diye düşünüyorum.** Her ne kadar teknolojik imkânlar işte Whatsapp mesajlarıyla iletişim kurabiliyoruz diyorlar. Ama yine de de kişilerin bu kadar hantal bir yapıda için de bir sağlık hizmetini düşündüğünüzde örneğin 1000’nin üzerinde çalışan hemşire var. Bunların sağlık hizmetleri bakım müdürü var. Yani geçmişteki başhemşire var. **Her ne kadar başhemşire profesyonel bir yaklaşım sergilese de bu kadar kişiyle iletişim kurması bunların motivasyonları ve performanslarıyla ilgilenmesi oldukça güç diye düşünüyorum** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Entegrasyon problemleri ya da birimleri entegre etmenin zorluğuyla ilgili bazı katılımcılar şunları vurgulamışlardır:

Uzmanlık eğitimi meselesi böyle tesbih tanesi gibi dağılmış vaziyette çünkü o hastanelerin birbirleriyle uzmanlık eğitim birimlerinin entegrasyonuna hazırlamadan çat diye açtılar Bilkent’i. Büyük sıkıntı oldu, asistan hekimler çok zorlanıyorlar. Kim kimin nerede uzmanlık yaptığı, **hangi hocanın hangi klinik şefinin hangisinin kime bağlı olduğu belli değil.** Böyle bir zorluk yaşanıyor (Çiğdem Hanım, Avukat).

Yöneticilerin sözleşmeleri bilmedikleri için sorunlar yaşıyoruz. Beklenen entegrasyon yeterince sağlanamadı. KÖO istenen seviye değil. Ben sağlıkçı değilim görevlerim dışına çıkamam. Kamu ve şirket arasında işbirliği istenen seviyede değil. Görüşmeleri ve toplantıları taraf olarak yapıyoruz. Her iki tarafta savunmada kalıyor. Toplantılar işbirliği çerçevesinde yürümüyor. Her iki tarafta savunma pozisyonunda çalışıyor. Sorunları beraber çözülmeli yani işbirliği maddesinin daha etkin kullanılması gerekmektedir (Hale Hanım, Yönetici).

KÖO projeleri ile ilgili sağlık tarafının yani çalışanların daha bilinçlendirilmesi gerekiyor. Bu projelerin doğru anlatılması gerekiyor. Yeni açılan hastanelere gelen doktor ve hemşireler çok tepkili geliyorlar. Bu ne demek orda bir taşeronda çalışan Ahmet efendi vardı. Bu Ahmet Efendi çayda demliyordu, hastada taşıyordu, ameliyata da giriyordu. İşte tuvaleti de temizliyordu. Ama bu yeni konseptte her işin kendine göre uzmanı var. Taşıma sadece taşıma yapar. Yönlendirme sadece yönlendirme yapar. Temizlikçi sadece temizlik yapar. Böyle olduğu için buna bir tepki ve direnç var. Bu personel bizim olsun. Biz aynı devlet hastanesinde olduğu gibi istediğimiz gibi kullanalım isteniyor. O yüzden bilgilendirmelerin tam sağlıklı yapılması gerekir. Bu benim açtığım 4. hastane dördünde de aynı şeylerle karşılaştım (Burhan Bey, Yönetici).

Ali Bey ekip anlayışının zayıf olmasıyla ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

Gittiğimiz yerlerde bize şöyle şeyler de ifade edildi; şirketten çalışanları bir kere sürekli değişebiliyor. Yani buda garanti bir kadro değil tabi ki. Yerleri değişebiliyor, ayrılabilirler. Artı iş tanımları yapılıyor. Şimdi diyor ki; ben bunu ellemem, bu hastayı ben götürmem, bu benim işim değil diyor. **Hâlbuki o bizim yıllardır alıştığımız ekip anlayışı içerisinde sürdürülen bir şey.** Böyle olunca işte yürütmesi gerekiyor, bu sefer şirket dışında hani şirket çalışanı olmayan devlet memuru kadrosu olanlar bu işleri ayrıca üstlenmeleri gerek, orada açık kalan kısımları. Bu iş yükünü çok arttırıyor. Bunun sonucu ne? Bunun sonucu gerçekten bir tükenmişliğe itiyor orada çalışanları. (...) Yani burada işte bu o iki başlı ekip anlayışına çok yakınıyorlar. Şirket çalışanı tarafından yapılamayan işler sağlık çalışanına kalıyor. Çünkü hizmetinde sürmesi gerekiyor ve o eski gelenekten gelen bütüncül bakan ekip yani, orada bırakmıyor. Bir hastayı taşımanız gerekiyor. Örnek veriyorum şirket diyor ki bu benim görevim değil ben taşıyamam diyor, siz taşıyorsunuz. Çünkü hastanın taşınması gerekiyor. **O bilince sahip o eğitimi almış bir ekip. Ama maalesef şirket çalışanlarında bunu göremiyoruz** (Ali Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak koordinasyon problemleri ile ilgili şehir hastanelerinin yapısının büyüklüğünden kaynaklanan problemler dikkat çekmektedir. Bunun yanında beklenen entegrasyonun yeterince sağlanamadığı ve işleyiş sürecinde ekip anlayışında eksikler olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

4.4.4. Merkezi Yönetim Problemleri

Merkezi yönetim problemleriyle ilgili denetim problemi, bürokratik hantallık, merkez ve taşra uyumsuzluğu, taşradaki sorunların merkezde yeterince yer almaması ve mevzuat eksikliği gibi konular dikkat çekmektedir.

Denetim problemiyle ilgili bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Hastanenin bir röntgenini bir çekmeliydi. Ne kadar hizmet kullanıyoruz. Gelen şirketin sunduğu hizmeti denetlemeliydi. **Diyorum ya çok basit yemek şirketlerin ben denetlenmediğini düşünüyorum. Her ne kadar sayılar üzerinde evet sayılar denetlense de kalite açısından denetim olmadığını düşünüyorum.** Denetleyemezsiniz bu 19 kalemi. Hani özel sektör bize sunduğu taahhütleri yerine getiriyor mu getirmiyor mu denetlemek birkaç tane müdürün işi değil (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Şehir hastaneleri çok iyi bir şekilde denetlenmelidir. **Bakanlık denetim sürecini iyi işletemiyor** (Burhan Bey, Yönetici).

Şimdi şöyle söyleyeyim; veri hazırlama personeli diye bir şey ödüyorsunuz. Hizmetin bir tanesi. Veri hazırlama personeline kaç personel koymuş devlet sözleşmede? 300 kişi. Evet, 300 kişi var orada. İsimlerini istiyorsun veriyorlar. Ama şehir hastaneleri o kadar kurnaz ki. Bu toplum yararına programını duydunuz mu? 9 ay devlet karşılıyor maaşını. 3 ay? (Firma.) **Kardeşim bunun içinde kaç kişi var bunu kontrol eden var mı? Ama çoğunlukla neden şehir hastanelerinin elemanları sık sık değişiyor? TPN'den alıyorlar, 9 ay çalıştırıyorlar, sonra tekrar müracaat ediyorlar tekrar alıyorlar. Sen çifte maaş ödüyorsun.** Özel şirket orada kendi personel giderini azaltmak için böyle bir yöntem bulmuş. Çok güzel bir yöntem. Ben olsam il valilik olsam veya başka müdürleri veya onlara kim bağlıysa. Şehir hastanelerinde asla çalıştıramazsınız. Ben buraya personel göndermeyeceğim diye genelge yayınlardım. Yani bu gibi noktalarda şehir hastanelerinde yeterince denetiminin yapıldığını düşünmüyorum. Biraz önce anlattım. **Numune Hastanesindeki eski cihazın biri şuanda Mersin'de kullanılıyor olması denetim olduğu anlamına geliyor mu? Denetimsizlikten. Denetim olsaydı o cihaz oraya gidemez.** İhtiyaç varsa diyor ki piyasaya çıkın sonra firmayla oturup, firmaya al diyeceksiniz, alacak diyor yatırım kapsamında. Yani şimdi daha da tuhaf söyleyeyim ben size, denetimsizlik adına. A hastanesi kapanan hastanesinden aldığınız ultrason cihazınızı var. Getirdiniz şehir hastanesine koydunuz. Şehir hastanesinde benim cihazımla ultrason sonucu, röntgen sonucu olarak para alıp **almadığını denetleyen var mı? Yok.** Daha nasıl anlatayım. Kendi cihazı gibi 1-0 önde. Kendi cihazı gibi bize sonuç parası ödüyorsun. Ya da adamın yaptığı tüm tahliller MEDULA sisteminden sosyal güvenlik kurumdan sana geri ödeniyor mu? Bu o ayrıntıya kadar inilmiş mi? Örnek veriyorum 500 bin tane ultrason yapılmış ve 20 bin hasta gelen bir yerde normal. SGK kaçını sana ödemiş? Ne kadarını kesmiş? Örnek veriyorum MR çekilmiş diyelim 2000 tane. Adam 2 bini bilir. Ama SGK ne kadarını ödemiş? SGK bana 1800 ödedi diyelim. Ben niye adama 2000 veriyorum, 200'ü kime ödeyecek. **Denetimsizliği sebebi bunlar** (Halil Bey, Yönetici).

Bakanlık tarafının sadece hizmeti aldım parasını ödüyorum. İnşaatı bitti kirasını ödüyorum dışında iç yönetimde mutlak surette söz sahibi olması gerekmektedir. Sadece başhekimlik hizmetlerin yani sağlık hizmetlerinde değil onun dışındaki hizmetlerin yürütülmesi ve yönetilmesinde de devrede olmaları gerekir. Bakanlık kira kısmını geçtim. Hizmetlerle ilgili bir ödeme yaptığında arkasından ben ödemeye yaptım ama alt yükleniciye ödemesi yapıldı mı diye takibini yapması gerekir? **Alt yüklenici ile ana yüklenici arasındaki sorunlarda da takip ve devrede mutlaka olması gerekiyor** (Burhan Bey, Yönetici).

Burak Bey bürokratik hantallığı şu şekilde ifade etmiştir:

Yönetim yapısı yarı yarıya uygun, yarı yarıya değil. Bunların müstakiliyet kazanması, kendi kararlarını veriyor ve kendi kararlarını veren yapılar olarak da hesap verebilen mekanizmalar olması gerekir. Şöyle ki şehir hastaneleri yapısı kurgulanırken

sözleşmelerde şöyle bir atıf var; şirkette Sağlık Bakanlığı imzalar diye bir durum var. Sağlık Bakanlığı imzalattığı içinde sözleşmenin tarafı olarak, kamu tarafı olarak otomatik olarak buradaki üst irade, Bakanlıktaki üst bürokrasi veya illerdeki üst bürokrasilerde sürece direk müdahil oluyor. **Bu müdahillikle bir süre sonra yine bürokratik hareketsizliği getiriyor. Bu yönüyle baktığımız zaman modeli doğru bulmuyorum** (Burak Bey, Uzman).

Merkez ve taşra teşkilatının uyumsuzluğuyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bunun Bakanlık ayağında yapılanmasından bahsedecek olursak da yine bunun bir üst denetleyici organının olması, yönlendiren veya düzenleyici bir organının olması, totaldeki tüm projeler için bir düzenleyici organının olması gerekiyor. Ve Bakanlık bu konuda profesyonel bir işletme yönetimine ve bununla ilgili mikro düzeyde değil makro düzeyde bir yapılanmaya gitmesi gerektiği kanaatini taşıyorum. **Politika belirleyici bir makro düzeyde yapının oluşması ancak kendi iç işleyişini de özgür bıraktığı alt yani taşra idaresi dediğimiz tesis idarelerinin oluşturulması gerekiyor. (...)** Yani bugün sözleşmeler gereği idari temsilcisi denilen bir kişi vardır, bununla ilgili de yine mevzuat düzenlemesinden dolayı strateji geliştirme başkanının düzenlediği genel yazıda kendi linklerinde de olan bir şey. Diyor ki; şehir hastaneleri ile ilgili ödemelerde sağlık müdürü, il sağlık müdürü harcama yetkisini devredemez diyor. Böyle olunca otomatikman sanki sözleşmedeki il tarafında ya da taşra tarafındaki en üst düzey yönetici sağlık müdürü oluyor. **Başhekim orada sözleşmesel anlamda bir sorumluluğu veya vasfı kalmıyor. O hastanenin en tepesi olarak atanan bir başhekim. İşte bu bir süre sonra sorumlu sorumsuzluğu getiriyor. (...)** Yani hem Bakanlık düzeyinde yönetim ve işleyişle ilgili netleştirilmiş bir tablo olması gerekir hem de mikro düzeyde taşradaki ve şehir hastane içerisindeki yönetim mekanizmasının netleştirilmesi gerektiğini ifade ediyorum (Burak Bey, Uzman).

Şimdi şehir hastaneleri daire başkanlığımız var. **Yeterli mi? Asla değil. Neden? Şehir hastaneleri daire başkanlığı bana kalırsa dediğim gibi birincisi yatırım daireden, bu işi bilenlerden yapılacak. Yani kâğıt üzerindeki oturanlardan, değil işin özünü bilenlerden. Bu analizi yapabilecek kişiler olacak.** Hatta ben şunu diyorum her zaman için; şehir hastaneleri ben ödeme yapmadan önce firmaya, bakanlığın bir görevlisini sevk edip o evrakları denetleyip ödemeyi öyle yaptırın. Mesela ceza kesiyor mu? Neye kesiyor, ne kadar kesiyor? Ceza hükümlülüklerini uyguluyor mu? Kesinlikle uygulamıyorlar (Halil Bey, Yönetici).

Sevim Hanım taşradaki sorunların merkezde yeterince yer bulamamasını şu ifadesiyle açıklamıştır:

Aslında o kadar çok var ki. Çok dillendirdik, çok gittik Ankara'da anlattık. (...) Çözüm olmayınca bu olabilir. Taşradaki sorunun merkezde yerini bulamaması. **Bu belki yazılır mı yazılmaz mı bilmiyorum ama şehir hastaneleri bulanık dalgalı bir okyanus. Biz yüzüyoruz, yani yüzmeye çalışıyoruz. Boğulmadık bu güne kadar, 2,5 yıla yakın oldu. Ama o inisiyatifi o bulanık suda yüzmeye cesaretini alacak, şey yok bizde. Merkez teşkilatta bunu görüyoruz. O yüzden ben bu kadar hani o kadar çok sorununuz var ama anlatmaktan çok şey olduk biz yorulduk da sıkıldık da. Çözüme yönelik hamleler yok. Bugüne kadar toplayabildiğim iki elin parmaklarını geçmeyen sorununuz var, majör sorununuz. Ve biz 2,5 yıldır bunu her defasında söylüyoruz, konuşuyoruz. Ama bakanlık her ay bir tane sorunu çözseydi bu güne kadar sorununuz kalmazdı** (Sevim Hanım, Yönetici).

Ahmet Bey mevzuat eksikliğinin olmasını şu şekilde yorumlamıştır:

Biliyorsunuz bizim yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği 80'li yıllardan belki daha da geçmiş yıllardan kalan bir mevzuat ve halen daha bizim hastanelerimiz bu yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği ile yönetilmeye çalışılıyor. Oysa çok daha modern yönetmelikle işletmecilik düzenlemesi yapılması gerekiyor. **Ne yazık ki son dönemlerde bu özellikle şehir hastanelerini de kapsayacak şekilde bir işletmecilik düzenlemesi yönetmeliği veya mevzuatı çıkarılmış değil.** Aynı zamanda hastanelerin yönetim yapısı da buna uygun hale getirilmiş değil. Bunların hızlı bir şekilde hem işletmecilik düzenlemesi hem de yönetim yapısı olarak yapılması gerekir (Ahmet Bey, Uzman).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin yönetim yapısıyla ilgili merkezi yönetim olarak çeşitli problemlere ışık tutulmuştur. Bunlar arasında en sık vurgulanan denetim problemi olmuştur. Gerek merkezi gerek ise yerel olarak şehir hastanelerinin denetim ve takip problemi olduğu katılımcılar vurgulanmıştır. Bununla birlikte bazı taşradaki sorunların merkezde yeterince yer bulamaması ve merkez taşra uyumsuzluğu diğer dikkat çeken konulardır.

4.4.5. Kurum Kültürünün Oluşmaması

Şehir hastanelerinin yönetimiyle ilgili problemler arasında kurum kültürünün oluşmaması ile ilgili bir konu dikkat çekmektedir. Bununla ilgili daha çok yönetici yapılarındaki yüksek sirkülasyondan bahsedilmektedir. Kurum kültürünün oluşmaması ile ilgili ifadeler şu şekildedir:

Dezavantaj olarak burada yönetim yapılarındaki çok sık değişimden bahsedebiliriz. **Kamuda çok ciddi bir yönetici sirkülasyonu yaşıyor** ve bu hastanelerde de eğer bu şekilde devam edecek olursa çok ciddi anlamda sıkıntıya sebebiyet verir. Aynı hakeza şirketler, özel sektörlerimiz daha profesyonel davranıp aldığı yöneticileri çok sıkı bir sınavdan, eğitimden veya bir süreçten geçirdikten sonra bu projelerin içerisinde barındırırken **kamuda çok hızlı bir personel sirkülasyonu, yönetici sirkülasyonu oluyor.** Bunların her birinin ortalama 2000 sayfalık bir doküman mevzuat sözleşme bütününden oluştuğunu düşünürseniz her gelen yöneticinin bu sözleşme bütününe tekrar hâkim olması ve bunları tekrar yorumlayıp tesisten maksimum verim almaya çalışması çok ciddi bir zaman istiyor. **Eğer siz yöneticilerinizi çok sık değiştirirseniz kamuda şuan mevcutta yaşanan bir sıkıntıdır bu.** Böyle bir durumda da siz hem proje ortağınıza yani özel ortağınıza hem de tesisin amaçlarını çok ciddi anlamda zedelemiş olacaksınız, oluyorsunuz. Oluyoruz da, yaşıyor bunlar (Burak Bey, Uzman).

Bak burada bir cümle söyleyeyim bence yetsin. Bu cümlede benim değil Sayıştay raporunun Sayıştay denetçileri diyorlar ki **buradaki personel o kadar sıklıkla değişiyor ki, bu kurum kültürünün oluşmasına kurum hafızasının oluşmasına engel oluyor.** Şimdi bir kamu kurumunda kurumun hafızası ve kültürü olmazsa orada siz ne bugüne kadarki biriktirdiğiniz değerleri sizden sonraki kuşaklara aktarabilirsiniz, ne de sağlık hizmetinin doğasında olması gereken birtakım hizmet sunum biçimlerini usulüne değerlerimize ve kültürümüze uygun uygulayabilirsiniz. Dolayısıyla ciddi bir problem

var. **Artı bu problem özellikle birden fazla hastanenin taşındığı şehir hastanelerinde en tipik örneklerinden birisi Ankara'dır.** Çok daha fazla karşımıza çıkıyor. Ankara'ya 13 tane hastanenin taşınması öngörülüyor. Bir şehir hastanesine sanırım 7 tanesi taşındı şimdiye kadar. Düşün yedisinde de örneğin göğüs hastalıkları bölümü var. Oraya geldiklerinde A Hastanesinin göğüs hastalıklarının kültürü ayrı B'nin, C'nin, D'nin ayrı 3500 yataklı bir hastanede bunları bir araya getirip ortak hizmet sunumunu oluşturabilmek **ortak bir hafıza yaratmak ortak bir kültür yaratmak çok zor olduğu gibi, zamana bağlı olduğu gibi bir de sizin başlangıçta bunu yapmak istemenize de bağlı.** Şehir hastanelerinin bu örgütsel ve yönetsel yapısı bunu tamamen dışlıyor (Kasım Bey, Akademisyen).

Diğer taraftan tehditler açısından ortaya koyduğumuzda ise **yöneticilerin hızı değişiminden dezavantajından bahsettiğimiz şey bu aynı zamanda bir tehdit.** (...) Eğer bu 25 yılı hesaplayarak bir çalışma yapılmadığı takdirde **çok sık değişimlerle çok hızlı bir dejenerasyon ve peşine çok hızlı bir yani amacına ulaşmamış bir model karşımıza çıkabilir** (Burak Bey, Uzman).

Yönetimde işi bilenlerin ve liyakatli kişilerin istihdam edilmesi gerekir. **Değişiklikler olduğu zaman bilgili adamı değiştirmiş oluyorsun. Bu durumda kamu açısından dezavantajlı bir durum oluşturuyor** (Harun Bey, Yönetici).

4.4.6. Diğer Yönetsel Sorunlar

Şehir hastanelerinin yönetim yapısıyla ilgili diğer problemlerle ilgili görüşler şu şekildedir:

Oysa bakıyorsunuz şehir hastanelerinde **taşeronlaşmanın daha çok arttığını**, sizin de belirttiğiniz gibi 19 kalem hizmetinin daha alt yüklenicilere devredildiği bir şeye dönüştüğünü görüyoruz. 19 farklı hizmetin bu kadar taşeronlaştığı ve alt yüklenicilerle devam ettiği bir hizmetin, hele bu kadar büyük yatak sayılarıyla ve yönetilmesi zor bir sistemde çok önemli problemler doğurduğunu ve doğuracağını görüyoruz (Yavuz Bey, Hekim).

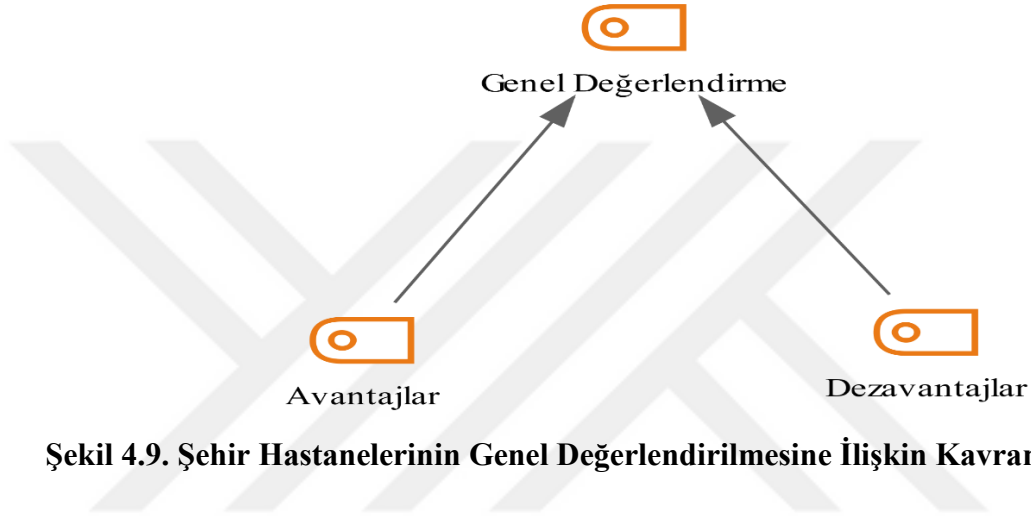
Ben şunu da görüyorum; **fazla şekil ve sayıda ticari alan görüyorum.** Mesela Ankara Şehir Hastanesinde ticari alanları fazla görüyorum. **Yani ticari alan bu kadar fazla olmamalı.** Ticari alanı insanlar vakit geçirmek için kullanıyor ama ben ticari alanın fazla olduğunu düşünüyorum (Mehmet Bey, Uzman).

Mesela işte ampul patladı şirketin yetkilisini bulman lazım, çağrı bırakman lazım, onun bir yeri araması lazım. (...) Aksayan şeylerin bir türlü giderilmediğini ve bununla ilgili de defalarca yazışılmasına rağmen de şirket temsilcilerinin bu konuda **son derece rahat ve kaygısız olduklarını söylüyorlar** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin diğer yönetsel sorunları arasında taşeronlaşmanın fazla olduğu, ticari alanların sayıca fazla olması ve şirket personelinin bazı durumlarda iş yaparken kaygısız olduğuyla ilgili durumlar katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

4.5. ŞEHİR HASTANELERİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

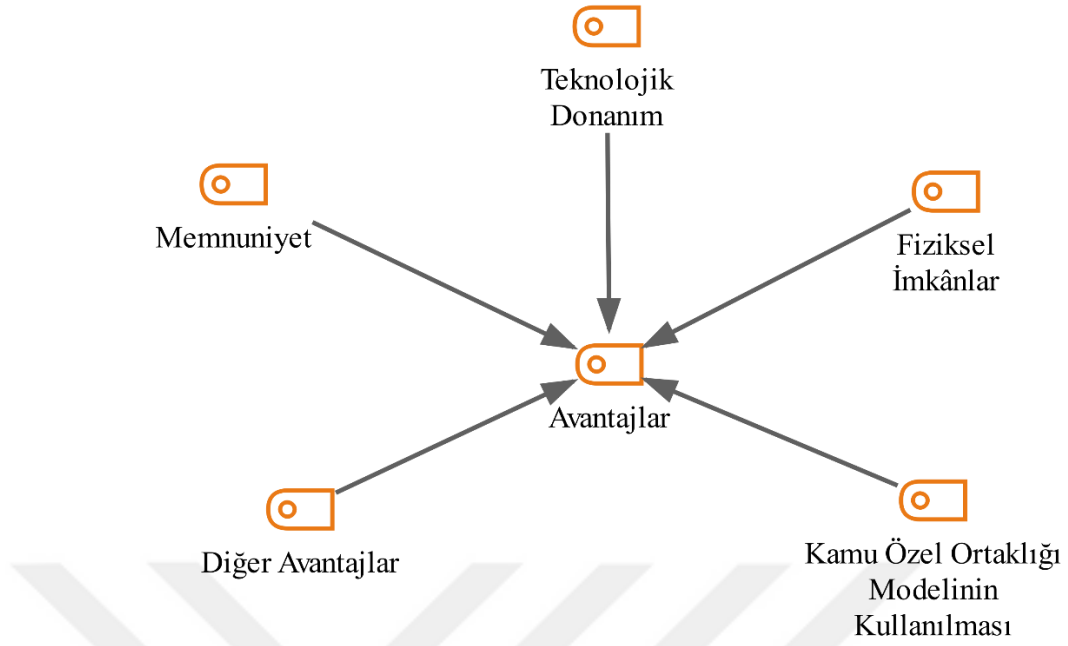
Şehir hastanelerinin genel değerlendirilmesine ilişkin katılımcılara “Şehir hastanelerini avantajlar ve dezavantajlar yönünden değerlendirdiğinizde neler ifade edebilirsiniz?” sorusu sorulmuştur. Katılımcıların verdikleri cevaplar “Avantajlar” ve “Dezavantajlar” olmak üzere iki tema altında toplanmıştır. Elde edilen temalara ait kavram haritası Şekil 4.9’da gösterilmiştir.



Şekil 4.9. Şehir Hastanelerinin Genel Değerlendirilmesine İlişkin Kavram Haritası

4.5.1. Avantajlar

Avantajlar teması kendi içerisinde “fiziksel imkânlar”, “teknolojik donanım”, “kamu özel ortaklığı modelinin kullanılması”, “memnuniyet” ve “diğer avantajlar” olmak üzere beş alt temada gruplandırılmıştır. Bu kategorizasyonun kavram haritası Şekil 4.10’da gösterilmektedir.



Şekil 4.10. Şehir Hastanelerinin Avantajlarına İlişkin Kavram Haritası

4.5.1.1. Fiziksel İmkânlar

Şehir hastanelerinin fiziksel özellikleri ilgili ferah dinlenme salonlarının olması, modern olması, hastanelerin fonksiyonel olarak yeni ve modernize sağlık tesisleri olması, nitelikli yatakları ve hastaların bir noktadan hizmet alması gibi konular öne çıkmaktadır.

Hastanelerin ferah dinleme salonlarının olması, hastane binalarının fonksiyonel olarak yenilenmesi ve oldukça modern olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

İşte ferah dinlenme salonları var, kendinizi daha teknolojik olarak donanımlı bir hastanede hissediyorsunuz bu da size güven duygusu veriyor (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Onun dışında modernizasyon açısından tabi ki yani koğuş sisteminden çıkardı hastaneleri. **İnsanlar daha sağlıklı koşullarda sağlık hizmeti alacak. Daha geniş daha ferah ve temiz** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Kocaman bir bina, tertemiz her şey, bir sürü insan, hizmet veren insan sayısı artmış, yataklar temiz, eşyalar temiz ve ortam çok modern (Pakize Hanım, Akademisyen).

Ne yapıldı bu sayede modern hastane binaları yapılmış oldu. **Yani çok modern hastane binaları yapılmış oldu.** (...) Bizim eski hastanelerde yatak başına, 25-30 metrekare hasta başına alan düşerken yeni şehir hastanelerinde ne oluyor yatak başına 150-250 metrekare hasta başına alan düşüyor. **Yani yenilenmiş oldu hem de modern anlamda hem de fonksiyonel açısından teknolojik olarak da yenilendi her şey.** İstenilen standartlar da sağlanmış oldu hem de tıbbi cihaz ekipmanı da bu anlamda yenilenmiş oldu. (...) **Eski hastanelerimize göre çok daha kapasiteli, çok daha yüksek standarttaki sağlık**

hizmeti verebilecek binalar. Dolayısıyla vatandaş açısından iyi organizasyonla, iyi hizmet sunumuyla ve personel motivasyonunu sağlayarak buralarda çok güzel sağlık hizmeti verilebilir (Ahmet Bey, Uzman).

Alt yapı yenilenmiştir. Şehir hastaneleriyle birlikte ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerin tümünün bir arada verilmesi katkısı var (Hamit Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri modelinin kamu açısından avantajları noktasında bahsedecek olursak, özellikle toplum açısından halk açısından bakıldığında öncelikli olarak **yeni tesisler kuruyorsunuz.** Yeni tıbbi cihazlarla birlikte yeni tesisler kuruyorsunuz (İsmail Bey, Yönetici).

Yeni bir yer yapılıyor, yeni bir hastane yapılıyor evet hastanelerimizin bir kısmı eski onlar yenilenmiyor, ama onlar tamamen ortadan kaldırılıp yeni yapılıyor. **Yeni her zaman insana hoş gelebilir cazip gelebilir.** Bu vatandaş açısından hasta ve yakınları açısından düşünerek söylüyorum (Adem Bey, Akademisyen).

Pakize Hanım şehir hastanelerinin modernize sağlık tesisleri olduğunu ve bu yönüyle avantaj olduğunu şu cümleleriyle anlatmıştır:

Dolayısıyla şehir hastanelerine yönelik olarak söyleyecek olursam büyük tesisler, büyük sağlık tesisleri kazandırmıştır. **Sağlık tesisleri modernize edilmesi fırsatını vermiştir bu ülkeye.** Biliyorsun sağlık kurumları 7/24 çalışan kurumlardır ve 10 yıllık bir hastane bile baktığımızda bir başka işletmeye göre aslında 20-30 yıldır faaliyet gösteren bir işletme kadar yıpranır. (...) **Modernizasyonu sağladı, hızlı bir şekilde modernizasyon sağladı sağlık kurumlarının alt yapısı açısından.** İşte teknoloji yenilendi, havalandırması yenilendi, tesisatı yenilendi falan. (...) Bunlar ciddi bir şey kazanç aslında. **Bu anlamda avantajı bu diyebiliriz** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin bir diğer avantajı olarak nitelikli yatak vurgusu yapılmıştır. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Onun dışında modernizasyon açısından tabi ki yani koğu sisteminden çıkardı hastaneleri. İnsanlar daha sağlıklı koşullarda sağlık hizmeti alacak (Pakize Hanım, Akademisyen).

Tabi kabaca Sağlık Bakanlığının belirttiği nitelikli yatak kazandırma meselesi değerli bir mesele, yeni hastaneler yapılması değerli bir mesele, bunlara kuşkusuz olumlu bir biçimde yaklaşıyoruz. (...) Bizim hep önerimiz mevcut hastanelerde ciddi bir iş yükü var biliyorsunuz, hastalarımızın bekleme süreleri uzun, kimi hastanelerde tespit edildiği gibi hala koğu sistemi devam ediyor, yatan hastalarımızın konforunda bazı sorunlar var. **Bunların çözülmesi gerektiğini ve bakanlığımızın bu konudaki çabalarını kuşkusuz olumlu değerlendiriyoruz** (Yavuz Bey, Hekim).

Bu yönüyle de önemli bir durum arz edecek hatta daha bir önemli tarafıyla da dikkat edecek olursak nitelikli yatak. Nitelikli yatak dediğimiz, sağlık uygulamacılarının da bilmiş olduğu bir nitelikli yatak kapasitesine kavuşmuş olacak. İşte bunu da doğru şekilde yönetebilmek, doğru şekilde finansmanı sağlamak gerekiyordu. Burada da KÖO modeli tercih edildi (Burak Bey, Uzman).

Bunu tek kişilik odalarla, güzel bir şey tek kişilik odalar ama odalarla değil oda dışındaki, hani hizmet sunum alanları dışındaki alanlar çok geniş. (...) Fiziki olarak hani

kimse zor şartlardayız diyemez. **Her yer geniş. Yeterli sayıda ameliyathane, yeterli sayıda yoğun bakım yatağı bunların oluşması elini güçlendirdi bakanlığın** (Mehmet Bey, Uzman).

Hasta ve hasta yakınları açısından baktığımızda odaların kaliteli ve konforlu olması, poliklinik hizmetlerde yönlendirme ve veri girişler kolay yapılmakta ve hastaların istedikleri bölüme ulaşmalarını kolaylıkla sağlamaktadır (Metin Bey, Yönetici).

Şehir hastaneleri bir noktadan hizmet veriyor. Sevk gerekmiyor. Hasta başka bir yere gitmiyor. **Şehir hastanelerine hasta açısından bakıldığında otel odası konforunda hizmet alıyor. Maxisimum bir odada iki kişi kalıyor. Çoğu tek odalıdır. Yoğun bakım odaları bile tek kişilik odalar** (Hale Hanım, Yönetici).

Vatandaş gözüyle yeni bir hastane, odalar tek kişilik, oldukça lüks veya iki kişilik oda, odaların çoğu tek kişilik ve lüks. Bu onlar için tabi ki hem hasta hakkı, için hem insan hakları için tabi ki itiraz etmeyeceğim bir şeydir. Eskisi gibi koğuş sistemi günümüzde şey değil o olmasın tabi ki (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde hastanın sevk edilmemesi ve tek bir noktadan hizmet sunması açısından avantajlarının olduğu söyleyen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Yani bunların birleştirilmesi şehir hastaneleri bağlamında avantaj olarak söyleyebiliriz. **Şehir hastanesi evet tek bir noktada hizmet sunmak noktasında iyi oldu** (Mehmet Bey, Uzman).

Bunun için bu fırsatlar oluşturulur ise burada işte hastanedeki enfeksiyon riskinin azalması, **hastanın transfer edilmemesi** için hasta yatış sürelerinin azaltılmasına varana kadar bunların her biri bir fırsattır. Kişinin ne kadar sağlıklı, kısa sürede sağlığına kavuşursa ekonomiye döngüsü de o kadar hızlı olacaktır (Burak Bey, Uzman).

Şehir hastanelerin hasta bir noktadan hizmet alınıyor. Sevk gerekmiyor. Hasta başka bir yere gitmiyor. Şehir hastanelerine hasta açısından bakıldığında otel odası konforunda hizmet alıyor (Hale Hanım, Yönetici).

Sonuç olarak şehir hastaneleri fiziksel imkânlar açısından oldukça avantajlıdır. Yeni yatırımların olması binalarının konforlu ve hasta odalarının tek kişilik ya da en fazla iki kişilik olması önemli bir noktadır. Şehir hastanelerinin nitelikli yatak imkânlarına sahip olması artı bir değer olarak görülmektedir. Şehir hastaneleri, sağlıkta modernizasyonun sağlanması açısından sağlık sistemine yeni bir seviye getirmiştir.

4.5.1.2. Teknolojik Donanım

Şehir hastanelerinin teknolojik yönü bazı katılımcılar tarafından şu şekilde ele alınmıştır:

İşte ferah dinlenme salonları var, kendinizi **daha teknolojik olarak donanımlı** bir hastanede hissediyorsunuz buda size güven duygusu veriyor (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Modernizasyonu sağladı, hızlı bir şekilde modernizasyon sağladı sağlık alt yapısı açısından, sağlık kurumlarının alt yapısı açısından. **İşte teknoloji yenilendi**, havalandırması yenilendi, tesisatı yenilendi falan. (...) Bunlar ciddi bir şey kazanç aslında. Bu anlamda avantajı bu diyebiliriz (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şehir hastaneleri tıbbi teknoloji açısından değerlendirecek olursak da şehir hastanelerinin ciddi anlamda teknoloji transferinin yapıldığı hastaneler konumunda. Ve bu teknoloji transferiyle beraber AR-GE faaliyetleri noktasında da imkân sağlayan yapılar şeklinde ortaya çıkıyor. **Ve özellikle kullanılan ekipmanların kalitesi veya işte yeni ve son teknoloji olması ve burada en büyük avantaj teknolojilerin sürekli olarak bu hastanelerde yenilenecek olması, güncellenecek olması** (Burak Bey, Uzman).

Şehir hastanelerinde kullanılan sağlık teçhizatları, ameliyatlar, laboratuvarlar ve görüntüleme cihazları vs bunlar özel sektör mantığıyla değil de devletin bize şart koştuğu şartnameler doğrultusunda alındığı için **en son moda ve en iyi marka cihazları kullanıyoruz** (Serdar Bey, Yönetici).

Ayrıca yoğun bakım hizmetleri tamamıyla devlet hastanesinden farklı. Sadece temizlik anlamında demiyoruz bunu ilaç teminleri olsun, **teknolojik hizmetler olsun**, yakın takibi ve doktorun takibi şehir hastanelerinde daha rahat ve daha kalitelidir. (...) Fırsatlar olarak güzel bir ortam sağlamasıdır. **Teknoloji ve dijitalleşme anlamında çok önemli fırsatlar sağlıyor.** Avrupa ve dünya tamamıyla dijitalleşmeye geçiyor. Kâğıtsız bir hastane olarak hizmet veriyoruz. Yine şehir hastaneleri daha iyi ameliyatlar yapılmasına olanak sağlıyor. Tıbbi ekipmanlar açısından her türlü olanağa sahip. **Teknoloji seviyesi arttı** (Metin Bey, Yönetici).

Kamudaki yöneticiler açısından da avantajları var. Mesela teknik hizmetler, elektrik, doğal gaz, ısıtma sistemleri ışık, soğutma vb gibi bunlar özel işletmeler tarafından yürütülüyor. **Yeni binalar olduğu için daha güvenli ve daha teknolojik sistemlerle işlemler yürütülmektedir.** Bir idari mali hizmetler müdürü için hastanenin en tehlikeli ve riskli yerleri teknik hizmetlerdir, jeneratörlerdir, elektrik kesintileridir. Yoğun bakımda hastalar yatıyor. Bu hastalar için elektrik çok önemlidir. Bu işleri şirketler yürüttüğü için idarecilerin işlerini kolaylaştırmıştır (İsmail Bey, Yönetici).

Birinci olarak en önemli şey teknolojiyi yeniledi (Halil Bey, Yönetici).

Çok bir katkısı olduğunu düşünmüyorum **sadece teknolojik açıdan var.** Hani hekim ulaşamazsan film çektiğini gösteremedikten sonra ne anlamı var (Halil Bey, Yönetici).

ŞH kullanılan cihazlar son teknolojidir. Tüm tıbbi ekipmanlar sıfır ve yenidir. Aynı zamanda binanın kendisi yenidir. Bu durum teşhis ve tedavide artı noktaları oluşturmaktadır (Hale Hanım, Yönetici).

ŞH yatırımlarında teknoloji ön plandadır. Hiçbir devlet hastanesinde görmeyeceğiniz laboratuvar ve teknik sistemler mevcut. Halkın hizmet almaya başlamasından çıkışına kadar daha fazla iletişim ve memnuniyeti artırıcı unsurlar bulunmaktadır. **Avantaj olarak şimdilik bunları söyleyebiliriz** (Burhan Bey, Yönetici).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin diğer bir avantajlı yönü olarak teknolojik donanım ele alınmıştır. Bu noktada şehir hastaneleri teknolojik olarak donanımlı olması

daha iyi sağlık hizmeti üretilmesi hususunda kolaylıklar sağlamaktadır. Teknolojik yönüyle şehir hastanelerinin sağlık sistemine olumlu bir değer kattığı katılımcılar tarafından vurgulanmaktadır.

4.5.1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kullanılması

Şehir hastanelerinin hayata geçirilmesinde kamu özel ortaklığı modeli kullanılmıştır. Bu modelin kullanılmasından kaynaklı bazı avantajlar gündeme gelmiştir. Bunlar “Özel Sektör Hizmetleri” ve “Otelcilik Hizmetleri” olmak üzere iki tema altında toplanmıştır.

4.5.1.3.1. Özel Sektör Hizmetleri

Özel sektörün hızlı performansı göstermesini Nazlı Hanım şu cümleleriyle açıklamaktadır:

Yani şöyle bir şey mesela temizlik hizmetleri ve bunun dışında diğer hizmetler, güvenlik, işte park bahçesi, sterilizasyonu birçok hizmeti dışarıya verdiğiniz zaman o da kendisi özel sektör olarak işlettiği zaman kişilerde işimi iyi yapmazsam işimi kaybedebilirim **korkusu biraz daha performanslarına yansıyor. (...) Ama bunu daha önceden biz kamu çalışanlarına yaptırdığımız zaman yani kamunun kendisi devlet hastanesinin çalışanları olduğunda gerçekten performans göstermiyorlardı.** Ben bunu kamudaki çalıştığım dönemlerden biliyorum. Hani biz taşeron şirketleri biz ciddi şekilde eleştiriyoruz ya da özel şirketten hizmet almayı eleştiriyoruz ama. Kamu da bunları kendi içinde çalıştıramadığı zaman bu hizmetleri de alamıyor. İşin o tarafı da gerçekten kötüydü. Çünkü personele diyorsunuz ki hastanın yatağı değişecek. Personel bunu ağırdan alıyor. Sizin ona karşı hiçbir yaptırımınız yok. Yani tekrardan söylüyorsunuz hastanın yatağı değişecek. Buraya yatak çarşafı gelecek ya da laboratuvara götürülecek. Ama şimdi şehir hastanesine bakıyorsun. Yardım masası sistemiyle birlikte kişiler bu hizmeti yerine getirmezse anlık olarak şirkete olumsuz puan olarak etkilendiği için süresi **içerisinde o gerçekten işin hızlı bir şekilde yapılmasını ya da performansı olumlu etkiliyor** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Özel sektörün hızlı bir şekilde sağlık alt yapı yatırımı yaptığını Pakize Hanım ve İsmail Bey şu şekilde anlatmıştır:

Şehir hastaneleri bir defa Türkiye’nin sağlık alt yapı yatırımlarının hızlı bir şekilde yapılmasını sağlamıştır (Pakize Hanım, Akademisyen).

Kamu açısından bu yöntemin bir avantajı da bence bir anda devletten para çıkmadan taksitle inşaat yapıyorsunuz. İçinin donanımlarını yapıyorsunuz. Devlet örneğin Isparta ŞH içini o kadar donanımlı bir şekilde inşa edemezdi. Bu büyük bir maliyet. Bunu KÖO başarmıştır. **Ödemesi uzun vadeli olup kısa sürede yatırım yapmış oluyorsunuz. Kısa sürede hizmete sokuyorsunuz. Kamu ihale kanuna göre birçok şeyi ihale çıkayım alayım dersiniz çok uğraşırsınız ve uzun sürer. (...) ŞH Isparta’da ihtiyaç vardı. Eski bir bina vardı. Devlet imkânları ile bu bina zor yapılırdı. Uzun yıllar alabilirdi. KÖO**

bütün binayı 2.5 yılda yaptı. 755 yataklı bir hastaneyi içindeki bütün tıbbi cihazlarla birlikte yaptı. Bu çok büyük bir avantajdır (İsmail Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinde görüntüleme hizmetlerin hızının yüksek olmasını katılımcılar şu şekilde dile getirmişlerdir:

ŞH hükümetin en iyi projesi olduğunu düşünüyorum. Yapılan en iyi proje olduğunu düşünüyorum. Neden peki, tüm Türkiye'yi gezdim. Devlet hastanelerin hepsini gördüm. Sağlık hizmetlerinde bu kapsamda seviyesini bizzat yaşayarak gördüm. Maalesef bu hastanelerde eksikler çoktu. Neydi bunlar, bir tomografi ya da MR için 3 ay gibi günler veriliyor. **ŞH bunlar ortadan kalktı. İnsanlar en geç üç gün içerisinde çekimini yaptırıyor ve sonucunu alıyor** (Serdar Bey, Yönetici).

Bir diğer husus da mesela hizmet alımıyla yürütülen görüntülenme hizmeti, laboratuvar hizmeti gibi alanlarda imzalanan sözleşmelerdeki ihtiyaç planlamalarında randevu gün sürelerinin öncellenmesi buradaki yatırımı daha da farklı bir boyuta taşıyor. Şöyle ki bir hastanenin normalde 3 tane örneğin MR varsa veya tomografisi varsa ve bunu bir kat daha arttıramıyorsa ve bu hastanedeki hasta talebi de artışına bağlı olarak cihaz sayısını arttıramıyorsa hastanenin randevu gün süreleri uzamaya başlar. **Ama şehir hastanelerinin randevu 3 gün ile sınırlıdır.** 3 günü geçiyorsa ve bunlar ciddi bir seyir haline dönüşmüşse şirket herhangi bir kamu tarafından ücret talep etmeden buraya yeni bir cihaz getirerekten bu belirlenen kriterlere ve standartlara uyumu bir an önce sağlama zorunluluğu var (Burak Bey, Uzman).

Ayrıca görüntüleme, çamaşır, güvenlik vb gibi bu hizmetlerin eski devlet hastanelerinde bir düzenin olmaması ve bir sistematığının olmamasının önüne geçildi. Artık bunlarla ilgili tamamıyla bir sistem var. **Mesela görüntüleme hizmetlerinden örnek verecek olursak. 3 gün içerisinde çekim yapmak zorunda. Bu da hastaneye işlemlerin hızlandırılmasını sağlamaktadır. Bu durum tedavi hizmetinin hızlı olmasını sağlamaktadır** (Metin Bey, Yönetici).

Özel sektörün kamuyu etkilediğini ve bu sayede bir etkileşim olduğunu Serdar Bey şu cümleleriyle açıklamaktadır:

Özel şirket biz personelimizi olmazsa olmazlarımız var. Yaşlı bir hasta gördüğünüzde koşarak gideceksiniz gibi yönlendirmeler yapıyoruz bunlar yerleşti. Bunları yapmadığında şirket personeli dışarı çakacağını biliyor. **Özel sektör öyle yani.** Kimsenin gözünün yaşına bakmıyor kapının önüne koyuyor. Onun için işini en iyi şekilde kaytarmadan yapmaya çalışıyor. Kamu personeli bunu görünce ister istemez o da etkileniyor. Bir kenarından da o tutuyor. **Bence karşılık bir etkileşim sağlıyor.** (...) Kamu bu işi götüremez. Çünkü tek başına yönetmez. Yönetmediğini geçmişte gösterdi zaten. İşte devlet hastanelerin durumu ortada. Kaç kişi memnun ki bu hastanelerden. **Yani özel sektörle beraber olması bir etkileşim olması kamuyu da etkiliyor, özeli de etkiliyor.** Özel özeli şımarıklığına kaçamıyor. İşe para yönden bakamıyor. Ben hizmet edersem para kazanırım diyor. Özel hastanede her şey yapılabilir. Ama burada doktorlar devletin kamunun haklarını korumaktadır. İkisi bu işi beraber götürmesi gerekir. Ne özel sektör tek başına bu işi götürebiliyor. İş ne tamamen maddi boyuta vardırabiliyor. Ne de kamu tek başına kaldığı zaman devlet memurluğu zihniyetiyle bugünün işini yarına bırakıyor. Çok önemsemiyor. Çünkü yeterli eğitimi yok onunda. Sonuçta kamunun bu işi tek başına götüremiyor. **Bizden doğru şekilde etkileniyor bizden onlardan doğru şekilde etkileniyoruz.** (...) Aynı zamanda onlar bizim başımızda denetçi hem de ortağımız. Ben her gün denetlendiğimi bildiğim için işimi

doğru yapmak durumundayım. Ama o her gün denetlenmiyor. Bize bakıp sadece mahcup oluyor. Bunlar çalışıyor falan diyor. Sonra bizimde çorbada tuzumuz olsun diye o da çalışıyor. **Böyle bir etkileşim var.** Arada hiçbir şey yapmayanların hesabını görecektir bir sistem olsa daha da güzel olacak (Serdar Bey, Yönetici).

Hastanelerde özel sektörden kaynaklı bazı kaynak kayıplarının önlendiğini Sevim Hanım ve Burhan Bey şu şekilde açıklamaktadır:

Yani şimdi şehir hastanesi projeleri ben hastane açılışından bu yana buradayım. (...) Hem kamu tarafını iyi biliyorum, hem de özel yani şehir hastanesi PPP modeli olarak hani bilgi sahibiyim. **Şimdi hepsinin her tarafının eksileri, artıları var. Bana göre şehir hastanelerin eksiler, artılar olarak değerlendirirsek artıları daha fazla. Neden daha fazla onları size anlatayım.** Önceden ben yemek hizmetine 4.80 kuruş para ödüyordum ama yemeği yiyemiyordum. **Adana Numune Hastanesi et hırsızlığı diye yazın Google'a. Benim hastanemden etim çalınıyordu, pirincim çalınıyordu, kaşığım tabağım çalınıyordu.** Bir süre sonra hırsız firma ne yaptı, yemekhane ecza deposunun karşısındaydı. **Serum, izotonik serum en ucuz şey. Artık kutu kutu o ne zannettiysen onları çalarken yakalandı.** Yani temizlik hizmetine 1 milyon lira para ödüyordum ama hastane pisti. Leş gibiydi. İdarecilerin kullandığı tuvalete giremiyordum ben. Bırakın vatandaşların, personellerin kullandığı tuvalete girmeyi. **Benim güvenlik hizmetim vardı, bundan daha az ödüyordum ama hastanede asayiş yoktu.** Yani çeteler paylaşmış. İşte kardiyojoloji bilmem ne afkan çetesinin, KVC işte bilmem ne Adana'nın conolarının, ortopediye bakıyorsun firmacıların, göze bakıyorsun optikçilerin. Şebeke haline gelmiş yani rant haline gelmiş. İlaçlama hizmeti alıyordum, burada ödediğimin yaklaşık 1/500 'ünü ödüyordum ben. Ama hastane içerisinde neredeyse, kundakta bebek büyüklüğünde hayvanlar oluyordu. Fare ve jandınlar falan oluyordu. (...) Yani bizim portföyümüz Adana olarak çok farklı. Ben genelde temizlik malzemesi alıyordum. Şuan temizlik hizmeti alıyoruz, malzeme almıyoruz biz. Her şeye dâhil sistem. **Sıvı sabunu koyuyorduk 10 dakika sürmüyordu sıvı sabun bitiyordu.** Temizlik hizmetinden daha fazla temizlik malzemesi giderimiz var. Bu durumu takip etmeye karar verdim. Bizim temizlik firma personeli çalışıyor dedim. Bizzat bunu lavaboda gördüm, 5 dakika ayakta bekleseniz görüyorsunuz portföyü. Su şişesini boşaltıp sıvı sabunu doldurdu, çantasına attı. **Tuvalet kâğıdı koyuyoruz. Hiçbir devlet hastanesinde tuvalet kâğıdı görmezsiniz. Göremezsiniz. Niye? Çünkü yetişmiyor, çalınıyor.** Kadın tuvalet kâğıdını çıkardı, aldı ve çantaya attı. (...) Bu şeyin önüne geçemiyorduk biz. **Personel de yapıyordu, hasta da yapıyordu, hasta yakını da yapıyordu vesaire. Devletin malını ne olarak görüyor hani şuan onu kendi alması gereken bir şeymiş gibi, yani sıvı sabunu doldurup eve götürmem gerekiyor, bedava var burada gibi düşünüyor.** Farklı bir bakış açısı vardı. Benim mesela çok bariz yakaladığım hastane paratoneri. **Paratonerin kablosunu çalarken temizlik firmasının personeli yakaladı.** Ne yapacak onu sizce, paratonerin kablosu ne yapılabilir? Ben düşündüm yani 10 dakika düşün ne yapılabilir? Televizyona uymaz hiçbir şeye uymaz. Çıkarıp onu eskiciye satacak. (...) Mesela siz de bilirsiniz kamu hastanelerinde atıl durumda cihazlar vardır. Hekim gelir bir cihaz aldırır sonra bir bakarsınız yurt dışına gitmiştir. **Dünyanın parasını verirsiniz bir cihaz alırsınız, 1 yıl sonra özele geçmiş...** (Sevim Hanım, Yönetici).

Eskiden personel bireysel hizmet olarak kullanılıyordu. Kayıp elamandı. Yarısı gerçek işini yapıyordu. Şimdi özel hizmet çıktı, kat hizmetlisi olarak çalışıyor insanlar. Bireysel hizmet oldukça azaldı. **Şimdi her iş ayrı yapıldığı için kayıp kaynaklar engellendi. Olması gerektiği kadar insan çalışıyor.** Her iş için ayrı bir ihale yapılıyordu. Artık ihale

işi bitti. Temel ihaleyle işi çözüyor. İnsan ve malzeme kayıplarının engellenmesi, korunması ve binanın güvenliği (Burhan Bey, Yönetici).

Sonuç olarak şehir hastanelerinde özel sektörün hizmet sunmasından kaynaklı bazı avantajlar olduğu ifadelere yansımıştır. Bunlar arasında gerek görüntüleme gerekse hizmet sunumlarında özel sektörün hızlı performansının olması dikkat çekmiştir. Yine aynı şekilde tesislerin yatırımlarında özel sektörün hızlı inşaat kapasitesi vurgulanmıştır. Bunun yanında hizmet sunum süreçlerinde özel sektörün kamuyla etkileşiminin olduğu üzerinde durulmuştur. Son olarak kayıp kaynakların önlenmesinde özel sektörün etkisinin olduğu görüşüne yer verilmiştir.

4.5.1.3.2. Otelcilik hizmetleri

Otelcilik hizmetleriyle ilgili kaliteli hizmet, temizlik ve yemek gibi konular yer almaktadır. Şehir hastanelerinin kaliteli hizmet sunumuyla ilgili olarak bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

İşte şehir hastanelerinin en büyük avantajı şu bence; bizim toplumsal yapımız olarak biz maalesef insani yapımız hizmet ettiğimiz alanlarda kaliteye çok odaklanmıyoruz. Yani bu sağlık alanı şart değil hangi alanda olursa olsun kalite odaklılık hep ikinci planda kalıyor. Ama özel sektör dediğimiz yatırımcı grup, özellikle uluslararası alanda çalışan firmalar bu işi daha fazla önemsiyorlar. **Bu kabiliyetlerden faydalanan olmak biz de hem anlayış yönünden hem de hizmetlerin sunumu ve kalite açısından artı bir değer katıyor.** İşin bu yönüne baktığımız zaman esasında güzel bir tablo çıkıyor ortaya. (...) Ve özellikle kullanılan ekipmanların kalitesi veya işte yeni son teknoloji olması ve burada en büyük avantaj teknolojilerin sürekli olarak bu hastanelerde yenilenecek olması, güncellenecek olması. **Burada sunulan hizmetlerde kaliteyi de bir kat daha arttırıyor.** (...) **Buradaki en büyük avantaj işte çekim kalitesinden ödün vermiyorsunuz.** Veya laboratuvar tahlillerinde yaptığınız kaliteden ödün vermiyorsunuz tam tersi cihazlarla o kaliteyi korumaya çalışıyorsunuz. İlave cihaz getirerek bu kaliteyi korumaya çalışıyorsunuz (Burak Bey, Uzman).

Orta halli bir hastane olarak, 1000 yataklı bir hastane olarak ödediğimiz bir meblağ vardı ama ödüyorduk, karşılığını alamıyorduk. Ödüyorduk, vatandaşı memnun edemiyorduk. Ödüyorduk, hiçbir şekilde ne personelimiz mutluydu ne hasta mutluydu ne hasta yakını mutluydu. Özellikle destek hizmetlerinden. **Ama şuan da biz neyiz, teşekkür ediyorlar. Gelen yakınlarımız kendi yakınlarımız oluyor. Mesela geçen hafta benim annem kaldı hastanede. Ben böyle bir şey görmedim dedi.** Yere bir şey düşüyor hemen gelip alıyorlardı. Yani biz şuan belki meblağları daha fazla ödüyormüş gibi görünüyor olabiliriz ama işin amortismanı olarak düşündüğümüz zaman, hizmetin karşılığı olarak düşündüğümüz zaman sonuçta biz bunu vatandaşa sağlık hizmeti sunmak durumundayız, ücretsiz sunmak durumundayız. Bunun karşılığını fazlasıyla alıyoruz. Bir kamu hastanesiyle kıyaslanamaz bu. Hizmetlerde o tarz sıkıntılarımız vardı (Sevim Hanım, Yönetici).

Hareket kabiliyeti zayıf olan yaşlı ya da diğer hastaları karşılayan onları işin başından sonuna kadar yönlendiren bir ekip var. Herhangi bir refakatçisi olmayan bir hasta

geldiğinde bunları bizim kendi personelimiz alıyor. Hemen her türlü tedavisini yaptırıp gönderiyorlar. **Bu da çok farklı bir hizmet.** (...) Çünkü devlet hastaneleriyle artık yürümüyordu. Vatandaş kapılarda sürünüyordu. **Şimdi gayet kaliteli bir şekilde hizmet alıyor.** Hastaların çoğu teşekkür ediyor. Şehir hastanelerinde insana değer veriliyor. Devlet hastanelerinde bu mümkün değildi. Özel sektörün temposu devleti etkiliyor esasında. (...) Özel şirket biz personelimizi olmazsa olmazlarımız var. Yaşlı bir hasta gördüğünüzde koşarak gideceksiniz gibi yönlendirmeler yapıyoruz bunlar yerleşti. Bunları yapmadığında şirket personeli dışarı çakacağını biliyor. Özel sektör öyle yani. Kimsenin gözünün yaşına bakmıyor kapının önüne koyuyor. Onun için işini en iyi şekilde kaytarmadan yapmaya çalışıyor (Serdar Bey, Yönetici).

Türk sağlık hizmetleri ŞH ile birlikte bir kademe atladı. **Özellikle kalite açısından ve çalışanlar açısından gayet iyi bir ortam sağlandı.** Hastalarımızın tamamıyla sağlık hizmetlerine bakış açısı değişmiş bulunmaktadır. Bunu ilk şehir hastanesi olmamızdan dolayı gördük. ŞH sağlık hizmetlerinde tamamen farklı bir basamağa geçildi. **Bu kaliteli hizmet açısından, dijitalleşme, teknoloji ve otelcilik açısından ilerleme sağladı ya da basamak atlattı** (Metin Bey, Yönetici).

Tıbbi sekreterler açısından yani hasta karşılama olarak kaliteli hizmet sunuluyor. Daha profesyonel hasta karşılama yöntemi var. (...) **Şehir hastanelerinde özel mantık olduğu için en kaliteli malzeme tercih ediliyor.** Şirket kaliteli tıbbi cihaz alıyor. Kendi açısından maliyeti düşürüyor aslında. Kaliteli cihaz alıyor uzun soluklu kullanıyor ya da sürdürüyor (İsmail Bey, Yönetici).

Sağlık hizmetlerinde ise kazandırdığı vatandaş daha kaliteli hizmet aldığını düşünüyor. Yataklı tedavi hizmeti çok kaliteli (Harun Bey, Yönetici).

Otomatikman binaların ömrünün uzatılması ve **hizmetteki kalitenin artırılmasını sağladı.** Burada net olarak görebiliyorsunuz. Bina bakımının düzgün yapılmadığında ömrünü azaltıyorsunuz (Burhan Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinde yemek hizmetlerinin kaliteli olduğunu Sevim Hanım ve Serdar Bey şu şekilde açıklamıştır:

Şimdi yemeğe daha fazla ödüyoruz, ben kendi adıma söylüyorum. Ben iki yıl önce kredi kartında yemek kısmı vardı. Aylık grafikleri incelerim en çok neye harcama yapmışım diye. Yemek ikinci sırada yer alıyordu. Şu an bakıyorum yemek %1'lik alanda. Kendi harcamalarıma göre. Neden? Çünkü yemek çok pisti, var olan ete güvenmiyordum, var olan hiçbir şeye güvenmiyordum. Sürekli kebabçılar kurye taşıyordu. Öğlen saatinde hastaneye çık kurye kaynıyordu. **Şuan bu hastanede yemek yiyebiliyoruz, eleştirebiliyoruz yemeği. Diyebiliyoruz bugün hamburger çıktı. Düşünebiliyor musunuz kamu hastanesinde hamburger çıkıyor ve hamburgerin köftesini konuşuyoruz** (Sevim Hanım, Yönetici).

Yemekler dışardaki lokanta kalitesinde hizmet veriliyor. Bunu ben söylemiyorum hastalar ifade ediyor %98 lik bir beğeni var (Serdar Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin temizliğiyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Temizlik hizmetleri konusunda belki çok daha hızlı bir şekilde hizmet ortaya koyuluyor (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Biz temiz bir sağlık hizmeti alıyoruz yani tertemiz hastane (Sevim Hanım, Yönetici).

Örneğin uygulamada da değişiklikler var. Eskiden hasta çamaşırları falan her şey birlikte yıkanıyordu. Şimdi devasa bir çamaşırhanede ayrı ayrı olarak yıkıyor. Enfekte çamaşırlar ayrı odada yıkıyor (Serdar Bey, Yönetici).

Ayrıca yoğun bakım hizmetleri tamamıyla devlet hastanesinden farklı. **Sadece temizlik anlamında demiyoruz bunu ilaç teminleri olsun, teknolojik hizmetler olsun, yakın takibi ve doktorun takibi ŞH daha rahat ve daha kalitelidir** (Metin Bey, Yönetici).

Özel şirketler teknik işleri yürütüyor. Temizlik, güvenlik vb gibi hizmetleri yürütüyor. Örneğin daha önceki hastanelere göre **hastaneler daha profesyonelce temizleniyor. Özel işletmenin bu konuyla ilgili profesyonel elamanları var. En başta avantajlarından bir tanesi budur. Nitelikli temizlik oluyor. Hastaneler daha temiz ve hijyeniktir** (İsmail Bey, Yönetici).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin otelcilik hizmetlerinin kaliteli olduğu vurgulanmıştır. Eski hastanelere göre daha kaliteli hizmetlerin sunulduğu dile getirilmiştir. Temizlik ve yemek hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesi dikkat çeken bir husustur.

4.5.1.4. Memnuniyet

Şehir hastanelerinin memnuniyeti ilgili hem hasta hem de personel memnuniyetinden bahsedilmiştir. Bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Hastalar ilk etapta gidip gördüklerini benim söylediğim şeyi söylüyorlardı. Yani biz işte atıyorum 6 ay önce numuneye gittiğimizde çok böyle eski bir sağlık tesisine gidiyorduk şimdi içimiz açılıyor gittiğimizde. Kocaman bir bina, tertemiz her şey, bir sürü insan, hizmet veren insan sayısı artmış, yataklar temiz, eşyalar temiz, ortam çok modern. Yani bizim halkımız şeyi sever gösterişi, gösteriştten ziyade temizliği ve düzeni sever yani. Dolayısıyla bir sağlık tesisinde de insanlar biliyorsun hijyen arar, temizlik ister, temiz koksun ister yani bu anlamda bence insan, hastalarda sağlık çalışanları da bu yönünden bence memnundur. Memnun diye düşünüyorum. **Ben bir tek Adana Şehir Hastanesini gördüm bizzat gözlerimle gördüm. Yani gayet güzel bir tesis. Hasta olarak gitsem oraya gitmek isterim** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Odalar genelde tek kişilik en fazla iki kişilik haline getiriyorsunuz. Tabi bu hasta ve hasta mahremiyeti açısından ve rahatlık açısından güzel bir şeydir. Düşünün 25m² ya da 30m² odalarda hastalar tek kalıyor. Bu durum hastalar açısından ferah ve rahat bir ortam sağlıyor. **Bu durumda doğal olarak hasta memnuniyetini artırıyor** (İsmail Bey, Yönetici).

Örneğin; Adana Şehir Hastanesini örnek verecek olursak Adana Şehir Hastanesinin personelinin memnuniyet oranı şuanda %80'in üzerine çıkmış durumda ve gerçekten personel severek gidiyor. Çünkü burada bir ekip yönetim işi var ve ekibin yönetilmesi veya ekibin bu konuda çabaları, gayretleri personele de olumlu bir şekilde yansıyor (Burak Bey, Uzman).

4.5.1.5. Diğer Avantajlar

Şehir hastaneleriyle ilgili diğer avantajlar olarak sağlık turizm ve bölge hastaneleri olması gündeme gelmiştir. Şehir hastanelerinin sağlık turizmi açısından önemli fırsatlar oluşturduğu vurgulanmıştır. Bunun yanında hastanelerin bölge hastaneleri olarak hizmet vermesi diğer bir avantaj olarak değerlendirilmektedir. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Bir de biliyorsun şehir hastanelerinin **sağlık turizmi açısından da tefrişatı yapıldı**. O yönde de bir planlaması yapıldı. **Bu bir fırsat**. İyi değerlendirilebilirse bir fırsat yani ama bütün kaynağı sağlık turizmine ayırmak mümkün değil, o bunun küçük bir parçası aslında. Yine burada dediğim gibi yönetilmesi çok önemli (Pakize Hanım, Akademisyen). **Sağlık turizmi diğer ülkelerle mukayese açısından önemli bir fırsattır** (Ahmet Bey, Uzman).

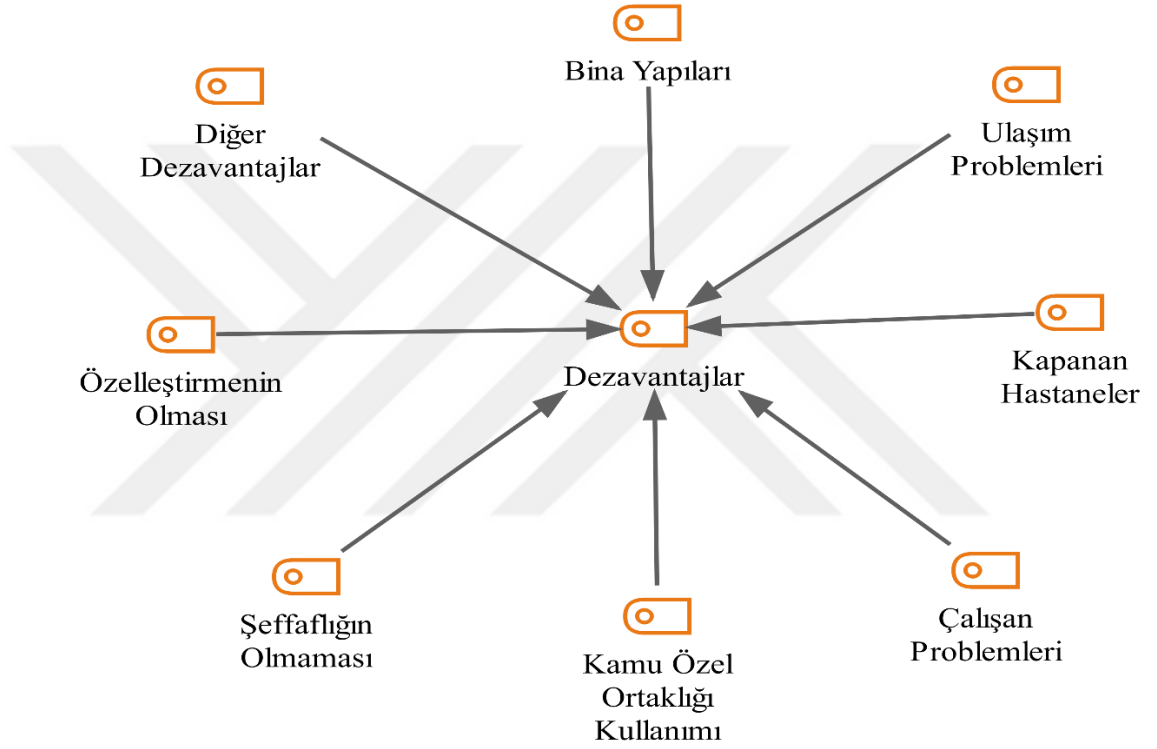
Bu sağlık turizmi hani geliri tetikleyecek. Fırsatları, en büyük fırsat bu. Bir fırsatı da kaçırıyoruz. Bunu ilin kendi başarısı yapabilir. Bu geçiş esnasında personele iyi bir eğitim ve yeni bir dünya, yeni bir hastane konseptine geçilebilir. Bu büyük bir fırsattır. Bu kendi düşüncem, şahsi. Yani hazır hastaneyi değiştiriyorken çok yeni bir dünya kurabilirsiniz (Mehmet Bey, Uzman).

ŞH sağlık turizmi için rahat bir şekilde kullanılabilir. Fırsat açısından bu hizmetler sağlandı. Ankara'daki şehir hastanesinin bütün kulelerinin üst katları sağlık turizmi için özel odalar şeklinde dizayn edildi (Hale Hanım, Yönetici).

Şehir hastaneleri öncelikle kompleks yapılar ve hizmet bütünlüğü sağlayan yapılar olması itibariyle **sağlık turizmin mutlaka hani bu işin dışa dönük penceresi bir fırsat avantajı olarak nitelikli hekim, nitelikli sağlık personeli bir arada bulundurmak önemli**. (...) Ve özellikle şehir hastanelerinin de şimdi kendi içerisinde ikiye ayırmak gerekir belki ama genel misyon olarak bir eğitim araştırma statüsü içerisinde olması veya ona yönelik çalışıyor olması bu hastanelerde bulunduğu bölgeye, lokasyona veya çevre lokasyonlara da daha iyi hizmet, oradaki hastalara da hizmet sunmasını sağlıyor. Şehir hastaneleri sadece bulunduğu ile hizmet vermek için kurulan hastaneler değil. **Bunlar bölgeye, kendi coğrafyasındaki diğer yakın komşu illere de hizmet verecek şekilde planlanmış olan hastaneler. Yani bu da baktığımız zaman bir diğer avantaj noktasını gösteriyor**. Mesela burada somut bir örnek vermek gerekirse Yozgat Şehir Hastanesinin üzerinde durmak gerekir belki. Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat bölge olarak daha öncesinde devlet hastanesi varken hastaların merkez nüfusunun dışında çok tercih etmediği bir hastane yapısıydı. Hakeza işte hastaları ya Kayseri'ye, Ankara'ya veya Sivas'a yönlendirirken ve kendi içerisinde Sorgun gibi güçlendirilmiş ilçeleri vardı, hastalar merkeze gelmezdi. Ancak Yozgat Şehir Hastanesi yapıldıktan sonra ve orada hizmet sunmaya başladıktan sonra ciddi anlamda hasta potansiyeli oluşturdu. Ve 200-250 yataklı devlet hastanesiyle doldurulamazken şuan 475 yataklı hastanede tam kapasitede çalışmaya başladı (Burak Bey, Uzman).

4.5.2. Dezavantajlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda şehir hastanelerinin dezavantajlı yönüne ilişkin bulgular elde edilmiştir. Şehir hastanelerinin dezavantajlarıyla ilgili olarak “Bina Yapıları”, “Ulaşım Problemleri”, “Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı”, “Çalışan Problemleri”, “Şeffaflığın Olmaması”, “Özelleştirmenin Olması” ve “Diğer Dezavantajlar” olmak üzere yedi tema oluşturulmuştur. Elde edilen temalara ilişkin kavram haritası Şekil 4.11’de gösterilmiştir.



Şekil 4.11. Şehir Hastanelerinin Dezavantajlarına İlişkin Kavram Haritası

4.5.2.1. Bina Yapıları

Şehir hastanelerinin bina yapılarıyla ilgili olarak katılımcılar genellikle büyüklük ve mimari yapıyla ilgili problemlere değinmişlerdir. Bu yüzden bina yapıları üst teması “Büyüklük” ve “Mimari Yapı” olmak üzere iki alt temaya ayrılmıştır.

Şehir hastanelerinin büyüklükleri ilgili olarak küçük ölçekli olmaması, büyük kampüsler olması, büyüklüğün ölü alanlar oluşturması, boş olanların fazla olması, kuruluş ölçeği standardının üstünde olması, büyük alanların atıl kapasite oluşturması, konsültasyonların zor olması, etkililik ve verimlilikle ilgili sorunlar, hasta güvenliği,

hastane içi ulaşım ve yorucu olması gibi noktalarda problemler çıkardığı katılımcılar tarafından ele alınmıştır. Bunlarla ilgili katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Burhan bey şehir hastanelerinin daha küçük ölçekli olması ile ilgili görüşü şöyledir:

ŞH gerçekten olması gereken **doğru bir yatırım ama daha küçük ölçekli olması gerekmektedir. Yani bir Yozgat ŞH hastanesi ideal ölçekte olanıdır. Büyüklük olarak örnek verebilirim.** Ben Bakanlığın yerinde olsam Ankara'ya 6 tane hastane yatırımı yapardım. 6 tane 500 yataklı hastane yapardım. Her birini Ankara'nın farklı noktalarına yapardım. Böylelikle ulaşım daha iyi olurdu. Bu halkın ulaşımını da çok kolaylaştırırdı. Bizim buraya altı hastane taşındı. Ama bu taşınan 6 hastanenin doluluğuna ulaşamıyoruz. Ulaşım noktasında sıkıntılar olduğunu düşünüyorum. Büyüklüğünden dolayı personelde yetersiz kalıyor. Hem kamu çalışanı hem de şirket çalışanı yetmiyor (Burhan Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin büyüklükleri ve büyük kampüsler şeklinde olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Sağlık kurumlarında uygulanan bu modelin **bizde çok büyük kampüsler halinde uygulanması ve sende farkındasın kamuoyunu bilgilendirmeden, yeterli analizlerin yapıp yapılmadığından kamuoyu emin olmadan yapılması bir dezavantajdı** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Tabi daha sonra bir başlık olarak mı gelelim şimdi mi değinelim bilmiyorum bu 3700 yataklı hastane meselesi. Yani sizin bu çok daha fazla çalışma alanınız. Bu kadar büyük bir hastane yapmak mantıklı mıdır? Sağlık hizmeti vermek açısından doğru bir model midir? Bunun da ciddi bir tartışma konusu olduğunu biliyorum. **Genelde uluslararası çalışmalar verimlilik olarak 200-600 yatak arasındaki optimum kapasitede çalışabileceğini söylüyor ama 200'ün altında ve 600'ün üstündeki hastanelerin yönetim noktasında ve verimlilik noktasında iyi çalışmadığını vurguluyor.** Nitekim hakikaten daha aylar olmasına rağmen bu hastanelerde değil mi ciddi problemleri yaşıyoruz. Kamuoyuna yansıyor, direk malzeme alımında, gerek hastanelerin işleyiş mekanizmasında, gerek yurttaşların sağlık hizmeti alırken hastane içerisinde kolay hizmet alabilmesi anlamında. (...) **Yani hastanelerin büyüklüğünü bir dezavantaj olarak yorumluyorum** (Yavuz Bey, Hekim).

Yatak kapasitesi oranında da çok büyük şehir hastanelerin sıkıntı olabileceğini düşünüyorum. Örneğim; Ankara şehir hastanesi gibi çok büyük yatak sayılarına sahip olan hastanelerin sıkıntı oluşturabileceğini düşünüyorum. Isparta da sorun yaşanmıyor 800 yataklı normal bence 1000 yatağa kadar kolay idare edilebilir (İsmail Bey, Yönetici).

ŞH dezavantajlarından bakıldığında kompleks çok büyük böylece hem özelin hem de kamunun yönetmesi zor. Yani hastanenin büyüklüğü her iki yönetim açısından da kolay değil (Hale Hanım, Yönetici).

Birincisi şehir hastaneleri bu kadar 2 bin 3 bin yataklı ki Adana 1.550 yataklı ki ben Adana üzerinden gideyim sana **bu kadar yatak sayısı olan hastane sistemi artık dünyada terkedilmiştir.** Çünkü yapılan araştırmalar göstermiştir ki en son okuduğum aşağı yukarı bir meta analizde ki çok büyük bir sayıyı kapsıyordu. **Bu meta analizde diyor ki: Yatak sayısı ideal olan hem bu sağlık hizmeti sunumu anlamında hem de sağlık hizmetini alanlar anlamında iki taraflı olarak en fazla 200-800 yataklı olmalı diyor.** Böylece

hem ekonomik açısından, hem de sağlık hizmeti açısından en verimlidir (Adem Bey, Akademisyen).

Dezavantaj olarak ise hastanenin çok büyük yapılmasını ifade edebiliriz. Ankara'nın muhtelif yerlerine daha küçük ve butik olarak hastaneler yapılsaydı. Ya da buradaki her bloğu Ankara'nın farklı yerine dağıtsaydık. Memnuniyet ve ulaşım daha iyi olurdu. **Amaç tek noktadan hizmet üretmekti ama bu sonuç olarak baktığımızda bu büyüklük memnuniyeti azaltıcı duruma geldi. Hastanenin büyük olması spesifik noktalarda sorunlar çıkmasına sebep olabilmektedir** (Burhan Bey, Yönetici).

Büyüklüğün ölü alanlar oluşturduğuyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Valla hastanelerde büyüklük bu terim olarak ne geçiyor (avantaj ve dezavantaj bağlamında). **Şimdi şöyle bir şey, çok fazla var ölü alan deniyor da onun teknik ismi hani sağlıkta atıl, yani ölü ve atıl alanın teknik ismi neydi onu şu anda çağrıştıramadım. (...) Bunu tek kişilik odalarla, güzel bir şey tek kişilik odalar ama odalarla değil oda dışındaki, hani hizmet sunum alanları dışındaki alanlar çok geniş. Yani aşırı geniş. (...) Aydınlatmasını etkiler, yer temizliğinde kullanılan malzemenin miktarını etkiler, bu kullanılan her malzeme her şey fatura edilip sonuçta devlet tarafından yani o hastane tarafından ilgili firmaya ödeniyor. Bunlar da bir noktada dezavantaj durumlarını gösterebiliyor.** Hastaneler daha bu metrekaresi çok daha net hesaplanabilirdi yani hizmet sunum alanları dışında (Mehmet Bey, Uzman).

Bizde her kanat diyoruz bir blok da, 18 yatak var. Ama bana göre 36 olabilir bu, olur. Şuan biz bunu yapabiliyor muyuz? Yapamayız çünkü bu proje kapsamında yatak sayısını arttırmamız demek ihaleye bağlı bütün kırımların artması anlamına gelir. Bu sebepten mütevellit yapamıyoruz ama 25 yılın sonunda eğer bu şekilde giderse bu kadar büyük metrekaresi alanda mesela poliklinik alanlarımız var. **Hastanede poliklinik alanı bu kadar büyük olur mu, doktor da şaşırıyor. Ne yapacağım ben burada diyor hani. Tamam, hani bir KBB'de, gözde bir cihaz oluyor, filan ama yanı sıra buranın iki katı büyüklüğünde poliklinik alanı var. Gidiyorsun, doktor sekreteri köşede durmuş diğer taraf bomboş, yani ölü alan.** Yani inşaat olarak yapılırken ölü alanların fazla büyüklüğü dikkat çekiyor (Sevim Hanım, Yönetici).

Ve mekânlarda işte odaların büyüklüğü yine gündeme geldi, yaklaşık 300 metrekaresine yaklaşıyor 300'ü geçenler var. Ortalaması 298-290 civarında ama 150-250 en fazla. Eski hastaneler 50 metrekaresi. Hadi 150 olsun ama 300 metrekaresi dediğiniz zaman burada hizmette zorlaşmış oluyor. Buna karşı sağlık çalışanları için dinlenme odaları yok. Bir arada olabilecekleri odalar çoğu yerde yok (Ali Bey, Akademisyen).

Ama ben eski bir başhekimim bana desen ki hocam bu hastaneyi kamulaştırdık. Al bu hastaneyi yönet. Az önce sana söyledim. **Bu kadar ölü alanın yaratıldığı, bu kadar yüksek maliyetle ancak sürdürebilecek bir yapının tasarlandığı binalarda sağlık hizmetini yürütebilmek çok kolay değil ki,** bilmiyorum ilerde sorular varsa konuşuruz. Aynı zamanda bu binalarda sağlık hizmetinin sunulmasına ilişkin de hasta güvenliğini de yakından ilgilendiren problemler var (Kasım Bey, Akademisyen).

Boş alanların fazla olmasıyla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Yani demek istediğim hastanede boş alan, ölü alan çok fazla var. Biraz gerçekten bu bir gerçek çünkü bu kadar fazla yürünüyorsa, bina değiştiriliyorsa, alt kat üst kat

yapılıyorsa yani burada bir sıkıntı vardır. **Demek istediğim görsel olarak büyük olması onun işlevsel olduğunu ya da yani hizmeti genişlettiği anlamı ihtiva etmez.** (...) Hizmet sunumuna hadi tamam diyorum yani o geliştirilebilir. Ameliyathaneye bir masa daha eklenebilir ya da anlatabiliyor muyum bir hasta odası bir kişilikse iki kişilik yapılabilir o öyle kullanılabilir. Onlarda gerçi karara bağlı, koordinasyon kurulu kararına bağlı. Öyle kafasına göre kimse bir şey yapamıyor hastanede, çivi çakamıyor. **Ama dediğim gibi ölü alanlar fazla** (Mehmet Bey, Uzman).

İkincisi, alanlar geniş olduğu için hasta insanlar yerleri bulamıyor. Bizim şeyimiz vardı mesela kayboldum diye bir levha yaptırдық, astık. Bunu ulusal basında yayınladılar. Haksız değildik kaybolduk. Cep telefonu kaybolduk diye ararsın zaten ona diyorsun neredesin şurada. Gidip hemen yönlendirme alıyordu. Bunu bile kaldırttılar. O yüzden hastalar, birde alana o genişliğinde hasta olarak bizzat ben kendim denedim (Halil Bey, Yönetici).

Kendimden örnek vereyim mesela ben pansuman odasını kendime oda yaptım. Başka şeyim yok çünkü. Bu da dezavantaj. İşin şey kısmına belki soracaksınız. **Mesela bunlar çok büyük. Kapalı alanlar çok fazla. Ama kapalı alanın kayda değer bir kısmı kullanılmıyor. Bunlar gereksiz alanlar** (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin kuruluş ölçeği standardının üzerinde olmasıyla ilgili bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Büyüklüğüyle alakalı bir şeyin fazla büyüklüğünü arttırırsanız daha doğrusu şöyle söyleyeyim; sanıyorum arkadaşlarımızın anlayacağı bir jargon ifadesidir bu Necip Fazıl'dan biliyorum. **Bir şey haddini aşarsa zıttına inkılap eder diye bir deyiş var. Haddinden fazla büyütürseniz verimsiz bir noktaya gelmiş olur ölçek itibariyle.** Yani bu fabrika değil sağlık hizmeti ki ölçek büyük olduğu zaman onu dolduramıyorsun. Buradan sucuk giriyor buradan sucuk çıkıyor gibi kayseri pastırmacısı mantığı. Anladığım ve gördüğüm kadarıyla ben bir işletmeci değilim ama aklın yolu bir (Selim Bey, Akademisyen).

Fakat bu hastanelerin kuruluş yeri seçimi ve ölçekleri açısından bir takım sorunlar var. Hastanecilik (sağlık hizmetleri) 3 aşamalı bir iş. Birinci basamak ayakta tedavi, ikinci basamak devlet hastanelerinde verilen hizmetler, üçüncü basamak da ihtisas hastaneleri olarak düşünülüyor. Şimdi bu şehir hastaneler aslında ihtisas hastaneleri olarak düşünülmüş, uzmanlık hastaneleri olarak fakat ikinci basamak hastaneleri kapatılıyor. Bu hastaneler şehirlerin belirli bölgelerinde ve genellikle de dışında konumlandırılıyor. Bursa'daki şehir hastanesi 20 km mesafededir. Bir tek benim bildiğim Ankara ve İstanbul'dakiler şehir içinde diğerlerinin hepsi şehir dışında. **Burada bu kadar devlet hastanesini kapatıp bir tane hastane kurduğunuz zaman öncelikle ölçekle ilgili bir sorun var. (...) Literatürde 200 ile 600 arasındaki yatakların etkin çalışacağı söyleniyor. Türkiye için yapılmış bir çalışmada da 400 ile 800 yatak kapasitesine sahip hastaneler verimli çalışıyor diğerleri optimal olmadığı söyleniliyor. Böyle bir sorunumuz var.** Uygulamada da zaten bir sürü geri dönüşler geliyor, bu 10 tane hastaneden uygulama sorunları geliyor. Biz bunu yıllardır söylüyoruz daha hastaneler kurulmadan önce (Umur Bey, Akademisyen).

Şimdi hizmet açısından baktığımızda dikkat çeken bazı ortak noktalar var. **Bir tanesi hastanelerin gerek fiziksel ölçek olarak gerekse hizmet ölçeği olarak aşırı büyük hale gelmesi.** Bunun en tipik örneğini de Ankara'da yaşıyoruz. Ankara'da Bilkent şehir hastanesinin açılması ile beraber yanılmıyorsa 4 ya da 5 büyük hastane oraya taşındı.

Bu hastaneler kapandı, ölçek büyüdü, birden bire 3500 yataklı tek bir hastane ortaya çıktı. Diğer illerde de benzeri eğilimlerin olduğunu görüyoruz (Cihat Bey, Akademisyen).

Büyük alanların atıl kapasite oluşturmaları ilgili Umur Bey ve Halil Bey ifadeleri şu şekildedir:

Biz daha da büyüttük kapasiteyi bu hastaneyi kullanılmayan bir hastane yaptık yani şuan. Kullanmayacağız, atıl kapasite ama parasını vereceğiz. Yapacak bir şey yok yani bir kere yapıldı. Sözleşmede imza vardı. Bu bir kapasite sorunundan kaynaklanacak (Umur Bey, Akademisyen).

Atıl kapasite çok. İşte bak laboratuvar, röntgen, fizik tedavi, mühendislik hizmetleri. Personel açısından da atıl duruyor. Atıl duruyor tabi. Belki işe gidip gitmediklerini bile bilmiyorlardır. Çünkü kontrol edemezler. Kontrol şansın yok. 5 bin personelden bahsediyorsun, 6 bin personel. Kontrol şansın yok. Yani şurada 850 uzman ekip var. 20 tanesi ülke dışına çıksa bilemezsiniz, bakın söylüyorum. Bakın bu net yani, söylüyorum. Nöbetçinin kim olduğunu bulamazsınız. Ama bunu biraz önce söylediğim gibi blok yönetimi veya dal hastanesi gibi. Ve her başhekiye vereceğiniz tam bir başhekim yetkisiyle. Yani yukarı bir koordinatör atıyorsun ama yetkileri daha yazılmadı, çizilmedi (Halil Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinde büyüklükten kaynaklı konsültasyonların zor olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Bu çok geniş alanları kullandığımız konsültasyon psikiyatri hizmetlerinde, konsültasyon hizmetlerinde çok ciddi sorunlar geldi. Bu sempozyumda da dile getirildi biliyorsunuz. **Çünkü sizin belli bir yerden başka bir yere belli zaman dilimi içerisinde konsültasyon gerçekleştirmeniz mümkün olmuyor. Bunun sonucu nedir? Konsültasyonun kâğıt üstünde yapılması maalesef ya da uzaktan, hastayı görmeden. Çünkü sistem ister istemez böyle bir tarafa doğru götürüyor. (...) Bu konuşmuş olduğumuz çok uzun mesafeleri kat etmeleri gerektiği hani onlarla ilgili sorunlar, konsültasyon hizmetleriyle ilgili sorunlar. (...) Örneğin; Mersin için gündeme geldi. Ben Mersin'e gittiğimde de bunu dinlemiştim. Şimdi dünkü toplantıda da açıkladı oradan gelen arkadaşımız. Örneğin; konsültasyona gidiyorsunuz, 20-30 dakikada bitirmeniz gerekiyor. Bitirmezseniz sürekli size mesaj geliyor. Bitirmeniz mümkün mü? Bu kadar büyük yapılarda mümkün değil. O zaman yani siz konsültasyonu gerektiği gibi hasta başında hastayla görüşerek yapmıyorsunuz. Bilgi olarak bir takım danışmanlık gibi hizmet vermiş oluyorsunuz. Tıbbi hizmetin gerçekten burada istenildiği gibi verilmediği bir durum ortaya çıkmış oluyor (Ali Bey, Akademisyen).**

Hizmete sokulan şehir hastanelerindeki uygulamalardan anlaşıldığı kadarıyla bilim dallarının değişik bloklara dağıtılmış olması tıbbi hizmetin verilebilmesi açısından önemli sorunlar doğurmaktadır. **Kadın doğum hastanesine yatırılan bir hastaya istenen dâhiliye konsültasyonu için hekimler uzun mesafeler kat etmek zorunda kalmakta, vb, bu tür durumlar hizmetin ulaştırılmasını geciktirmektedir (İrfan Bey, Akademisyen).**

Şehir hastanelerinin etkili ve verimliliğiyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Şehri hastaneleri modelinin vadettiği herhangi bir şeyi gerçekleştirdiğine dair dünya örneklerinde de elimizde bir veri yok. Yani her neyi vadeliyorlarsa etkililik, verimlilik vesaire gibi böyle bir takım standart başlıklar var. Etkili değil, verimli değil. Büyüklükleri nedeniyle uluslararası standartlarda zaten 200-600 yatak arasındaki hastanelerin etkili ve verimli olduğu ortaya çıkmış olmasına rağmen bu devasa şeyleri yapıp oradan etkin ve verimlilik nasıl çıkarılacak onu bilmiyoruz. Kaldı ki iktisat alanında hizmet verimliliğinin hesaplanamadığı tek alan sağlık. Dolayısıyla hizmet verimliliğinin ölçüsünü nereye koyacaksınız? Buradaki sağlık çalışanlarına bir fastfood ya da fabrika çalışanı gibi davranamayacağınız ortada olduğuna göre o ekip çalışmasının, sonuçta tamam kalite çıktısı hesaplanabiliyor sağlıkta ama sağlık hizmetinin kalitesinin hesaplanmasında harcanan para zaten değil ölçü (Çiğdem Hanım, Avukat).

Ya bu konuda da sıkıntılar var yani bazı yerlere yapılan yüksek yataklı hastaneler, şehir hastaneleri o şehrin ihtiyacına gerçekten hani yetecek mi yoksa fazla mı kalacak, bu kadar ölçeği büyütme ne gerek var sorusuna çok net yanıtlar veremiyoruz. Şöyle bir sıkıntı da var; verimlilik günümüz sağlık sisteminin en önemli söylemi. Verimlilik ve etkililik hangi sağlık reformu ile ilgili tartışmaya açarsanız açın bu iki sözcükle mutlaka karşılaşıyorsunuz ve şehir hastanelerinin de daha verimli ve etkili olacağı söyleniyor ama gelin görün ki ölçeğin bu kadar büyütülmesi başta işletme sorunları olmak üzere bir sürü sorunu da beraberinde getiriyor. Özellikle hastane içindeki hizmetlerin döndürülebilmesi için çok iyi bir altyapı gerektiğinden bu bir şekilde vatandaşa hizmet kalitesi anlamında da yansıyabilecek bazı unsurlar taşıyor. (...) Bakın dünyada biraz önce söylediğimiz o verimli ve etkili bir hastane için genellikle bazı kaynaklarda 100 ile 400 bazı kaynaklarda 200 ile 600 arasında yatağı optimal olduğu söylenir. **Yani siz bir verimlilikten söz ediyorsanız hadi biz 200 ile 600 alalım. 200 yataktan az olunca da verimsiz oluyor 600 yataktan fazla olunca da verimsiz oluyor.** Çünkü sağlık hizmetleri maliyetli bir hizmettir (Cihat Bey, Akademisyen).

Şimdi bilimsel olarak bakalım. Ben Tıp Fakültesi Hastanesi'nin 2 defa başhekimliğini yaptım. Ve ben Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi başhekimiyken uluslararası JCI akreditasyon kurulu tarafından bizim hastanemizin akredite edildiği dönemdir. Dolayısıyla hasta güvenliği, çalışan güvenliği konularında da çalışan birisiyim ve Halk Sağlığı alanında da sağlık yönetimiyle ilgileniyorum. Dolayısıyla bunlara bilimsel gözle bakmamız lazım. Hastanelerde biliyorsunuz verimlilik denilen bir kavram çok ön plandadır. Sağlık yönetiminin temel ilklerinden bir tanesidir. Hastane verimliliğini ölçtüğümüz çok sayıda parametreler var. Ama makro parametreler açısından bakıldığında bir tanesi hastanelerin yatak kapasitesidir. Dünyadaki son araştırmalar bak en son 2017 yayınlanan bir meta-analiz var. 105 tane araştırmayı karşılaştırmışlar. **Bundan sonuç nedir? 200 yatağın altında ve 600 yatağın üstünde hastaneler verimsiz.** Şimdi ŞH daha en baştan çok yüksek yatak sayısı ile Ankara'daki hastane yatak sayısı 3000 üzerinde. Artık bir hastane olmak özelliğini bir kenara bırakıp bir tedavi edecek hizmet fabrikası biçimine dönüşmüş durumdadır. **Dolayısıyla makro düzeyde bakacak olursak verimsizdir.** (...) Dolayısıyla gelecek açısından ben şehir hastanelerini Türkiye sağlık sistemi açısından sıkıntılı buluyorum. **Bu kadar dev olmasa bile daha küçük ölçekteki büyük hastanelerin yapıldığı** örneğin; Amerika Birleşik Devletleri bile büyük hastane yapımından vazgeçip daha yerel daha küçük hastanelerle hizmet sunumuna odaklanmaya çalışılırken verimsizliği yüzünden. Bizim bu verimsiz yönetime yönelmemiz Türkiye'den finansal hem yönetsel hem de hasta güvenliği açısından sorunlar oluşturabilir diye düşünüyorum (Kasım Bey, Akademisyen).

Hastane işletmeciliğinde verimlilik (ölçek ekonomisi verimliliği) açısından optimum yatak sayısı 200-400 arasındadır. Oysa bizde şehir hastaneleri 1000-4000 yatak kapasiteli olarak planlandı. Geçtiğimiz günlerde ihalesi iptal edilen Sancaktepe şehir hastanesinin

yatak sayısı 4500 kadar olarak planlanmıştı. **Şehir hastaneciliği verimsiz bir tercihtir** (İrfan Bey, Akademisyen).

Kasım Bey şehir hastanelerinde hasta güvenliği konusunu şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Bir üçüncü çok önemli özellik, sağlık hizmetinin literatürde fragmantasyon diye geçen yani birbirini parçalanıp bölünmesi birbirinden bağımsız hale getirilmesi sıkıntısı şehir hastanelerinde çok ciddi karşımıza çıkıyor. Çünkü şehir hastanesi örneğin Ankara Şehir Hastanesi'nde bir anestezi uzmanının söylediğini söyleyim. Aynı anda 120 tane hastanın ameliyathaneye sokulması bekleniyor. Bu artık bir sağlık hizmeti üretim sürecinden, bir mühendislik kafasıyla bir fabrikadaki seri üretim sürecine dönmüş yapıyı karşımıza getiriyor ki. **Burada özellikle hasta güvenliği açısından ciddi problemlerin ortaya çıkabilme potansiyelini ben yüksek görüyorum** (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin büyüklüğünden kaynaklı hastane içi ulaşım ile ilgili problemleri bazı katılımcılar şu şekilde açıklamıştır:

Hem de hastane içinde bulması gereekten zor oluyor. Her seferinde mesela hafızasının da yetersizliğine bağlı olarak nerdeydim nereye gitmiştim. Tekrar nasıl geri dönecektim hasta açısından zor. Ama geçmişte hastaneler fiziki olarak gerçekten küçüktü. İşte üst kat poliklinikti. Mesela bodrum katına indiğinizde radyolojiydi. Bodrum katına indiğinizde laboratuvar ve radyolojiye çok kolaylıkla herkes ulaşabiliyordu. Yani bilinçli olmayan her hangi birisi laboratuvar ve radyolojiyi bulabiliyordu. **Ama bugün bulamıyorsunuz** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Mekânın içerisine gittiği zaman da büyük zorluklar yaşadığını görüyoruz zaman zaman haberlere de konu oluyor bu ki biliyorsunuz hastanelerde bunu çözmek için bina içi ulaşım araçları kullanılıyor. Bunun ötesinde vatandaş aynı o büyük ölçekli hastane içerisinde çeşitli tetkiklerini yaptırmak için muayene olduğu yerden daha çok uzakta yerlere gidip gelmek durumunda kalıyor. **Bu ölçeğin büyümesi meselesi vatandaşa da birazcık farklı anlamlarda yansımış durumda** (Cihat Bey, Akademisyen).

Mavi kod acilen müdahale edilmesi, hastalar için de önemlidir. **Uzak mekânlar ulaşımı çok zorlaştırıyor.** Bu sefer her yerde ayrı bir mavi kod için bir hekim görevlendirmeniz gerekiyor. Bunu yaparken de o işleri yapabilecek hekimler değil, o işleri hiç yapmamış hekimler de devreye giriyor. Nitelik düşüyor ve acil durum ve müdahaleyle ilgili zorluklar ortaya çıkmış oluyor (Ali Bey, Akademisyen).

Ama ayaktan hizmete vatandaş ulaşamıyor. Bu büyük kütlenin içerisinde yolunu yordamını şaşırtıyor (Harun Bey, Yönetici).

Binanın fiziksel olarak büyük olması bina içerisinde hastalar hizmetlere erişim sorunları yaşıyorlar (Hamit Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri çok büyük içeride hasta kayboluyor. (...) Hem hastaneye ulaşım hem de hastane içi ulaşımında sıkıntılar var (Hamit Bey, Akademisyen).

Ama hastaneler çok büyük. Vatandaşın ulaşacağı polikliniğe gelecek. Oradan laboratuvara gidicek. Oradan tetkik için başka yere gidecek. Oradan tekrar hekime

dönücek. **Çok geniş bir ulaşım ağı var. Yani hastane içi ulaşım çok sıkıntı bu açıdan** (Adem Bey, Akademisyen).

Son olarak şehir hastanelerinin büyüklüğü ile ilgili olarak yorucu olması gündeme gelmektedir. Bununla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bunun yanında ölçek büyümesinin getirdiği tıbbi hizmetler açısından da bazı zorluklar var. **Örneğin hekim arkadaşlarımız bu mekânın büyümesinin kendi iş akışlarına çok olumsuz etkileri olabildiğini ifade ediyorlar. Hastanenin içerisindeki mekânları birbirinden çok uzak olması, birbirine çok uzak yapılarda kurulması hizmetin aksamasına sebep olacak unsurlar olabiliyor** (Cihat Bey, Akademisyen).

Hani yoruluyorlar, iş yükleri çok artıyor, sağlık hizmeti vermeye uygun olmayan koşullar ortaya çıkıyor. Buna karşılık kendileri için o kadar geniş odalar, çoğunda gerekli olmayan mekânlar kullanılırken en temel ihtiyaçları için imkânlar kullanılmamış oluyor. (...) **Henüz çok böyle fazla fiziksel güç harcamak gerekiyor, yürümek gerekiyor, güç harcamak gerekiyor, oradan oraya koşturmak gerekiyor. Bunlar çok yoruyor ve moral bozukluğu da oluşturuyor.** (...) Tabi yani bu kadar stres, tükenmişlik, hastaların beklentisi, bunların karşılanmamasına bir de hani bunu da söylediler şiddet durumunda hani beyaz kod filan veriliyor, güvenlikçilerin orada güvenliği sağlamaları gerekiyor. Bununla ilgili zorluklardan da söz ettiler. **Yani mekân büyük olunca sizin şiddete uğradığınız ya da tehdit aldığınız bir durum olunca güvenlikçinin sizin yanınıza ulaşması uzun zaman alabiliyor. Bu da bir problem olarak ifade edildi** (Ali Bey, Akademisyen).

Çalışan personel açısından ise alan büyüdüğü için efor olarak daha fazla çaba gerektiriyor. **Hastane büyük olduğu için daha fazla efor sarf ediliyor** (İsmail Bey, Yönetici).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin büyüklükleriyle ilgili olarak çeşitli problemler ifade edilmiştir. Şehir hastanelerinin bu denli büyük yapılması atıl alanların oluşmasına neden olmuştur. Hastanelerin yatak kapasitesi bakımından etkililik ve verimlilik noktasında problemler oluşturduğu vurgulanmıştır. Diğer yandan hastanelerin büyüklüğü konsültasyonları, hastane içi ulaşimleri ve çalışanların performanslarını olumsuz etkilemiştir. Son olarak hastanelerin kuruluş ölçeği olarak uluslararası standartlarda olmadığı ele alınmıştır.

Şehir hastanelerinin mimari yapıları ve bina yapılarıyla ilgilide bazı problemler gündeme gelmiştir. Bununla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Duyuyorum. Etlik şehir hastanesinde asansör kapılarıyla sedyeler birbirlerine uymuyor yani sedyeler asansör kapısından girmiyor. Ameliyat sedyelerinin eni kapıdan daha büyükmüş. Düşünebiliyor musunuz kepaşeliği. Asansöre sedye girmiyor. Ne yapacaklar bakacağız yarın (Umur Bey, Akademisyen).

Telefon ve internete ulaşmadaki zorluklar, teknik alt yapı yetersizlikleri. Deminde biraz konuşmuş olduk. Yani o şey hani biz de dinledik, dün de gündeme geldi. Gerçekten yangın merdivenleriyle otoparka iniyorsunuz, asansörlerle steril alanlara geçiyorsunuz. **Güvenlik var ama kapalı otoparktan gelerseniz ameliyathaneye direk çıkıyorsunuz. (...) Merdiven olmaması, asansör bekleme sorunu bu ciddi bir problem. (...) Biz**

şehir hastanesinde işte Adana'da, Mersin'de, Elazığ'da, Eskişehir'de bütün buralarda görüştüğümüz hekimlerin hiçbiri mutlu değil. Yoruluyorlar, tükenmişlik var, psikiyatrik sorunlar olabiliyor, alerjik sorunlar olabiliyor binaların muhtemelen yapısıyla ilgili. Ve bunun, bir başka şey şiddette burada çok vurgulanıyor. **Çünkü bu şehir hastanenin, AVM benzeri yapısı, hastanın girdiği zaman onu etkileyen görüntüsü yani böyle çok modern bir yapı izlenimi verilmesi. Ama içerisine girildiği zaman temel hizmetlerin verilmesinde zorluklarla karşılaşılması** (Ali Bey, Akademisyen).

Size bir hata yapmışlar ve hala da söylüyorum. Çukurova'da yaşıyorsunuz. Koca, devasa binalar dikmişler. Gittiniz burayı gördünüz, burayı da görüyorsunuz. **Orada elektriği neden kendileri üretmiyor? Panel koymamışlar. Neden? Projede yokmuş, koysaydınız.** Bir blok camlarını panel olarak yapsan. Her tarafta cam gördüğünüz gibi. O hastaneye yetecek kadar elektrik üretir. Ayda ne kadar elektrik, minimum harcıyorlarsa. Bak minimum diyorum, tahmini rakam 4.5-5 milyondur. (Halil Bey, Yönetici).

Oryantasyon sürecinde bazı problemler yaşandı. **İnşaat sürecinde uygulayıcıların görüşleri alınmadığı için geçişte ilk başta yöneticilerin hastanenin mimarisi ve yapımında kaynaklı sorunlar yaşandığını söyleyebiliriz. (...) Hastaneleri ben yapacak olsaydım blokları birbirinden bağımsız yapardım. İnşaat olarak birbirine bağlantılı yapıların iyi olmadığı söylenebilir.** Ankara ŞH her bloğun kendi içinde hizmetler sağlaması gerekirdi. Laboratuvar ve ameliyathane farklı yerlerde olduğu için hastane içerisinde taşımadan dolayı trafik artıyor. Her bloğun içinde kendi görüntüleme, laboratuvar ve ameliyathane birimleri olması gerekirdi. Bu durumda hem hasta hem de yönetim süreçlerin daha kolay olmasını sağlardı. Ayrıca blokların bağımsız olması her bina açısından enfeksiyon riskini azaltırdı. Birleşik olması bir blokta olan enfeksiyonun kompleksin tamamına yayılmasına neden olabilir. Diğer taraftan bu hastaneleri bu kadar büyük yapmazdım. (...) Bunların dışında sözleşmelerde kullanım hizmetleri noktasında sorunlar yaşıyoruz. Hekimler bazı yerleri kendi istekleri doğrultusunda değişiklikler yapmak istemektedirler. **Bu durumda mimariden kaynaklı sorunlar meydana getirmektedir.** Sözleşmelerde belirtilen kullanım yerleri hekimlerin kullanmak istedikleri amaçlarla örtüşmemektedir. Bu noktada sorunlar yaşanmaktadır. **Bunlar inşaat kaynaklı sorunlar olarak değerlendirilebilir** (Hale Hanım, Yönetici).

Eski hastanede daha memnunum ya. **Şimdi bir de bu hastanede hekimler sağlık çalışanlar açısından düşündüğümüz zaman çalışanların şeyi düşünülmemiş pek yani işte herkese poliklinikte bir oda verilmiş.** Ama mesela ben kliniğin eğitim sorumlusuyum. Benim klinikte bir odam olacak ki ben çünkü orda yazışma yapılıyor, asistan toplantısı oluyor, her gün sabah ben vizite çıkmadan önce mutlaka ameliyathane ettiğimiz hastaların kontrol filmine ya da ameliyathane edeceğimiz hastaların ameliyathane öncesi filmlerine bakmak durumdayız. Yani çalışanların asistan odası bir tane mesela. Ama uzmanlarda var onlara oda yok ama onun yerine işte hasta refakatçileri için özel odalar yapılmış. Yapılsın ona itirazım yok ama bir taraftan hekime de yapılsın. Çünkü ben vaktimin bir kısmını klinikte geçireceğim (Adem Bey, Akademisyen).

4.5.2.2. Ulaşım Problemleri

Şehir hastanelerinde ulaşım problemleri arasında trafik yoğunluğu, hastaneye ulaşımın zorluğu, hastanelerin şehrin dışında olması, erişim zorluğu, sağlık tesislerin bir

noktada toplanması, kolay ulaşılan hastanelerin kapatılması ve yerel hizmetlerin yeterince reaksiyon gösterememesi gibi konular yer almaktadır.

Trafik yoğunuyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Ben Isparta şehir hastanesi için söylersem. **Isparta Şehir hastanesi tam da şehrin trafiğini kilitlendiği bir noktaya yapıldı.** Evet, hinterland açısından her yerden ulaşım açısından düşünülmüş yapıldı. Ama özellikle sabah trafiğinde gerçekten tam bir keşmekeş oluyor orası. **Hiçbir şekilde ilerleme ulaşım sağlayamıyorsunuz ve gerçekten hastaneye gitmeyenler için de bir stres kaynağı oldu. Mümkün olduğunca kişinin ya o saatlerde oradan geçmemeye çalışıyorlar.** Ya da sürekli olarak her gün İstanbul'daki trafiğindeki köprüdeki bir kişinin yaşadığı gibi ve aynı stresleri yaşıyorlar. Çünkü uzun süre trafikte bekliyorsunuz o da hani Isparta'nın tam o şehrin merkezine o hastanenin yerleştirilmiş olması ciddi bir trafik kilitlenmesine sebep olmaktadır. (...) **Bana göre mesela kadın doğum hastanesinin ayrı bir yerde olması şehir hastanesinin yada kompleks bir hastanenin daha başka bir yerde olması avantajda sağlıyordu trafik yoğunluğu açısından.** Şimdi kişiler kendi hizmet alacakları yerlere doğru yönlendikleri için çok fazla kalabalıklar oluşmuyordu. Ya da acil hizmetlerde çok büyük sorunlar ortaya çıkmıyordu. **Şimdi giderek hepimiz aynı yerde aynı saatlerde sağlık hizmeti özellikle sabah saatlerinde çok ciddi yoğunluklar yaşıyoruz.** O yoğunluklar en büyük sorunlardan bir tanesi (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Ulaşım noktasında bulunduğu yer dezavantajlı olduğu söyleniyor. Trafik olarak çok yoğunlaşıyor. Birçok insanı bir yere topluyorsun aynı zamanda çok riski üstleniyorsun (Hale Hanım, Yönetici).

Şehir hastanelerinin ulaşımı problemleriyle ilgili bazı katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

Ama hastaneye ulaşana kadar çok ciddi sorunlar yaşıyoruz (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Hasta olarak gitmedim ama hasta olarak gidenlerden duyduğum kadarıyla çok yorucu, bir yerden bir yere ulaşmanın çok zor olduğu, sağlık çalışanları açısından iş yüklerinin çok arttığı, yöneticilik açısından bilinmezliklerle dolu, yönetilmesi zor yani devasa yapılar dolayısıyla böyle devasa yapılar sağlık tesisleri açısından uygun değil diye düşünüyorum. Dezavantajı bu. (...) **Şimdi şehir hastanelerinde dediğim gibi ulaşımın vs. zorluğu nedeniyle pek çok insanında üniversite hastanelerine iyi kötü yine buralara ulaşabiliyorduk deyip buralara yığıldığını da gözlemliyoruz yakın zamanda.** (...) Ben çok da uzatmayalım diye şey yapmıyorum ama içi ayrı ulaşım sıkıntısı var, dışarıdan içeriye ulaşım ayrı bir sıkıntısı. Hani Ankara'dakini biliyorum. Diğer şehirlerdeki ulaşım onlarda sanırım şehrin dışında genelde inşa edildiler. Yani insanlar yine ilk etapta temizliği, devasalığı, modern olması cazip gelebilir. **Ama bir süre sonra sık kullanım ya da işte acil kullanım durumlarında belki de en yakın yeri tercih edecekler. İşte bizim üniversite hastanesinin koşulları fiziki olarak hiç güzel değil ama bir bakıyorum insanlar ısrarla bizim üniversiteye yöneldi. Hacettepe'ye yöneldi** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Kentin merkezinde, yurttaşlarımızın kolay erişebileceği, tek dolmuşla, tek otobüsle, taksiye binseler düşük bir ücretle rahatlıkla erişebilecekleri yerlerdeki hastaneler kapatılmış durumda ve ne yazık ki hastalarımız Bilkent Şehir Hastanesine gitmek zorunda kalıyorlar. Çok daha fazla ulaşım için bedel ödemek zorunda kalıyorlar, çok daha fazla

zaman erişim için harcıyorlar. **Yani ulaşım ve zaman noktasında da aslında şehir hastanesinin dezavantaj olduğunu söyleyebilirim. Yani Ankara’da ufak bir saha çalışması yapsanız eminim yurttaşlarımız da bunu size iletecekler** (Yavuz Bey, Hekim).

Ulaşımı dediğim gibi şehir hastaneleri derya deniz. Her alanında artılar, eksiler ve farklı durumlar var. **Ulaşım da bazısını eksi bazısını artı etkiledi.** Mesela net örnek vereceğim; Elazığ. Elazığ’da, Elazığ’ın bir köşesine yapıldı. Elazığ küçük bir şehir değil, büyük bir şehir. Yani bir ova bildiğim kadarıyla da. Elazığ’ın doğu kent, adı üstünde doğu kent mahallesine yapıldı. Yani mahallenin adından da belli. Doğü kent mahallesi. O zaman bu ne demektir; batı kent varsa eğer batı tarafındaki bir hastanın oraya ulaşması belki de farklı ile gitse, komşu ile gitse daha rahat. **Yani bu doğru değil özünde.** (...) Tabi tabi insan kaynakları yönetimi açısından, tabi herkese yeni bir heyecan falan ama **herkes yeni hastanede ulaşım sorununa denk geliyor** (Mehmet Bey, Uzman).

Ancak hastaneye erişim açısından da bazı dezavantajlar getiriyor. Yani önceden farklı şehrin farklı yerlerindeki hastaneleri insanlar daha kolay ulaşılabilirken bugün hani bir büyük şehir Hastanesi’ne ulaşım hele bunların da önemli bir kısmını Bursa örneğinde olduğu gibi şehrin oldukça dışında yerlere yapılması. Bildiğim kadarıyla Mersin Şehir Hastanesi’nin de bazı ulaşım problemleri var. Bunlar erişimi de zor hale getirmeye başlayan unsurlar (Cihat Bey, Akademisyen).

(...) **Şimdi hastaların kolay ulaşabildiği, şehrin içinde model bu benimseniyor ve öneriliyor şuanda. Yani şehir hastanesi bunun tam tersi model. Çok geniş arazilere yapıldığı için, şehrin dışında oluyor artı olarak bu arazilerin birçok sorunları olduğunu biliyoruz.** Bu da hastane yapıldıktan sonra alt yapıya ilişkin birçok sorun olarak karşımıza çıkıyor şehir hastanelerinde. **Bu şehrin dışında yapılan bu geniş alanlar bir kere hastaların şehir hastanesine ulaşması için çok ciddi bir zorluk oluşturuyor.** Bunun bir kısmı maddi bir zorluk, yoksul kesim, dar gelirli kesim. Oraya nasıl ulaşacak? Özel gereksinim ihtiyacı olan kesim oraya nasıl ulaşacak? Bunlar bir sorun olarak karışımıza çıktı (Ali Bey, Akademisyen).

ŞH yapılış yeri olarak şehir merkezlerinde yapıldıysa ya da merkezi olarak insanların ulaşabileceği yerlere yapıldıysa buralarda hasta doluluk oranları iyi olurdu. Ama şehir dışlarına yapılanlarda doluluk açısından sıkıntı yaşanır. İnsanlar kısa sürede sağlık hizmetlerine ulaşmak istiyor. ŞH merkezlerine yapılrısa ulaşım açısından sıkıntı olmaz. Çok önemli bir nokta burası, ben diğer hastanelere gittiğimde de gördüm. Örneğin; **Adana’ya gittiğimde şehir dışındaydı. O hastanenin doluluk oranını artıracakını yani şehir dışında olanların düşünmüyorum. Hastaneler insanların kolay ulaşabileceği yerlerde olmalıdır** (İsmail Bey, Yönetici).

Bunun yanında da sağlık hizmetine ulaşımını engelledi. Şöyle ki engelledi; alanlar geniş hastanın doktora ulaşması çok zor, doktorun hastaya ulaşması çok zor. Örneğin poliklinikler MHC dediğimiz bir alandır. Kendi servisinde rahatsız olan bir hastaya gitmesi için doktorun en az bir 15-20 dakika geçmesi gerekiyor. Bu bir sıkıntı şehir hastanelerinde (Halil Bey, Yönetici).

Ben bakanlığın yerinde olsam Ankara’ya 6 tane hastane yatırımı yapardım. 6 tane 500 yataklı hastane yapardım. **Her birini Ankara’nın farklı noktalarına yapardım. Böylelikle ulaşım daha iyi olurdu. Bu halkın ulaşımını da çok kolaylaştırırdı.** Bizim buraya altı hastane taşındı. Ama bu taşınan 6 hastanenin doluluğuna ulaşamıyoruz. **Ulaşım noktasında sıkıntılar olduğunu düşünüyorum** (Burhan Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin şehrin dışında olması ile ilgili bazı katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibidir:

Şehir hastanelerinde bununla da ilgili çok ciddi problemler olduğunu görüyoruz. **Pek çok şehir hastanesinin aslında şehir dışı hastanesi olduğunu görüyoruz.** Bunu hani Mersin’de görüyorsunuz, Bursa’da görüyorsunuz. Ankara çok büyüdüğü için gene şehrin içinde kaldı bu hastaneler ama yine de şehir merkezinin dışında, erişimi kolay olmayan yerlerde olduğunu görüyorsunuz (Yavuz Bey, Hekim).

Şimdi insanların tercih edip etmemesinden öte insanların ulaşım ulaşamamasıyla da ilgili bir problem var. Bursa Şehir Hastanesi sen şimdi buradan gitmeye kalk ne demek istediğimi anlayacaksın. Çünkü Bursa Şehir Hastanesi otoyolun kıyısında şehrin büyükşehrin temel alanın sınırlarını dışında. Doğru düzgün bir kamu ulaşımı yok (Kasım Bey, Akademisyen).

Çünkü hastaların ulaşması şehir dışında ve başka bir zorluklar da ortaya çıkabiliyor. Bütün bunlara baktığımız zaman sistem aslında bizim ülkemizin ihtiyaçlarını, sağlık hizmeti verilmesine yönelik ihtiyaçlarını karşılamaktan çok uzak. (...) Dışardan hastaneye ulaşımında sıkıntı. Mesela bizim Adana için ŞH yine birazcık şehir içinde görmüşündür sen de. **Ama diğer yerler 10-12 -15 km uzakta. Vatandaşın oraya ulaşması da çok zor.** Ama Adana için bu diğerlerine göre biraz daha elverişli diyebiliriz. Bir diğer dezavantajı bu işin şimdi siz diğer hastaneleri kapatıyorsunuz tek bir yere topladınız bir hastaneye. Kentin bir ucundan bir ucuna gelmek zorunda vatandaş. **Hâlbuki eskiden hastaneler daha bir kent içindeydi. Ulaşım kolaylığı vardı** (Ali Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde erişim zorluğu ile ilgili bazı katılımcılar şu şekilde görüş bildirmişlerdir:

Şehir hastanelerinde bununla da ilgili çok ciddi problemler olduğunu görüyoruz. Pek çok şehir hastanesinin aslında şehir dışı hastanesi olduğunu görüyoruz. Bunu hani Mersin’de görüyorsunuz, Bursa’da görüyorsunuz. Ankara çok büyüdüğü için gene şehrin içinde kaldı bu hastaneler ama yine de şehir merkezinin dışında, **erişimi kolay olmayan yerlerde olduğunu görüyorsunuz** (Yavuz Bey, Hekim).

İkincisi ulaşım sorunu yani biz sağlık hizmetinden, evrensel sağlık hizmetinden neyi bekliyoruz. Özellikle yaşlıların ve yoksulların sağlık hizmetine erişmesini bekliyoruz. Varlıklı insanlar sigorta yaptırabilirler, gençler ayakta fazla durabilir otobüsle gider dolmuşla gider. Varlıklı insanlar zaten sigortasını yaptırdığı için özel hastanelerine gider. Onların sağlığı da çok önemli ama biz öncelikle yaşlılar ve yoksulları istiyoruz. **Ve bu şehir hastaneleri tam da yaşlıların ve yoksulların erişimine kısıt yaratıyor. Tam da yaşlılar ve yoksullar erişemeyecek bu şehir hastanelerine.** Bu yönüyle de Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında yayınlamış olduğu sağlıkta dönüşüm programının ruhuna aykırı bir yapılanma. Sonuç itibarıyla yeni hastane yapılması isabetli bir karar, yer ve ölçek seçimi açısından da yerinde bir karar değil (Umur Bey, Akademisyen).

Vatandaş açısından hani görüldüğü kadarıyla bu özellikle bu hastanelerin uzaklığı ulaşım açısından biraz problem. Şehirlerin çoğunda hemen hemen büyük bir kısmında uzak bölgelere yapılmış yerler. **Bu nedenle vatandaş erişimde zorlanıyor** (Cihat Bey, Akademisyen).

Bir de kronik hastaların takibiyle ilgili. Yani kronik hasta düzenli gelip gitmesi gereken bir hasta. **Yani bu tür zorluk bir kere gelen kişi için daha farklı olabilir ama kronik hasta için bu gerçekten büyük bir zorluk oluşturacaktır** (Ali Bey, Akademisyen).

Bu şehir hastanesi diye Türkiye'de bilinen kamu özel ortaklığı finansman yöntemi ile hem hastanelerin inşa edilmesi hem de işletilmesi, Türkiye'de kamu sağlık sektörüne büyük zarar vermiştir. Ve zarar vermeye devam etmektedir. Niye zarar vermiştir? Biliyorsun kamu sağlık hizmetinde başta toplumdaki herkesin erişilebilirliğin sağlamak olmak üzere bazı temel kavramları sağlamak yükümlülüğündedir. Erişebilirlik bunlardan bir tanesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi bunlardan bir tanesi, ayrımcılık olmaması bunlardan bir tanesi, gibi çoğaltılabilir. Ama temel olarak baktığımızda özellikle şehir hastanelerinin çok yüksek maliyeti ve ŞH açılacak olması yüzünden şehrin içindeki hastanelerin kapatılması, **toplumun hasta ve hasta yakınları bağlamında sağlık hizmetlerine erişimini büyük ölçüde sıkıntıya sokan kavramlar olarak karşımıza çıkmıştır** (Kasım Bey, Akademisyen).

Ben şunu isterdim; hasta girdiğinde son teknoloji ve son hizmeti alıp, tedavisini alıp çıkmasını isterdim. Yani gerekli işlemlerle girişimsel işlemler yapıp çıkmasını isterdim. Yani olmuyor. Bu hastanın tedavi alma süreci çok uzun. Bu yeni poliklinikten girenle de, yukarıda ameliyattaki hasta da. (...) Büyüklük ve Erişim. **Yani erişemiyorsunuz hizmete, hizmet var ama erişemiyorsunuz.** Planlamayla alakalı. Sadece görüntüde hasta taşıma personeli var ama hangi birine yetiyecek. Şurada 20 bin hasta geliyor. Mersin'e 15 bin hasta geliyor günlük. Hangi birine yetiyecek. **En büyük dezavantajlardan biri; ulaşamıyorsunuz. Sağlık hizmeti var, orada duruyor ama ulaşmak imkânsız** (Halil Bey, Yönetici).

Hepsinin değil de bazı hastanelerin dezavantaj olarak hastaların alışık olduğu mesafelerden biraz uzak olması, **biraz erişim problemini ortaya çıkarıyor.** (...) **Ulaşım sıkıntı olduğu için millet özele gidiyor** (Hamit Bey, Akademisyen).

Sağlık tesislerin bir noktada toplanması ve tek merkez olarak hizmet vermesi bazı katılımcılar tarafından dezavantajlı bir yön olarak ele alınmaktadır. Bununla ilgili ifadeler şu şekildedir:

Bana göre mesela kadın doğum hastanesinin ayrı bir yerde olması şehir hastanesinin ya da kompleks bir hastanenin daha başka bir yerde olması avantajda sağlıyordu trafik yoğunluğu açısından. Şimdi kişiler kendi hizmet alacakları yerlere doğru yönlendikleri için çok fazla kalabalıklar oluşmuyordu. Ya da acil hizmetlerde çok büyük sorunlar ortaya çıkmıyordu. (...) **Hepimizin aynı yere yönelmesi ve belli saatlerde o yoğunluğun çok olması onlar ciddi sıkıntılar yaratacak** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Dezavantajı ya da olumsuz yönü açısından bakacak olursak birden çok sağlık tesisini bir araya toplamak bir dezavantajdı. Daha, yani uluslararası örneklerine baktığımızda çok daha küçük ölçekli uygulanmış (Pakize Hanım, Akademisyen).

Nerden hani Türkiye'yi adapte etmeye çalıştılar ve hangi bir beklentiyle yılların hastanelerini kapatıp da yurttaşlarımızın hepsini tek merkezde sağlık hizmeti almaya teşvik ediyoruz, "zorluyoruz". Orada da hani anlayamadığımız bir durum var. Hani bunun sağlık hizmetinin gereğinden, yurttaşlarımızın sağlık hizmeti alma ihtiyacından doğduğuna dair kuşkularımız var. Öyle olsaydı mevcut hastanelerimizi koruyarak yeni hastaneler yapar, buraların yükünü hafifletirdik. Hastalarımızın hani özellikle kolay erişemediği semtlere hastaneler yaparak yükü dağıtmaya çalışırdık.

Oysaki öyle yapılmıyor. **Bütün hastaneler belli bir merkeze toplanarak özellikle Ankara'nın belli yerlerinden erişim iyice zorlaştırılmış durumda** (Yavuz Bey, Hekim).

Çok rahat ulaşılabilirdi. Farklı hastaneler vardı işte devlet hastanesi, SSK, kadın doğum, çocuk hastanesi veya kardiyoloji hastanesi vardı. Bunlar şehrin içine dağılmıştı. İnsanların ulaşması daha kolaydı. Şimdi bu da ortadan kalktı. Siz bir e-may geçiren hastayı şehrin bir ucundan bir ucuna getirmek zorundasınız. Kaldı ki burada da dakikalar önemli. Hastaneye geldi diyelim ki hasta. Onun anjiyoya gitmesi bile ciddi bir zaman gerektiriyor. Acilden giriş yapıp anjiyoya girmesi bile. Bunlar tabi ki vatandaş açısından veya bizim sağlık hizmeti sunma açısından olumsuz faktörler (Adem Bey, Akademisyen).

Kolay ulaşılan hastanelerin kapatılmasıyla ilgili bazı katılımcıların eleştirileri şöyledir:

Dediğim gibi hepsi eğitim araştırma hastanesi vasfında ve Türkiye'nin dört bir yanından hasta çeken, bu yine 6 büyük hastane kapatılarak yine tek merkeze toplanacak. Ankara'daki oluşacak sağlık hizmetlerindeki kargaşanın, aksamının, sağlık hizmetlerine erişimine zorlanmanın hangi boyutlara erişebileceğine dair ancak tahminler yürütebiliyoruz. Kuşkusuz yaşadıkça göreceğiz ama hani bizim hata olarak gördüğümüz bu hastaneleri tek merkezde toplama meselesinin daha da devam edeceğini, bunun Ankara ile de kısıtlı kaplamayıp pek çok ilde İzmir'de, İstanbul'da hayata geçirileceğini ne yazık ki görüyoruz. Buradan kaygılarımız var (Yavuz Bey, Hekim).

Şehir hastanelerinin hizmete sokulduğu illerdeki bütün Bakanlık hastaneleri kapatılarak şehir hastanesine taşınıyor. Bu nokta birkaç sorun yaratıyor: A) Halkın hizmete ulaşımı zorlaşıyor. B) Ciddi trafik sorunu ortaya çıkıyor. C) Taşınan hastanelerin şehrin merkezindeki binalarının ve arsalarının kimi örneklerde kira süresi boyunca yatırımcı şirkete bırakılması apayrı bir sorun olarak önümüzde duruyor (İrfan Bey, Akademisyen).

Bir diğer dezavantajı bu işin şimdi siz diğer hastaneleri kapatıyorsunuz tek bir yere topladınız bir hastaneye. Kentin bir ucundan bir ucuna gelmek zorunda vatandaş. **Hâlbuki eskiden hastaneler daha bir kent içindeydi. Ulaşım kolaylığı vardı. Çok rahat ulaşılabilirdi. Farklı hastaneler vardı işte devlet hastanesi, SSK, kadın doğum, çocuk hastanesi veya kardiyoloji hastanesi vardı. Bunlar şehrin içine dağılmıştı. İnsanların ulaşması daha kolaydı. Şimdi bu da ortadan kalktı** (Adem Bey, Akademisyen).

Kapatacağınız bir hastane zaten yeni bir hastane 7 yıllık bir hastane. Şehrin farklı noktalarındaki hastanelerde kapatacaksınız o zaman mantıklı bir şey değil şehir hastaneleri. Tüm insanlar tek bir yere gelmesi için zorlanacak (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin ulaşım ile ilgili bir problemi de Burak Bey yerel yönetimlerin ulaşım problemlerine yeterince reaksiyon gösterememesini şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Ulaşım normalde ülkemizdeki şehir plancılığı gereği yeni açılan yerlere gelip gitmek biraz zor gibi gözüküyor ama burada yerel yönetimlerinde esasında dezavantajlarından bahsedecek olursak yerel yönetimlerin bu konuda çok daha

aktif, daha hızlı reaksiyon vermemesinden kaynaklanan bir dezavantaj olarak karşımıza çıkıyor (Burak Bey, Uzman).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin ulaşım yönüyle ilgili ortaya çıkan çeşitli problemlere değinilmiştir. Bunlar arasından bazı illerde hastanelerin şehrin dışına yapılması ve uzaklık noktasında merkeze yakın olmamasından kaynaklı ulaşım problemi gündeme gelmiştir. Hastanelerin tek bir noktada toplanması trafik yoğunluğu oluşturmaları bakımından bir diğer ulaşım problemi olarak vurgulanmaktadır. Bunun yanında hastanelerini büyük ve uzak yerlere yapılması yaşlı ve yoksul insanların hastaneye erişiminde zorluklar oluşturduğunun üzerinde durulmuştur. Son olarak merkezlerdeki kolay ulaşılan hastanelerin kapanması ve insanların her noktadan şehir hastanesine gitmesi de bir problem olarak ifade edilmiştir.

4.5.2.3. Kapanan Hastaneler

Şehir hastanelerini açılmasıyla bazı hastanelerin kapanması gündeme gelmiştir. Bu konuyla ilgili katılımcılardan çeşitli eleştiriler gelmektedir. Bunlarla ilgili görüşler şu şekildedir:

Yani bir de bu belirttiğim hastaneler Ankara'dakiler özellikle Türkiye'nin sağlık geçmişinde çok önemli hastaneler. Ankara Numune Hastanesi başlı başına bir köklü geçmişi olan, Türkiye'nin dört bir yanında sağlık hizmeti veren hekimleri yetiştirmiş ve yetiştirmeye devam edecek olan hocalar yetiştirmiş bir hastanedir. Çok köklüdür, Osmanlı döneminde açılmış ve cumhuriyet dönemine devredilmiş bir hastanedir. Yüksek İhtisas Hastanemiz keza öyle bir hastanedir. Özellikle gastroenteroloji, kardiyoloji kalp damar cerrahisi alanında ihtisaslaşmış son derece önemli bir hastaneydi. **Bu hastanelerin kapanması Türk sağlık sistemini negatif ya da olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Sadece Ankara'yı değil Türkiye'nin dört bir yanına hizmet veren hastanelerdi.** (...) Yani kapanan hastaneler bir risk, ilerisi için bir risk olarak değerlendiriyorum. Mesela Numune Hastanesi, Yüksek İhtisas Hastanesi ve Cebeci Doğum Evi bu konuda çok çarpıcı hastanelerdir. **Tamamen yoksul yurttaşlarımızın sağlık hizmeti aldığı hastanelerdir.** Numune Hastanesi Osmanlı Döneminde gariplerin hastanesi olarak açılmış bir hastanedir ve öyledir de yani. Türkiye'nin dört bir yanından yoksulların sevk olarak Ankara'da işte en zor hastalıklarla baş etmeye çalıştıkları hastanelerdir bunlar. **Bunların kapatılması kuşkusuz ciddi bir risk.** (...) Ankara'da Bilkent boyutunda bir proje daha yürüyor. Etlik Entegre Sağlık Tesisi, Etlik Şehir Hastanesi denilen bir şehir hastanesi daha yürüyor ve orası için de kapatılacak 6 tane daha hastane var. **Yani Bilkent ile başlayan bu yıkıcı süreç daha da devam edecek gibi görünüyor ne yazık ki.** Orası için kapanacak olan hastaneler de ne yazık ki hani Ankara Bilkent Şehir Hastanesi için kapatılacak hastaneler de az değil. (...) **Dediğim gibi hepsi eğitim araştırma hastanesi vasfında ve Türkiye'nin dört bir yanından hasta çeken, bu yine 6 büyük hastane kapatılarak yine tek merkeze toplanacak. Ankara'daki oluşacak sağlık hizmetlerindeki kargaşanın, aksamının, sağlık hizmetlerine erişimine zorlanmanın hangi boyutlara erişebileceğine dair ancak tahminler yürütebiliyoruz** (Yavuz Bey, Hekim).

Hastanenin kapanmasını getirdi. Bunu birçok yerde görüyoruz. Mesela Adana’da 5 yıllık Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi hani o fonksiyondan uzaklaştı işte yarı yatak sayısına sahip başka bir hastane şeklinde devam ediyor. Ama herhangi bir şekilde orada çalışan hekimler, sağlık çalışanlarının onun işleviyle ilgili bir sıkıntıları yoktu. Yeni binaydı, orada eğitim araştırma faaliyetleri sürdürülüyordu. Ankara’da da bunun örneklerini yaşadık, hastaneler kapatıldı. İstanbul’da benzer şekilde. Tabi kapatılanların özellikleri nelerdir? Bir kısmı çok köklü hastaneler. Ya da bir kısmı belki yeni ama yeni yapıldığı için onun getirdiği bir avantaja sahip hastaneler (Ali Bey, Akademisyen).

Ama onun dezavantajı şu bizim benim mesela bir önceki hastane 7 yıllık yeni hastaneydi. 7 yıl önce yapılmıştı yeni bir hastaneydi. Bize dediler ki siz bu hastaneyi bırakacaksınız ve buradan toplu iğne dahi almadan yöneticilerin söylediği şey şehir hastanesine geçtiğiniz zaman her şey yeni olacak en son model olacak. Peki, orada kalanlar ne olacak? Orda kalanlar heba olacak. Yani orda tam teşekküllü çalışan ki Adana şehir hastanesi eğitim açısından da ilk olan eğitim hastanesi biz oradaki bir sürü cihazı, aletleri vb. bıraktık bu bir milli servet. Neyse öbür tarafa geçtik (Adem Bey, Akademisyen).

Mevcut hastanelerin kapanmasıyla vatandaşların özel sektöre de yönlendirmenin yapıldığını Yavuz Bey şu cümlesiyle vurgulamaktadır:

Dolayısıyla hani önemli risklerden bir tanesi de mevcut hastanelerin kapanması nedeniyle oluyor yurttaşlarımızın alacağı kamusal sağlık hizmetleri açısından. Yani şehir merkezinde kolay ulaşabileceğiniz sadece özel hastaneler kalıyor. Dolayısıyla hani bu da tabi biliyorsunuz ciddi bir tartışma konusu. Hastaların özel hastanelere mi bu biçimde yönlendirilmiş oluyorlar diye. **Bu da tabi önemli bir tartışma konusu çünkü hakikaten Ankara’da baktığınız zaman kapanan hastaneleri harita üzerinde işaretleyin ve açılan şehir hastanelerini işaretleyin, yurttaşlarımızın hani devlet hastanesi olarak, kamusal sağlık hizmeti olarak erişebileceği hastane kalmıyor** (Yavuz Bey, Hekim).

Sonuç olarak şehir hastanelerin açılmasıyla merkezlerdeki kolay ulaşılan hastanelerin kapatılması bazı katılımcılardan eleştiri almaktadır. Bu kapanan hastaneler arasında köklü hastanelerin olduğu gibi daha yeni sayılabilecek bazı hastanelerde kapatılmıştır. Bu hastanelerin kapanmasıyla sağlık hizmetlerine ulaşımlarda çeşitli problemler ortaya çıktığı gündeme gelmiştir.

4.5.2.4. Çalışan Problemleri

Çalışan problemleri arasında iş yükünün artması, personel eksikliği, performans ve verimliliğin düşmesi ve yeni ekiplerin uyumsuzluğu gibi konular yer almaktadır.

İş yükünün artması ve iş yükünün fazla olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bir şey daha ekleyim. **Mesela hastanede işler çok fazla ama yani hemşirelerin iş yükü arttı. Artan iş yükü hemşirelere pozitif bir karşılığı olmadı.** Mesela hekimler için performansa dayalı ek ödemeye iş yükünün karşılığını alıyor hekim. İş yükü arttı ameliyat sayısı arttı ama bunun karşılığını alıyor. **Ama hemşire için geçmişte serviste 6**

oda vardı. Bir serviste en fazla 20 hasta gibi hastaya hizmet veriyordu. Bugün daha fazla hastaya hizmet veriyorsunuz daha çok yoruluyorsunuz ama pozitif bir karşılığı yok sizin için (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Hasta olarak gitmedim ama hasta olarak gidenlerden duyduğum kadarıyla çok yorucu, bir yerden bir yere ulaşmanın çok zor olduğu, **sağlık çalışanları açısından iş yüklerinin çok arttığı**, yöneticilik açısından bilinmezliklerle dolu, yönetilmesi zor yani devasa yapılar dolayısıyla böyle devasa yapılar sağlık tesisleri açısından uygun değil diye düşünüyorum. Dezavantajı bu (Pakize Hanım, Akademisyen).

Dolayısıyla bir ortak özellik olarak ilk olarak hasta odası metrekaresinden başlayan fizik mekânı, yatak sayısına, işte finansal boyuta giden bir ölçek büyütmesi söz konusu şehir hastaneleri için. Bunun getirdiği çeşitli sıkıntılar ve sorunlar da baş göstermeye başlamış durumda. Hem hizmetin yürütülmesi sırasında hem de hizmetin düzenlenmesi sırasında oldukça yakınmalar duymaya başladık hem sağlık personelinin hem zaman zaman da vatandaşlardan. Çünkü vatandaş da zor erişiyor. **Sağlık personeli de hizmeti yürütürken zaman zaman daha da zorlanır hale gelmiş durumda.** Şehrin ihtiyacını karşılama, karşılamama değerlendirmesinin nasıl yapıldığını da bilmiyoruz. (...) **Özellikle iş yükünün daha da ağırlaştığını, bu yönetim sıkıntıları nedeniyle hizmete yansıyan aksamalar olduğunu ve zaman zaman da bazı şeyler de hastanelerde personel yetersizliği nedeniyle ciddi sıkıntılar yaşandığını söyleyenler söz konusudur** (Cihat Bey, Akademisyen).

Şimdi böyle bir durumda bütün hastalar acile geliyor, **iş yükü çok artıyor ama mekân çok büyüyor. Mesela Eskişehir’de ya da Elazığ’da konuşuyoruz. Geldikleri hastane birden büyüyor eski hastaneye göre, 4 kat 5 kat. Ama aynı personel, aynı hemşire sayısı, aynı hekim sayısı. Hatta azalıyor bazen. İş yükü çok artıyor.** Yani çok hasta göreceksiniz, bir taraftan çok geniş bir mekânda hizmet veriyor olacaksınız. **Oradan oraya gidişler. 20 bin adım attığını söylüyor, mesela bir hekim şehir hastanesinde bir gecelik nöbeti sırasında. Çok yoruluyor, çok fiziksel enerji harcamaları gerekiyor.** (...) Bu mekânsal büyüklük uzmanlık eğitimi açısından da sorun oluşturabilen bir şey. Çünkü bir eğitim kurumunda temel olan şey hizmetle eğitimin iç içe verilmesi. **Bu çok önemli ama siz burada hizmet kısmının çok önüne geçmiş oluyor iş yükünden dolayı.** Eğitim aksayan bir eğitim oluyor, bazen kâğıt üstünde oluyor (Ali Bey, Akademisyen).

Servis mesela büyüyor ve artıyor. Bu da iş yükümüzü artırıyor. Çünkü diğer hastaneler kapandığı için aciller vs büyük vakalar daha çok gelmeye başlıyor. İş yükümüzü artırıyor. Asistanların acil servis arasındaki mesafe çok uzadığı için zaman kaybı, yorgunluk, hastaya ulaşma noktasında sıkıntı. Ben dedim artık şehir hastanesinde olduğumuz için rahat bir spor ayakkabısı alacaksınız diyorum. O yüzden ayağınızı korumanız lazım. Kendi kliniğimden örnek vereyim. Beyin cerrahi kliniği olarak 65 yatağımız var. Bunun 25’i yoğun bakım. Şimdi ben her gün 65 hastayı ziyaret yapmak zorundayım. Bunun bir de akşamı var. Viziti bitireceğim, sabah filmlere bakacağım. **Sonra ameliyathaneye ineceğim sonra bunların hepsi farklı katta.** Eskiden odalar küçüktü şimdi odalar gereğinden büyük. Avrupa ve Amerika örneğinden aşağı yukarı %30-%40 oranında büyük odalar. O senin yürüme mesafenizi artırıyor. Bu ek bir yorgunluk ve zaman kaybı. Yani çalışan açısından ŞH ergonomik bir tarafı yok. Hastalar açısından da yok bence (Adem Bey, Akademisyen).

Personel eksikliğiyle ilgili bazı katılımcılar ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Bir başka önemli problem de şu şimdi mekânı büyüttünüz. Dev hastaneler biçimine dönüştürdünüz. Yatak sayısını artırdınız ama burada bu mekânın büyüklüğüne bu yatak sayısının büyüklüğüne uygun olarak sağlık çalışanı istihdam etmezseniz, sağlık çalışanlarının iş yükünün artması ve bazı hizmetlerin boşa kalması sorunuyla karşılaşabilirsiniz ki, senin de bildiğin gibi bazı hastanelerde maalesef bugünkü durum böyle (Kasım Bey, Akademisyen).

Personel sayısı olarak yetersizliğe sürüklenebildi. Çünkü yeni bir bina ve geniş bir bina mevcut personeli de geçti. İnsan kaynağı planlaması iyi yapıldı mı yapılmadı mı soru işareti. Çünkü personel eksikliği olacak. Çünkü en büyük şikâyetleri neyden duyduk biz; insanlar adım sayar takip yürüdü. Bunu magazinsel habere dönüştürdüler. Yani şu kadar adım atıyoruz falan (Mehmet Bey, Uzman).

Tabi tabi. Yani buradan şey yapabiliriz size bizim şehir hastanelerini izlenimlerimiz sırasında birkaç şey aktarabilirim. **Bir kere sağlık çalışanlarının sayılarının yetersizliği** (Ali Bey, Akademisyen).

Büyüklüğünden dolayı personelde yetersiz kalıyor. Hem kamu çalışanı hem de şirket çalışanı yetmiyor (Burhan Bey, Yönetici).

Çalışanların performans ve verimlilikleri ile ilgili görüşler şu şekildedir:

Mesela o hastane içindeki o büyüklük ve arkadaşlarından kopuk veya çok geniş bir ortama yayılmış olmak onların verimliliğini ve performanslarını çok etkiledi. Birçoğu emekli olmayı tercih etti şehir hastanesine geçince. Emekli olmayanlarda çok mutsuz çalışıyorlar. **Her ne kadar çalışan memnuniyeti yüksek dense de özellikle hemşire gruplarının içinde mutsuzlar** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Mekânın büyümesinin ve iş yoğunluğunu arttıran bu ekstra faktörleri de kendi iş performansları açısından bir tehdit olarak görüyorlar diye düşünüyorum (Cihat Bey, Akademisyen).

Yani böyle baktığımız zaman hem sağlık çalışanlarının tükenmişliği, aşırı yorulması, **sağlık sisteminin niteliğindeki düşme, düşüklük. Çünkü hastaneler o hizmeti verme fonksiyonu açısından gerçekten çeşitli zorluklar içeriyor** (Ali Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde personel memnuniyeti düştü (Hamit Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerindeki çalışan ekiplerin ekiplerin uyumsuzluğu ile ilgili görüş beyan eden katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Mekânın da büyümesi nedeniyle zaten şimdiden başlamış durumda bazı sıkıntılar. Özellikle büyük hastanelerle farklı hastanelerin birleştirilmesi de ayrı bir sıkıntı. Mesela Bilkent'te 3-4 farklı hastane birleştirildi. **Tek hastane haline gelmeleri çok uzun zaman alacak. Çünkü her biri başka bir altyapıdan, her biri başka bir ekolden geliyordu. Şimdi o klinikleri o yapıların birleşmesi, bir araya gelmesi, aynı ortamda bir hizmet yürütmeleri belli bir zaman alacaktır.** Gelecekte de bununla ilgili sıkıntılar yaşanabilir diye düşünüyorum (Cihat Bey, Akademisyen).

Böyle olunca tabi bütün hastanenin gelir getiren, yüksek gelir getiren birçok birimi izinde hizmet alınmaya başlandı. İşte nükleer tıbbı var, fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri var, BT, MR gibi görüntülemeler var, biyokimyası var. Şimdi bir tabi buradan gelir elde

etme çok öne çıkmış oluyor bir de bu hizmet alımı arttıkça çeşitli fonksiyonlar için, bir kısmı bunların tıbbi destek hizmetleri, yardımcı hizmetleri. **Ekip anlayışı bozuluyor yani orada hizmet verecek olan personelin ekip anlayışı bozuluyor.** (...) O büyük hastaneler, büyük mekânlar o çok sıkıntılı dile geliyor, bunu söyleyebilirim. **Şirketten çalışanların deneyimsiz olmasının getirdiği hizmete olumsuz etkisi var, bir de çalışma barışını bozabilen durumlar olabiliyor. Ekip çalışması anlayışı çok oluşturulamıyor** (Ali Bey, Akademisyen).

Bizim iş yükümüzü arttıran bu anlamda bize ciddi anlamda yorgunluk yaratan ve sıkıntı stres veriyor. Tükenmişlik sendromuna sokan şey. İşte eskiden personelimiz vardı. Hastayı alıp ameliyathaneye götürür. **Burada ilk açıldığımız zaman hastanın ameliyathaneye gelip ve gitmesi 2 saat falan sürüyordu. Şimdi o süreler biraz azaldı makul şeye geldi ama ne oluyor genel personel kim. Benim hastamın bazı özellikleri var. Bazı şeylere dikkat etmek durumda bunu biliyor mu? Hiç bu sektör içinde çalışmış mı yok. Sen dışarıdan topladığın adamları getiriyorsun. Burada özel sektörde taşeron işçi olarak çalıştırıyorsun** (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde çalışan problemleri olarak iş yüklerinin artması ya da fazlaşmasıyla ilgili bir faktör gündeme gelmektedir. Bunun yanında hastanelerin büyümesi ve mevcut personel sayılarının bu büyüklüğü karşılayamamasından kaynaklı yani personel eksikliklerinin giderilmemesinden dolayı bazı problemlerin olduğu ifade edilmiştir. Yine hemşirelerin performansa yönelik ödeme almamasından kaynaklı verimlilik ve motivasyonun düşmesi vurgulanmıştır. Son olarak hastanedeki ekiplerin uyumsuzluğu ile ilgili görüşlere yer verilmiştir. Bunların kamu-özel ve kamu-kamu arasında olabilmektedir.

4.5.2.5. Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı

Şehir hastaneleriyle ilgili dikkat çeken bir diğer dezavantajlı durum ise kamu özel ortaklığı kullanımından kaynaklı olan bazı faktörlerdir. Kamu özel ortaklığı kullanımı teması “Ekonomik Problemler”, “Sözleşme Problemleri”, “Fazla Sağlık Hizmeti Kullanımı” ve “Olumsuz Yurt Dışı Örnekleri” olmak üzere kendi içerisinde dört alt temaya ayrılmaktadır.

4.5.2.5.1. Ekonomik Problemler

Şehir hastanelerinin dezavantajlı yönlerinden biride ekonomik olarak maliyetlerinin yüksek olması olarak karşımıza çıkmaktadır. Ekonomik yönden dezavantajlı olmasıyla ilgili şehir hastanelerinde fazla harcamanın olması, ekonomik olmayan finans modelinin olduğu, kira ve kullanım giderlerinin fazla olduğu, geri ödeme zorlukları, yüksek maliyetli projeler olması, sağlığın ticarileştiği, gölge borçların

oluştugu, geleceğin ipotek altına girdiği, kar baskılarının olduğu, rant kapılarının oluşması ve kapanan hastanelerin yer sorunsalı gibi konular karşımıza çıkmaktadır.

Şehir hastaneleri ile ilgili harcamaların fazla ya da daha pahalı olmasının yanı sıra ekonomik olmayan bir finansman modeli olduğuyla ilgili bazı katılımcılar şu şekilde açıklama yapmıştır:

Ekonomik açıdan değerlendirdiğimizde ben ciddi bir şekilde şehir hastanelerinde kamunun fazla harcama yaptığını düşünüyorum (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Ya bu kadar harcamayla biz kaç hastane yapılabileceğini defalarca hesapladık. Bu işlerin ilk sahiplenicisi olan Recep Akdağ kendi memleketine 1200 yataklı bir hastane yaptırdı, devlet hastanesi. Kayseri Şehir Hastanesinin yıllık kira bedelinin biraz daha üzerindeydi. 193 milyon liraya yapıldı o 1200 yataklı hastane. İçinde hem yoğun bakım ünitesi hem tam donanımlı 7 tanede ameliyathane var. O hastane, Erzurum Hastanesi 193 milyon liraya ihale edildi 213 milyon liraya da ödenek üstüne çıkarak tamamlandı. Yan tarafına da şimdi 700 yataklı bir ek bina yapılıyor. Bütün bunların hepsi zaten bu yatırım mümkün olduğunu gösteriyor. Yani kamu-özel ortaklığı finansman modeline muhtaç olmadığını gösteriyor yani **1 yıllık kirayla biz bu heybette bir hastane yaptırabiliyoruz.** Yani Recep Akdağ kendi memleketini şehir hastanesinden bağışık tuttu. Böyle güzelim hizmeti kendi şehrine vermemiş oldu. (...) Sonuçta kamu-özel ortaklığı finansman yöntemi vadettiği şeyleri yerine getiremiyor, **daha pahalıya yapıyor, süre aşımı oluyor, projeler gereksiz olarak büyüyor, süreleri uzuyor. Dolayısıyla kamu-özel ortaklığı finansman yönteminden bizim beklediğimiz şey aslında oluşmuyor.** (...) Yani Amerika Birleşik Devletleri'nde yani Milton Friedman'dan başlayarak okuduğunuz zaman bile bizdeki bu yöntemden bahsetmiyorlar kamu-özel ortaklığı diye. Bu amorf Türkiye'ye has bir şey oldu yani o yüzden de sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum ben (Çiğden Hanım, Avukat).

Pek çok iktisat yazımında hani benimde dışardan birisi olarak görebildiğim kadarıyla zaten bu kamu-özel işbirliği bir özelleştirme modeli olarak da değerlendiriliyor. **Yani dolayısıyla bunun pahalı bir finansman modeli olduğu, kamu yararı sağlamadığı pek çok raporla ortaya konmuş durumda** (Yavuz Bey, Hekim).

Üçüncüsü ve daha önemlisi ben kendim bir çalışma yaptım. Sağlık Bakanlığı 2017 bütçesinde, blokta var o yazı. Diyor ki; ben diyor Bilkent Şehir Hastanesini ortalıkta dolaşan tek fizibilite bilgisi de o şu anda kamuoyunda dolaşan ben diyor Bilkent ŞH devlet hastanesi yerine yapmadım, şehir hastanesi olarak yaptım. Devlet hastanesi olarak yapsaydım 100 liraya mal edecektim. Ben şimdi 76 liraya mal ettim diyor. Aynı hesabı aynı yöntemle ben yapıyorum inanılmaz dört işlem hataları inanılmaz varsayımlar var. Ben de diyorum ki bunu devlet kendi yapsaydı 100 liraya mal edecekti. KÖO yöntemiyle yapmasıyla 500 lira ve daha fazlasına mal etmektedir. **Buda aradaki fecaati gösteriyor. Ne kadar şehir hastaneleri projelerinin kötü ve masraflı olduğunu gösteriyor** (Umur Bey, Akademisyen).

Sağlık Bakanlığının, devletin 25 yıl süre içinde ödeyeceği kira ise 30 milyar Dolardan fazla. Yılda Dolar üzerinden %7,5 gibi net bir kâr yalnızca kiradan elde edecekler. Ayrıca devletin yemek, otopark, kantinler, görüntüleme ve laboratuvar, bilgiişlem hizmetleri için ödeyeceği paradan kazanacakları da var. **Devlet için çok pahalı bir iş bu** (İrfan Bey, Akademisyen).

Ancak finansman modeline, bu hastanenin açılması nedeniyle şehir merkezindeki mevcut hastanelerin, köklü hastanelerin kapatılması meselesine itirazlarımız var (Yavuz Bey, Hekim).

Şimdi şöyle en önemli dezavantajı belki finansman ve bütçeleme konusundaki dezavantajı diye düşünüyorum. Zaten modelin uygulanmasının temel amacı da bu (Cihat Bey, Akademisyen).

Burak Bey şehir hastanelerinde geri ödeme ilgili yaşanabilecek zorlukları şu şekilde açıklamaktadır:

Burada handikap olan ise ülkemizin istikrarlı bir ekonomik yapıya sahip olmamasından dolayı geri ödemede yaşayacağımız bazı zorluklar vardır. Bunlar esasında bizi bu işte daha dikkatli davranmaya yönlendirmektedir. Bu oynaklığın bir dezavantajı da şudur, olumsuz tarafı da şudur; yapılan veya ortaya koyulan eserlerin, faaliyetlerin bir süre sonra çok farklı bir şekilde dönüştürülmeye çalışılması ve belki 25 yıllık işletme döneminden bahsediyoruz (Burak Bey, Uzman).

Kullanım giderlerinin fazla olmasını Sevim Hanım şu şekilde ifade etmektedir:

Artı iklimlendirme ücretleri ve bu kadar büyük alan olması abonelere bağlı ödemeler kısmında da büyük oluyor. Yani şimdi 550 bin metrekare alanı ısıtmak soğutmak dünyanın parası. Yani şey değil, çok büyük bütçe çok büyük rakamlar ayırmaya başladık (Sevim Hanım, Yönetici).

Şehir hastanelerinin maliyetli projeler olması ve bunların bütçeye yük getirmesinin bazı katılımcılar şu şekilde ifade etmektedir.

Gerçekten de pek çok Türkiye'deki çalışmalar da onu gösteriyor ki doğrudan hani Sağlık Bakanlığının normal ihale ile yöntemi ile yaptığı hastanelere göre bu hastaneler 6-7 kat daha pahalıya mal oluyorlar. Ve yıllar içerisinde bu maliyetin katlandığı projelere dönüşmüş gözüküyor ne yazık ki. Orada ciddi problemler var (Yavuz Bey, Hekim).

Bu ölçek büyüklüğü finansal olarak da karşımıza çıkıyor. **Yani şehir hastanelerinin ödemelerine baktığınız zaman, şehir hastaneleri için devletin bu şirkette yaptığı ödemeleri baktığınız zaman orada da ölçeğin büyüdüğünü görüyoruz.** Dolayısıyla bir ortak özellik olarak ilk olarak hasta odası metrekaresinden başlayan fizik mekânı, yatak sayısına, işte finansal boyuta giden bir ölçek büyütmesi söz konusu şehir hastaneleri için. **Bunun getirdiği çeşitli sıkıntılar ve sorunlar da baş göstermeye başlamış durumda. Hem hizmetin yürütülmesi sırasında hem de hizmetin düzenlenmesi sırasında oldukça yakınmalar duymaya başladık hem sağlık personelinin hem zaman zaman da vatandaşlardan.** Çünkü vatandaş da zor erişiyor (Cihat Bey, Akademisyen).

Çünkü bu kadar büyük yapılara gerek olmadığı halde bunların yapılmış olduğunu görüyorsunuz. Çok geniş alanları hani hastanede tamam çok yüksek yataklar bu uyumlu değil. 600 olsun 700 olsun bilemediniz. Ama bunun dışında da bu kadar geniş mekânlar bunun elektriği var, suyu var, harcanacak enerjisi var. **Bununla ilgili birçok hani devletin ve bu devletin gelirlerini karşılayan, vergilerini veren, halk açısından baktığım zaman çok ciddi bir maliyet ortaya çıkıyor bütün bu kalemlerde** (Ali Bey, Akademisyen).

Bu şehir hastanesi diye Türkiye'de bilinen kamu özel ortaklığı finansman yöntemi ile hem hastanelerin inşa edilmesi hem de işletilmesi, Türkiye'de kamu sağlık sektörüne büyük zarar vermiştir. Ve zarar vermeye devam etmektedir. Niye zarar vermiştir? Biliyorsun kamu sağlık hizmetinde başta toplumdaki herkesin erişilebilirliğin sağlamak olmak üzere bazı temel kavramları sağlamak yükümlülüğündedir. Erişebilirlik bunlardan bir tanesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi bunlardan bir tanesi, ayrımcılık olmaması bunlardan bir tanesi, gibi çoğaltılabilir. **Ama temel olarak baktığımızda özellikle şehir hastanelerinin çok yüksek maliyeti ve şehir hastanelerin açılacak olması yüzünden şehrin içindeki hastanelerin kapatılması, toplumun hasta ve hasta yakınları bağlamında sağlık hizmetlerine erişimini büyük ölçüde sıkıntıya sokan kavramlar olarak karşımıza çıkmıştır.** (...) Çünkü bütçenin yüzde 25'ine yalnızca şehir hastanesi'ne verecek olursan, elinde kalan parayla ne birinci basamağı, ne personeli, ne diğer cari harcamaları doğrudan yönetecek bir kaynağa sahip olamazsın. **Dolayısıyla asıl mesele topluma yüksek maliyeti bununda kamu sağlık hizmetlerini geleceğe dönük olarak çöktürme potansiyelidir. Bu yüzden olumsuz buluyorum.** (...) İkincisi hastane yönetimi aynı sonuca ulaşmak için en uygun yöntemleri seçmek zorunluluğunsa kalan bir yönetsel mekanizmadır. Amerika'da büyük hastanelerin yatak başına kapalı alanları yaklaşık 200 metrekaredir. Bir yatak başına kapalı alan. Bizde şehir hastanelerinde bu 350 metrekareye kadar çıkıyor. Şimdi bir yatak başına kapalı alanı 350 metrekareye çıkardığın andan itibaren 200 metrekare yerine ki Amerikalılar biliyorsun büyük hastanelerin büyüklüğüyle övünürler. Hem büyük arabaları ile hem de en büyük binalarıyla onlar 200 metrekare yapıyor sen 350 metre kare yapıyorsun. Şimdi o zaman ardından şu mesele geliyor. **Yatak başına 350 metrekareyi inşa etmek, bakım ve onarımını yapmak, temizliği yapmak, ısıtmak, soğutmak ve ulaşımını sağlamak bunların hepsi ek ve gereksiz maliyetler** (Kasım Bey, Akademisyen).

Maliyetler bir iki yıl sonra patlayacaktır (Hamit Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri sağlığın ticarileştirilmesine neden olduğunu Kasım Bey şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Burada ticari sır, burada ticaret yapıldığını gösteriyor ki biz zaten en baştan sağlığın bir ticaret meta olarak gündeme getirilmesine karşıyız. Ve bu günlerde en yetkili ağızlardan örneğin şehir hastanelerinin müşterileri artacak konuşmaları duyuyoruz. Bir hastaneye gelen kişiye müşteri gözüyle baktığımız andan itibaren sağlık en temel insan hakkı olmaktan çıkar. **Dolayısıyla şehir hastaneleri sağlığın ticarileştirilmesinin uç ve kötü bir örneği olarak karşımızda duruyor. Bu hastanelerin temel amacı nitelikli hasta bakımı değil, küresel sermayeye az önce söylediğimiz rakamlarda da açık olarak görüldüğü gibi yüklü miktarlarda kaynak aktarmak. Bu yüzden itiraz ediyoruz** (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri ülke gelirini ipotek altına aldığını ve bütçe üzerinde gölge borçlar oluşturduğuna yönelik bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Ülkelerin bütçelerinde görünmeyen gölge borçlanmalar yaratıyor, uzun vadede ülke gelirlerini ipotek altına alıyor (Çiğden Hanım, Avukat).

Ama siz böyle yapmamayı ve yap-kirala-devret modeliyle yapmayı tercih ediyorsunuz ve torunlarınızı dahi borçlandırdığınız bir modelle devam etmeyi tercih ediyorsunuz. Bunun finansal sürdürülebilirliği nasıl olabilir? Ancak daha çok borçlanarak, ancak daha çok başka yerlerden kesip buraya kaynak attırarak olabilir. Siz

Sağlık Bakanlığı bütçesinin %65'ini 31 tane hastane için harcarsanız diğer hastaneler ne olacak? Personelin gideri nasıl olacak? Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini nasıl vereceksiniz? Yeni yatırımları nasıl yapacaksınız? Burada ciddi bir problemle karşı karşıya olduğumuz çok açık. (...) **Kuşkusuz torunlarımızı bile borçlandıran bir finansman modeliyle değil. Türkiye'nin içinde bulunduğu durumu da gözetken ve doğru finansman modeliyle, en doğru finansman modeliyle gerçekleştirmesini istiyoruz** (Yavuz Bey, Hekim).

O yüzden hani sözleşmeler biraz böyle kapitülasyonlar gibi. Yani çok uzun yıllar bizim çocuklarımız, torunlarımızı da etkileneceği çok uzun borçlanma süreci gündeme getiriyor (Ali Bey, Akademisyen).

Bu 25 yıllık süre çok uzun bir süre bu ülkenin geleceğini ipotek altına almaktır. Çocuklarımızın geleceğini ülkenin geleceğini ipotek altına almaktır. Ben bu sonucu çıkarıyorum (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde ekonomik dengenin sağlanması için hekimlere kâr baskısı yapıldığını Nazlı Hanım şu cümlesiyle açıklamaktadır:

Finansal sürdürülebilirliği sağlayabilmek için de Bakanlık sürekli başhekimlerin üstüne baskı yapıyor. **Hastane gelirlerini sürekli artırma baskısı yapıyor. Hastane gelirlerini sürekli artırma baskısı da başhekimlerin hekimleri yönlendirmesi hekimlerinde gerçekten hastane gelirlerini sayısal olarak artırma yönünde işlemler yapıyorlar** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin finansal metodolojinin olmamasını Umur Bey şu şekilde açıklamaktadır:

Mutlaka bu modelle yapılacak diye bir kural yok diyor. Sonra banka, dünya bankası bunu soruyor bu böyle mi diyor evet böyle diyorlar. **Peki, finansal analizle ilgili ayrıntılı bir metodolojiniz var mı? Yok.** Ekonomik analizle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Sosyal analizle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Risk analiziyle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Spesifik. Şimdi bu metodolojiler yoksa bu fizibilite çalışması yapılabilir mi? Yapılamaz. Metodoloji olmadan yapılmaz. O da bu işin iyi olmadığını söylüyor (Umur Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin rant kapısı olmasını ekonomik yönden bir diğer dezavantaj olduğunu İrfan Bey şu cümlesiyle vurgulamaktadır:

Dolayısıyla kaynak sıkıntısı olarak belirtilen gerekçe hiç gerçekçi değildir. KÖO modeline geçişin temel gerekçesi burjuvaziye yeni bir yatırım, yani kar alanının yaratılmasıdır. Bu öyle bir modeldir ki, yatırımcı şirketin zarar etmesi diye bir şey asla söz konusu olamaz. İflas ettiğinde bile borçlarını devlet üstlenecek, devlet %70 oranında hastane yatak doluluk oranını garanti edecektir. **Dolayısıyla KÖO modeli burjuvaziye devlet eliyle kaynak aktarmanın, üstelik çok büyük ölçekli kaynak aktarmanın, en son model yoludur diyebiliriz** (İrfan Bey, Akademisyen).

Son olarak şehir hastanelerin açılmasıyla bazı kapanan hastanelerin yer sorunsalı gündeme gelmiştir. Bununla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Aslında Durmuş bey işin daha trajik bir yönü vardı, kapanan mevcut hastanelerinde arazileri ihaleyi alan şirketlere devrediliyordu. Türk Tabipler Birliği'nin Danıştay'da

açtığı davalarda o madde iptal edildiği için şu anda mevcut hastanelerin arazileri ihaleyi alan şirketlere devredilmiyor. Orada şu anda bir belirsizlik var ama örneğin Ankara’da Bilkent Şehir Hastanesini alan şirket aynı zamanda doğum evinin, numunenin, yüksek ihtisasın arazilerini de alacaktı. Mesele öyle kurgulanmıştı (Yavuz Bey, Hekim).

Ve Etlik ihale şartnamesinin içinde Etlik Şehir Hastanesi açıldığında, kapatılarak Etlik Şehir Hastanesinin içine taşınacak sağlık kuruluşlarının arazilerinin kampüs dışı ticari alan adı altında ihaleyi alacak şirketlere bedelsiz olarak verilmesinin öngörüldüğü ortaya çıktı. Yani oraya taşınacak hastanelerin yerleri. **Otel, rezidans ve avm yapmak üzere bu ihaleyi alan şirketlere verilecekti** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Yani şehirdeki bizim tam arzu ettiğimiz kolay ulaşılabilir alanlar burada terk ediliyor. Buralar tabi ne olacak? **Buralar rant olarak değerlendirilecek. Ama çok değerli mekânlar, hastaneler ulaşılabilir yerlerden alınacak** (Ali Bey, Akademisyen).

Bir başka mesele de şu; şimdi boşalttığı bu hastanelerin şehrin içindeki hastanelerin ne olacağı ile ilgili bir belirsizlik var. İlk olarak bu meclise gönderilen Kamu Hastaneleri Birliği kanununda tasarıda buraların müteveli heyetler tarafından satılması ve kiralanması öngörülyordu. Sonra bu kanunun yasalaşmadı. Öyle kaldı. Eğer o öngörü devam ediyorsa korkarım ki yalnızca şehrin içindeki hastaneleri kaybetmiş olmayacağız. Aynı zamanda kamuya ve sağlık kuruluşlarına ait bu arazilerin ve binaların bir takım sermaye gruplarına aktarılması da söz konusu olacak ki ben bunun kesinlikle olmaması gerektiğini düşünüyorum. Yani şehrin içinde kamuya ait bir hastane kapatılmışsa bile orası yine bir sağlık kuruluşu olarak, sağlık kuruluşu olmuyorsa bir yeşil alan olarak çünkü yeşil alanlarda sağlığımıza olumlu etkileyen önemli konulardan bir tanesi kullanılmalı (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin ekonomik yönü katılımcılar tarafından oldukça eleştirel değerlendirilmiştir. Bununla ilgili ekonomik olmayan bir finansman modeli benimsendiği böylece yüksek maliyetlerin oluştuğu ve bunun da bütçeye yük getirmesi vurgulanmıştır. Şehir hastanelerinin ekonomik olarak ülke geliri üzerinde bir ipotek oluşturduğu üzerinde durulmuştur. Şehir hastanelerinde ekonomik dengenin oluşması için hekimlere kar baskısı uygulandığı ve bu hastanelerin rant kapısı oluşturduğu gündeme gelmiştir. Son olarak şehir hastaneleriyle birlikte sağlığın ticarileştirildiği ve kapanan hastanelerin yerlerinin nasıl değerlendirileceğiyle ilgili belirsizliklerin sürdüğü ifade edilmiştir.

4.5.2.5.2. Sözleşme Problemleri

Şehir hastaneleriyle ilgili kamu özel ortaklığı kullanımından kaynaklanan bir diğer dezavantajlı durum ise sözleşmeler ve bunların içerdiği taahhütler olduğudur. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Çünkü sözleşmeler çok iyi bir şekilde hazırlanmamış. Yani önce bir röntgeni ve fotoğrafı çekilmemiş hastanelerin sözleşmeden öncesinde. Biz ne kadar atık

çıkarıyoruz, ne kadar yemek hizmetine ihtiyacımız olacak, ne kadar temizlik hizmetine ihtiyacımız olacak. Önce bir röntgeni çekmediği için özel sektörle anlaşmayı yaparken de hep sözleşmeler özel sektöre fazla ödemeler yönünde yapılmış. Dolayısıyla bu da ciddi bir şekilde hastanenin ya da kamunun özel sektöre fazla ödeme yapmasına neden oluyor. **Bu konu ciddi bir dezavantajlarından bir tanesidir** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Bu konsorsiyum bu hastaneleri, şehir hastaneleri yapan firmaların tabi ki yani 1 yıllık sözleşmelerde bile sorun çıkarken 25 yıllık sözleşmelerde sorun çıkmamasını beklemek doğru olmaz. Yani bu tür işlerde beklenmedik şeyler olabilir. Sözleşmelerde önceden düşünülmemiş öngörülmemiş ihtiyaçlar çıkabilir (Ahmet Bey, Uzman).

Sözleşme, bunu açık ve net söylüyorum, altını da çiziyorum; sözleşmeler sağlıklı şekillenmemiş. Sözleşmeler yapılmış hastaneler çok çok sonra yapım aşamasına geçilmiş. Mesela Kayseri Şehir Hastanesi ilk sözleşmesi yapılan hastane ama beşinci mi altıncı mı açılan hastane oldu. Yani ve benim bildiğim yanılıyor da olabilirim 2012’de falan atıyorum sözleşmeler yapılıyor, en az 3 yıl önce sözleşmeler yapılmış oluyor. Yani o dönemde şehir hastanesinin ‘Ş’ sini bilmiyor kimse. Yani bu böyle bir bakanlık daireesi oluşmamış, bakanlık sözleşmesini yapmış, ama bu dairenin bir adı yok (Mehmet Bey, Uzman).

Bunlar birbirleriyle evlenmesi caiz olmayan iki kişinin birlikteliği gibi. Yakın akraba evliliği gibi. Özel sektör halkımızla kendisi nikâh yapsın. Açsın hastanesini hizmetini versin. Devletimiz özel sektörün karşılayamadığını düşündüğü bir hizmet alanı varsa ki var, onu kendi devlet hastaneleriyle yapsın hizmetini versin. Ama özel sektörün binasından temizlik hizmeti alacağım gerekçesiyle bu hizmeti veriyorsa devletin bütün binalarının, bakanlıklarının hepsinin özel sektör tarafından kiralanması ki bunu zaten uyguluyor ama Allahtan adına henüz KÖİ falan demediler. Yoksa bir sürü bakanlık biliyorsunuz ya da mahkeme özel kişilerin binalarında. **Ama en azından uzun dönemli sözleşme yok.** Bu ilişki ahlaki bir ilişki değil. Ne meşru, ne ahlaki, ne vicdani (Selim Bey, Akademisyen).

Onun dışında hep taahhütlerde bulunmuşsunuz. Bir tane örnek vereyim. FTR özel sterilizasyon birimi gibi fizik tedavi birimi de özel. Siz bir taahhütte bulunmuşsunuz şu kadar FTR hizmetinden faydalanacağım diye ortopediye gidince ha bir şey daha olmuş hekimler arasında özellikle konsültasyonlar karşılığında paslaşmalar başlamış. Mesela bunu ben çok net gördüm. Ortopediye gittiğinizde önce diyor ki seni bir FTR görsün. Seni bir fizik tedaviye gönderiyor. Siz zaten ortopedi için muayene işlemleri yaptınız. Ve SGK ortopediye bu ödemeyi yapacak. Sizi bir de konsültasyon için FTR ye yönlendiriyor. FTR için bir muayene girişi ve konsültasyon ödemesi yapıyorsunuz. Sonra FTR deki hekim diyor ki size bir 15 seans FTR yazalım. Fizik tedavi yapın siz gidiyorsunuz 15 seanslık alıyorsunuz ve hiçbir faydasını görmedikten sonra tekrar ortopediye yöneliyorsunuz. Ve ortopedi hekimi diyor ki aa evet FTR’nin sizin için çok bir faydası olmamış biz sizi opera edelim. Dolayısıyla böyle bir döngünün içine girilmiş. Oda muayene sayılarını artırıyor. (...) **Özellikle işte FTR gibi böyle özel hizmetin olduğu birimlerde bir taahhüttünüz var. O taahhüttü gerçekleştirmeniz gerekiyor. O taahhüt için de sürekli olarak yönlendirmeler yapıyorsunuz** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Bu ödeme durumlarının fazla olması gibi durumlar var onlara değinmeyeceğim. Bizim söyleyeceğimiz olaylar değil. **Çünkü taahhütler verilmiş. Bu taahhüdü veren gruplar illaki bunun finansmanını bir şekilde düşünmüşlerdir.** Ödeme ile ilgili bir şey söylemek istemiyorum (Harun Bey, Yönetici).

4.5.2.5.3. Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı

Şehir hastanelerinde garanti verilen hizmet oranlarına ulaşabilmek için hekimlere yönlendirmeler yapıldığı ve daha fazla sağlık hizmeti üretme baskısı yapıldığı böylece bunun da gereksiz sağlık hizmeti kullanımına neden olduğu vurgulanmıştır. Bazı katılımcıların bu yöndeki beyanları şu şekildedir:

Başhekimlerde hastaneden bakanlığa o aktarımlar açısından gelirlerin artması yönünde sürekli olarak hekimlere baskı yapıyorlar. Yani daha fazla sağlık hizmetleri üretilmesi konusunda işte bu yatakların sürekli dolu olması baskısı ya da sürekli sağlık hizmeti üretme baskısı belli süre sonra artık hekimlerin daha böyle etik olmayan yollara başvurmalarına neden olacak. Daha fazla sağlık hizmeti üretmeye çalışmak. Doğru sağlık hizmeti üretmekten bizi uzaklaştıracak. (...) Finansal sürdürülebilirliği sağlayabilmek için de Bakanlık sürekli başhekimlerin üstüne baskı yapıyor. Hastane gelirlerini sürekli artırma baskısı yapıyor. **Hastane gelirlerini sürekli artırma baskısı da başhekimlerin hekimleri yönlendirmesi hekimlerinde gerçekten hastane gelirlerini sayısal olarak artırma yönünde işlemler yapıyorlar. (... Yani bir bakıyorsunuz ortopedi ve FTR karşılıklı çalışıyor. Ya da dâhiliye ile göğüs hastalıkları karşılıklı çalışıyorlar. Seni bir de o görsün. Seni bir de nöroloji gönderelim. Yani sürekli böyle bir mutlaka konsültasyon sayılarına falan bakılmalı yani ne kadar hasta müracaat etmiş bunların ne kadarı konsültasyon hizmeti almış bakılmalı.** Çünkü maliyenin yanı sıra konsültasyonlarda artarak hastanenin puanları artıyor. Hastanenin toplam hizmet puanını ne kadar artırırsanız hastanedeki ürettiğiniz sağlık hizmeti sayısını ne kadar artırırsanız (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Biz daha önce devlet hastanesiyken hasta doluluk oranımız %70'lerdeydi. ŞH modeliyle %95-100 oranında oldu. Hatta bazı bölümlerde yatacak yatak bulamıyorsunuz. Tabi bu model vatandaş açısından kabul gördü. Özel hastane modeli gibi insanlar rahat ediyor (İsmail Bey, Yönetici).

Niye fabrika sistemi? Çünkü birim zamanda çok hasta görmeniz gerekmektedir. Artı taşeron çalışma biçimi devreye giriyor yani emek gücünü bölüyorsunuz riski azaltmak, dağıtmak adına. Ve performans sistemiyle birlikte çok sayıda hasta görmeniz gerekiyor. Birçok yerde biz bunu gittiğimiz yerde, şehir hastanelerinde gördük. Bütün hastalar alınacak deniyor, hasta çevirmeyeceksiniz. Randevusuz gelen hastayı da almalı. Bütün acil serviste, yine bunu birçok hastada gözlemliyoruz acil vakaların hepsi şehir hastanelerine yönlendiriliyor. **112 doğrudan şehir hastanesine yönlendiriyor.** Geçen gün Sinan Adıyaman'da açıkladı, Ankara'da Mamak da bir acil müdahale gerektiren bir hasta 4 tane hastane atlanarak şehir hastanesine götürülüyor. Upuzun bir yol, oraya ulaşmanın getirdiği unsurlar, artı yani bu çok sayıda hasta görmeyi hedef olarak aldığımız zaman bu sefer tetkik istemeye başlıyorsunuz. İşte hastaları BT, MR gibi mesela radyografiye yönlendiriyorsunuz. **Buda gereksiz sayı artışına yol açıyor. (...)** Oda hastanın ihtiyacı olan tedaviyi en uygun, en yakın, en kolay verilebilecek yere değil, her koşulda şehir hastanesine yönlendirmeniz birçok ciddi olarak sağlık sorunları, belki hayatını kaybeder hastalarımız bu yüzden söz konusu olabilecek (Ali Bey, Akademisyen).

Bakanlık teknoloji yatırımlarıyla övünüyor. Ama Türkiye gereksiz teknoloji ve ilaç kullanımında lider ülke. Örneğin gereksiz antibiyotik kullanımında OECD birincisi ve antibiyotik direncinde ikincisiyiz. OECD liginde kişi başına en çok MR ve BT çekilen ve

yine aynı ligde cihaz başına en çok BT ve MR çekimi yapan ülkeyiz. Bir MR çekimi için ortalama 20 dk gerekirken, bizde bu süre yalnızca 7 dk. **Hal böyleyken MR ve BT cihazı sayısını artırmak, bununla övünmek...** (İrfan Bey, Akademisyen).

4.5.2.5.4. Olumsuz Yurt Dışı Örnekleri

Olumsuz yurt dışı deneyimleriyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Dezavantajı ya da olumsuz yönü açısından bakacak olursak birden çok sağlık tesisini bir araya toplamak bir dezavantajdı. **Daha, yani uluslararası örneklerine baktığımızda çok daha küçük ölçekli uygulanmış** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Kamu-özel ortaklığını tercih etmek için Türkiye'nin hiçbir öne sürebileceği gerekçesi yok. **Çünkü İngiltere'de başlayan bu sistemin 2000 yılların ortasında yanlış bir sistem olduğu, pahalı bir sistem olduğu, yolsuzluğa çok açık olduğu ortaya konmuş.** Öyle ki İngiltere parlamentosu bununla ilgili soruşturma açmış. Ve İngiltere'nin Sayıştay'ı Paund bazında bu yöntemin %70 daha pahalı olduğuna ilişkin resmi bir belge yayınlamış durumdadır. Bunların hepsi elimizde var. Toplumla da paylaşıyoruz. Ve bunlar biliniyorken ve İngiltere özellikle 2008'den sonra bu süreçten hızla vazgeçmeye çalışırken bizim 2009'dan sonra bu işi yapmaya bu kadar hırsla istekle soyunmamız sormamız doğru bir yaklaşım değil. Ben öyle düşünüyorum. (...) Bunu iki boyutta inceleyelim. Bir yurt dışında nasıl olmuş iki Türkiye'de nasıl olabilir. Bir yurtdışına bakalım İngiltere merkez kapitalist ülke bizimle kıyaslanamayacak kadar zengin bir ülke, bizimle kıyaslanamayacak kadar kaynakları fazla. Buna rağmen şimdi İngiliz ulusal sağlık sistemi bu bizde Şehir Hastanesi diye bilinen onların PFI diye kısalttıkları Kamu Finans Girişimi meselesinin onların sağlık sistemini çökerttiğini söylüyor. Onlarca rapor var. Hatta öyle ki sen de biliyorsundur geçen yıl İngiliz ulusal sağlık sistemindeki en büyük ihaleleri alan şirketlerden birisi Carillion aynı zamanda Kanada'da ihale almış bir şirket iflas açıklayınca sistemde bu şirketlere bağlı olduğu için İngiliz hükümeti ve Sağlık Bakanlığı bir anda tamam sen iflas ettin arkadaş çek git, biz başımızın çaresine bakarız diyemediği için ek hesaplamalara göre 150 milyon Pound ek kaynak aktarmak zorunda kaldı. **Şimdi buradan çıkaracağımız ders şu: İngiltere bu sistemi finans olarak sürdürüyor. Vazgeçti şu anda önümüzdeki seçim döneminde de en başında İşçi Partisi olmak üzere böyle bir sistemi tamamen ortadan kaldıracaklarını ilişkin kamuoyuna demeçler veriyor.** Bunun propagandasını yapıyor. **İngiltere'nin sürdüremediği bir sistemi biz nasıl sürdüreceğiz. Hem onun kadar zengin bir ülke değiliz.** Hem kaymalarımız onun kadar fazla değil (Kasım Bey, Akademisyen).

Bu global ölçekli bir projedir. Orijini İngiltere'dir diyebiliriz. Ancak İngiltere 2000'lerin sonlarından beri artık hiçbir sektörde hiçbir KÖO projesine izin vermiyor. Nedeni çok basit: **Bu modellerle gerçekleştirilen sağlık, eğitim kurumu, otoyol, demiryolu, havaalanı projeleri devletin klasik ihale yöntemiyle gerçekleştirdiğinden 2-4 kat daha pahalı.** Benzer bulgular başka yüksek gelirli kapitalist ülkelerde de mevcut. İşte buna İngiliz halkı, sendikaları uzun süredir itiraz ediyorlar ve hükümetlerine KÖO'ndan vazgeçmesi için basınç uyguluyordu. İngiliz hükümeti vazgeçti, ama kendisine bağlı bir yarı bağımsız kamu kuruluşu üzerinden KÖO işini Türkiye'nin de içinde yer aldığı 20 kadar düşük-orta gelirli ülkeye pazarlamaya başladı. 2017 sonuna kadar İngiliz hükümetinin iki bakanı bu kurumun yönetim kurulu üyesiydi. İngiltere bu kurum aracılığıyla bu ülkelerdeki KÖO projeleri için finansman sağlıyor, danışmanlık hizmetleri veriyor (İrfan Bey, Akademisyen).

Benimde onlardan hukukçulardan ve diğer iktisatçılardan öğrendiğim, gördüğüm kadarıyla genel olarak dünya deneyimleri kamu-özel işbirliği ile yatırımlar konusunda çok olumlu sinyaller vermiyor. Bu model bizde görece yeni olsa da dünyada başta İngiltere, Kanada olmak üzere pek çok ülkede ciddi bir deneyim birikmiş durumda. İngiltere de özellikle sağlık iş kolunda da deneyim birikmiş durumda ve ne yazık ki çıktıları çok olumlu gözüküyor. (...) İngiltere’de geçtiğimiz yılbaşında bu kamu-özel işbirliğiyle birlikte büyük projeler yapan bir şirket iflasını açıkladı. Onunla ilişkili ciddi biçimde bir zincirleme ekonomik sıkıntılar yaşandı. **Türkiye’de de ne yazık ki bu kadar aşırı borç yükünden dolayı ödeme sorunlarının oluşması ciddi bir kaygı unsuru** (Yavuz Bey, Hekim).

Şöyle, şimdi mesela İngiltere’den, Kanada’dan vesaire bahsediyoruz. Geçen seneydi Avrupa Birliği’nin kendi Sayıştay’ı Portekiz, İspanya ve Yunanistan’daki kamu-özel ortaklığı uygulamalarını özellikle denetledi. Deminden beri size anlatmaya çalıştığımı çok benzer arazlar buldu o ülkelerde de. **Ve sonuçta dedi ki kamu-özel ortaklığı finansman yöntemi vadettiği şeyleri yerine getiremiyor, daha pahalıya yapıyor, süre aşımı oluyor, projeler gereksiz olarak büyüyor, süreleri uzuyor. Dolayısıyla kamu-özel ortaklığı finansman yönteminden bizim beklediğimiz şey aslında oluşmuyor.** Ülkelerin bütçelerinde görünmeyen gölge borçlanmalar yaratıyor, uzun vadede ülke gelirlerini ipotek altına alıyor. Dolayısıyla kamu hizmeti finansmanı ve altyapının finansmanında bu yöntemi kullanılsa iyi olur, kullanılacaksa da Avrupa Birliği fonlarını kullanmayın dediler mesela bu ülkeler için Avrupa Birliği Sayıştay’ı (Çiğdem Hanım, Avukat).

O toplantıya İngiltere’den bir hoca geldi. İngiltere biliyorsunuz bu modelin bizim neredeyse birebir aldığımız modelin uygulandığı ülke ve orada bunu çalışan bir ekip var. Bu ekipten gelen hoca bize şöyle bir şey anlattı. Dedi ki, Bu örneği şunun için anlatıyorum aslında şu anda da bizim hastanelerimizde benzer şeyler yaşanıyor. **Dedi ki; eskiden bizim hastanemizde bir ampul patladığında biz onu kendimiz, kendi personelimiz gelir değiştirdi, en fazla 1 gün sürerdi. Şimdi o ampulün değişmesi 1 hafta sürüyor** (Cihat Bey, Akademisyen).

Yani zaten bu bütün dünyada bir şekilde özellikle İngiltere başta olmak üzere doğru yatırım olmadığı açık olarak ortaya konmuş. **Yani kamuyu şirketleştiren bir anlayış. İngiltere’de de son 5-10 yıl içerisinde kamu kaynaklarıyla sağlık tesisi oluşturulma süreci tekrar geri dönmüş oldu.** Yani bu tür bir yatırım ne kazandırıyor işte konuştuk. Sağlık hizmet niteliğini arttırmıyor tam tersi düşürüyor, zorlaştırıyor ulaşımı. (...) **İngiltere’de iflas etti bu şirketler.** Ve ne yaptı İngiltere bunu bundan kendisi model olarak vazgeçerken bunu geliştirmekte olan ülkelere pazarlamış oldu bir yerde. İrtibat büroları açtı bütün dünyada. Buralarda şehir hastanesinin kendilerinin terk ettiği modeli çok güzel bir şekilde iyi bir model olduğunu inandırarak ya da buna inanmaya hazır kesimlerle buluşarak oluşturmuş oldu (Ali Bey, Akademisyen).

İngiltere de hastaneler şehir dışına yapılmıyor. Eski yerine yapılıyor. İngiltere çok büyük değil ve ulaşım kolay yapıyor. İngiltere de önce planlar uzun süreç planları yapılıyor. Sonra hemen yapıyor. Biz ise önce yapıyoruz sonra planlıyoruz. Nedeni plan yapmıyoruz. Yer seçiminde plan yapmıyoruz sebebi karışık. Daha çok büyük şehirlerde problemler var. Küçük şehirlerde sorun olmuyor (Hamit Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleriyle ilgili yurt dışı deneyimlere bakıldığında kamu özel ortaklığı modelinin kullanımının pek de iyi bir model olmadığı yönünde değerlendirmeler

yapılmıştır. Bu modelin ilk ortaya çıktığı yer olan İngiltere'nin bu modelden vazgeçmesi dikkat çekmektedir. Bu modelle yapılan projelerin maliyetinin oldukça yüksek olduğu diğer ülkelerde görülen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle şehir hastaneleri yapılırken kamu özel ortaklığı modelinin kullanılması dezavantajlı bir durum olarak görülmüştür.

4.5.2.6. Şeffaflığın Olmaması

Şehir hastanelerinde bir diğer dezavantajlı durum ise şeffaflığın olmaması olarak belirtilmiştir. Bununla ilgili olarak kamuoyunun bu projeler hakkında yeterince bilgilendirilmemesi ve bilimsel araştırmalara izin verilmemesi gündeme gelmiştir.

Bunlarla ilgili katılımcıların beyanları şu yöndedir:

Sağlık kurumlarında uygulanan bu modelin bizde çok büyük kampüsler halinde uygulanması ve sende farkındasın kamuoyunu bilgilendirmeden, yeterli analizlerin yapıp yapılmadığından kamuoyu emin olmadan yapılması bir dezavantajdı (Pakize Hanım, Akademisyen).

Çok az bilgi vardı, kamuoyuna yönelik bilgilendirme yapılmamış. Bu modelin ne demek olduğunu bile doğru düzgün insanlar bilmiyorlar (Çiğdem Hanım, Avukat).

Yani doğrudan halka ya da hekimlere, meslek örgütlerine açıklanmıyor, bilgi olarak paylaşılmıyor (Ali Bey, Akademisyen).

Ama sağlık hizmetini biliyorsun binası sunmaz onun içindeki insan sunar. Dolayısıyla şehir hastanelerindeki sağlığa ilişkin diğer parametreleri bakılacak olursa. Ben bazı problemlerin yaşanma ihtimalini görüyorum. Özellikle hasta güvenliği ile ilgili. **Bu konuda somut bir şey söyleyemiyorum. Çünkü maalesef Sağlık Bakanlığı bunlarla ilgili hiçbir veriyi toplumla paylaşmıyor. Üstelik senin de bildiğin gibi benim en büyük itirazımın odağındaki konulardan bir tanesi ŞH adıyla bilinen bu kamu-özel ortaklığına ilişkin hiçbir sürecin şeffaf olmamasıdır.** Ticari sır gerekçesiyle belgelerinin saklandığı bir mekanizma toplum yararına olamaz. (...) Şeffaflık olmadığı zaman da bunları tartışmamız bilimsel düzeyde mümkün olmuyor. Zaten biliyorsun demokraside eğer şeffaflık yoksa bir hesap verebilme sürecinin işletilmesi de mümkün olmuyor. **Şehir hastane ilgili önemli problemlerden bir tanesi** (Kasım Bey, Akademisyen).

Çalışan açısından ve hasta açısından değerlendiriniz zaman yani geri bildirimlerde büyük olduğu için zannedersem hizmet üreten hekimler, hemşirelerde zorlanıyor. (...) Şöyle, bu konuda aslında çok net araştırmalar yok elimizde. Veriye dayalı bir şey söylemek bu açıdan çok mümkün değil. **Bu tip araştırmalar zorlukla yapılıyor özellikle izinler konusunda sıkıntılar çok yaşanıyor.** Özellikle de şehir hastanelerinde çalışanların bu konuda görüşlerini ifade etmeleri biraz daha hani kısıtlı olanaklarla mümkün (Cihat Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak şehir hastaneleri süreçleri ilgili veri ve bilgilerin kamuoyuyla paylaşılmasından dolayı katılımcılar şeffaflık noktasında eleştirilerini dile getirmişlerdir.

4.5.2.7. Özelleştirmenin Olması

Şehir hastaneleriyle ilgili olarak diğer bir dezavantaj durum değerlendirmesi olarak özelleştirmenin olması karşımıza çıkmaktadır. Bununla ilgili katılımcılar şehir hastaneleri sürecini kamunun sağlık hizmetlerine özel sektörün sokulması, özelin kamuya montelenmesi ve kamu özel sınırlarının muğlaklaştırılması şeklinde yorumlamaktadırlar. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Ama dediğim gibi devletin kendi arazisinde kendi hastanesinde kiracı duruma düştüğü ve 25 yıl boyunca ödeme yapmak zorunda kaldığı, torunlarımızı dahi borçlandırdığımız, içinde sağlık hizmetleri de olan çok önemli hizmetlerin bir anlamda özelleştirildiği ve şirkete devredildiği bir modelden söz ediyoruz. Aslında hani **genel çerçevesiyle baktığımız zaman devlet hastanesinin kamusal sağlık hizmetinin tasfiye edildiği ve bir çeşit özelleştirme modeliyle karşı karşıya olduğumuzu söylememizde mümkündür** (Yavuz Bey, Hekim).

Bu model kanımca özel sektörü kamu hizmetlerine yuvalandırmanın bir yolu ve biçimidir. Baktığımız zaman daha inşaat aşamasından başlayarak biliyorsunuz şehir hastaneleri süreci de Türkiye'de 28 yıllık sözleşmeler halinde yürütülüyor. (...) **Bu da aslında modelin biraz önce söylemeye çalıştığım kamu hizmetlerine, kamu hizmetlerinin altyapısına ve belli oranda işletilmesine özel sektörün yuvalandırmasına çok güzel bir örnek oluşturuyor.** Yani siz o sözleşmeyi o firma ile o konsorsiyumla yaptığınız andan itibaren onlara ciddi imtiyazlar vermiş oluyorsunuz. Onlara altyapıyı yapıp bir de üzerine kira ödeyerek, para vererek üstelik hastanenin çok önemli kısmındaki işletme kısmını da ona devrederek onu yuvalandırılıyorsunuz kendi hizmetinizi. (...) **Burada da kamunun özel sektörü bu işe teşvik edebilmek amacıyla desteklediğini ve bir şekilde kendi yürüttüğü sağlık hizmetlerinin ister altyapı deyin, ister farklı boyutlar deyin buraya yuvalandırdığını görüyoruz. (...) Bu da bizim aslında biraz önce söylemeye çalıştığım kamunun bu özel sektörü konsorsiyumu ya da bu özel mekanizmaları besleyici rolünü destekleyici rolünü hani açık olarak gösteren bir unsur diye düşünüyorum.** (...) Bu alanda kamu özel ortaklığını çeşitli biçimlerde uygulanmış hallerinden bir tanesi olan bu model biraz daha sağlık sektörüne farklı mekanizmalarla **özel sektörü monte edildiği bir model diye düşünüyorum. (...) 2000'li yılların ortalarında ve sonlarına doğru buna şey diyorlardı dünyada; kamu özel sınırlarının muğlaklaştırılması diyorlar.** Yani siz artık kamu nerede başlıyor nerede bitiyor özel nerede başlıyor nerede bitiyor göremiyorsunuz. Özel sektöre daha fazla kamusal sorumluluk yüklüyorsunuz ve onu kamu kaynaklarıyla besliyorsunuz (Cihat Bey, Akademisyen).

Dolayısıyla KÖO modeli burjuvaziye devlet eliyle kaynak aktarmanın, üstelik çok büyük ölçekli kaynak aktarmanın, en son model yoludur diyebiliriz. (...) KÖO projesi emperyalist ülkelerin sanayi atıklarını bizim gibi ülkelere satması gibi bir iş. Ellerinde ne kadar zararlı, çevreyi kirleten, finansman sorunu ve borç yaratan şey varsa bunu çevre ülkelere pazarlıyorlar (İrfan Bey, Akademisyen).

Bence şuan oluşmaya başladı bu zaten çünkü çok uzağa yaptıkları için hastaneleri insanlar aslında ne oluyor merkezde hastane kalmadıysa merkezde daha bilebildiği özel hastanelere gidiyor insanlar. Ya biz kamu eliyle böyle iki üç kanaldan özel sektöre para aktarmış oluyoruz. Baktığımız zaman (Çiğden Hanım, Avukat).

4.5.2.8. Diğer Dezavantajlar

Şehir hastaneleriyle ilgili diğer dezavantajlı durumlar bu hastanelerin misyon, vizyon ve profesyonelleşme eksikliğinin olmasıyla ilgilidir. Katılımcıların bunlarla ilgili ifadeleri şu şekildedir.

Esasında bizim belki tehdit grubunda zikretmemiz gereken bir olay ama şehir hastanelerinin misyon ve vizyonunun tam olarak belirlenmemiş olması en büyük tehdidimiz. Biz bu hastaneleri sağlık dönüşümünde nereye koyduk? Yeni bir konsept mi var karşımızda yoksa mevcut hizmetten daha kaliteli verilmesi amacı mı var? (...) Şimdi şehir hastanelerinin amaç misyon ve vizyon dediğimiz noktada biz sadece bu binaları yenileyerek kaliteli sadece sağlık hizmetini mi hedefledik yani bunu mu hedefledik yoksa sağlık hizmetinde yapı taşı dediğimiz sağlık personelin daha inovatif çalıştırılıp sağlık hizmetinde daha başarılı, ARGE'ye yönelik bir bilim yuvası halinde çalışması, güdülenmesi gereken yeni bir sağlık tesisini mi planladık? Biz bunu bilmiyoruz açıkçası. **Yani modernizasyon mu? Yeni bir çağ aşmak mı? Yani tam bir netlik yok.** Yani yönetim noktasından baktığımız zaman, bir kafa karışıklığı durumu var. (...) **Şehir hastaneleri sürecine gelecek olursak şehir hastaneleri bir kere en başında söylediğimiz gibi tanımının netleştirilip ve bunlar için en büyük risk olan misyon ve vizyon belirsizliğinin ortadan kaldırılması gerekiyor** (Burak Bey, Uzman).

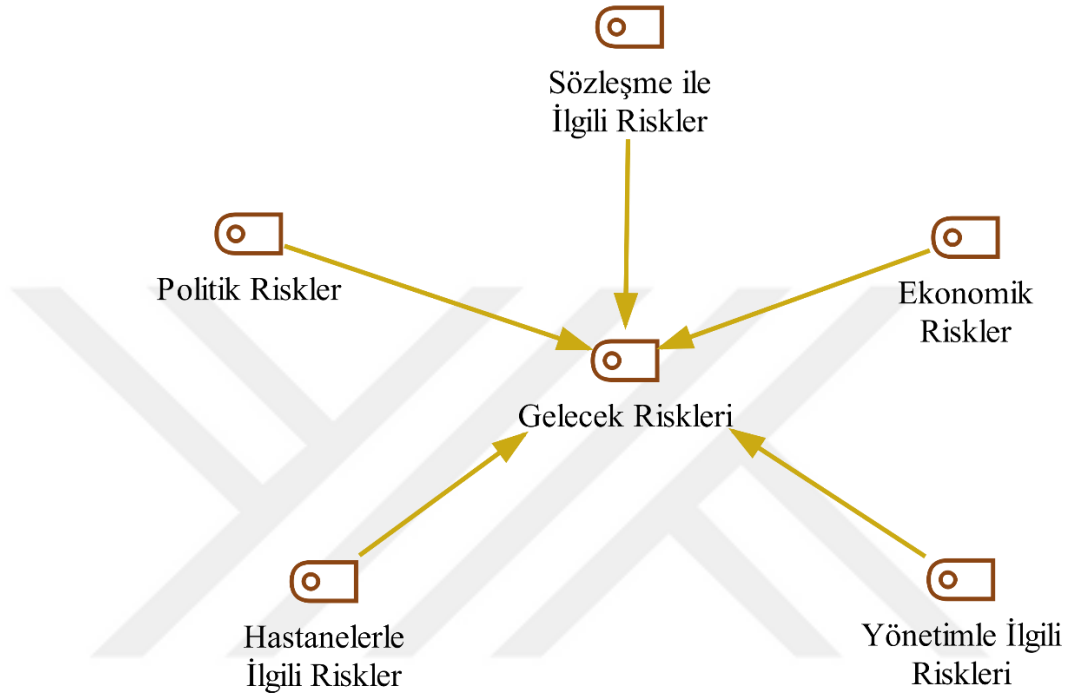
(...) **Aslında biraz önceki bahsettiğimiz konu şehir hastanelerinin planlaması ve politikasıyla ilgili bir kafa karışıklığı, misyon ve vizyonun ne olduğuyla alakalı soru işaretleri olduğunu söyleyebilirim.** Hatta ona bir örnek daha vereyim. Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, adı şehir hastanesi. Balıkesir'de yine Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi. Adları şehir hastanesi ama işleyişleri değil. Mesela şehir hastanesi diyorsak bir yere onun adı ona özel olmalı. Yani başka bir yer onun adını kullanamamalı. Şimdi hangisi şehir hastanesi hadi çık işin içinden. Nasıl bileceksiniz. Adı şehir hastanesi olunca sistemi de öyle olmalı yani bu bile bir yanlış anlaşılma. Şehir hastanesi sanki bir çocuğa isim vermek gibi hani beğeniyorsun çocuğun oluyor adını yeni hastane yapıyorsun adını şehir hastanesi koyuyorsun. Misyon ve vizyon olarak plan, politik olarak bunların netleştirilmesi gerektiğini ifade ediyorum. Şuanda hiçbir şey belli değil (Mehmet Bey, Uzman).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin misyon ve vizyon eksikliğinin olduğu katılımcılar tarafından vurgulanmıştır.

4.6. ŞEHİR HASTANELERİNİN GELECEK RİSKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Şehir hastanelerinin gelecek risklerini belirlemek amacıyla katılımcılara “Şehir hastanelerini gelecekte öngördüğünüz riskler üzerinden değerlendirebilir misiniz?”

sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri cevaplar kodlanarak bu kodlar çeşitli temalarda gruplandırılmıştır. Katılımcıların verdikleri cevaplar “Ekonomik Riskler”, “Politik Riskler”, “Yönetimle İlgili Riskler”, “Hastanelerle İlgili Riskler” ve “Sözleşmelerle İlgili Riskler” olmak üzere beş alt temada toplanmıştır. Elde edilen temalara ait kavram haritası Şekil 4.12’de gösterilmiştir.



Şekil 4.12. Gelecek Risklere İlişkin Kavram Haritası

4.6.1. Ekonomik Riskler

Bu temada katılımcılar maliyetlerin yüksek olması, bütçeye yük oluşturmaları, ödemelerin dövizle endeksli olması, talep garantilerinin olması, özel sektör riski ve finansal sürdürülebilirlikle ilgili problemlere vurgu yapmışlardır.

Bütçe problemleriyle ilgili bazı katılımcılar şu ifadeleri kullanmışlardır:

Şey düşünülseydi, bu projelerin gelecek bütçe üzerine. İki tane şey düşünülmesi gerekiyor burada. Bir, tüketiciler gerçekten ödeyebilir mi? Buna şey diyorlar Absolute Affordability (Mutlak Ödenebilirlik). Bir de Relative Affordability diyorlar (Göreceli Ödenebilirlik). Yani bir iki kere ödüyoruz bu projeleri. Bir kullanırken ödüyoruz bir de vergi geliriyle ödüyoruz. Şimdi, bu ikisinin testi yapılmıyor bizde. **Yani Sağlık Bakanlığındaki veya devletteki arkadaşlar oturup da ya bu projeleri biz gelecekte bakanlık bütçesiyle ödeyebilir miyiz demiyorlar yani. Demedikleri müddetçe de riskler çıkıyor hep bizim başımıza** (Umur Bey, Akademisyen).

Umur hocanın zaten yaptığı hesaplamalara baktığınız zaman 10 seneye kadar neredeyse **Sağlık Bakanlığının bütçesinin %60'ını yutacak bir yapıdan bahsediyoruz.** Bu

devasa bir rakam, korkunç bir rakam. **Bu ne demek sonuçta; geri kalan hiçbir şey, para kalmıyor demek.** Biz memleketin geri kalan hastanelerine, yenisini yapmayı geçtim mevcutların işte mevcutların onarımını bakımını yapamayacağız demektir (Çiğdem Hanım, Avukat).

İkinci bir unsur ölçeğin bu kadar büyümesi ve maliyetlerin artması da hastanelerin bütçelere çok ciddi yok edilecektir. Bir süre sonra bu sürdürülemez hale gelirse hastane altyapıları ciddi bir şekilde etkilenebilir. **Bu da gelecek açısından bir risktir ve hizmet kalitesine de yansır** (Cihat Bey, Akademisyen).

İşten çıkartmalar bununla birlikte paralel olarak söz konusu olabilir çünkü İngiltere modelinden de biliyoruz. **Bütçeye zorluk getirdikçe nitelik düşüyor bir, ikincisi işten çıkartıyorsunuz ki dengeyi maliyeti azaltabilir.** Bunlar ciddi problem gibi duruyor. Halktan katkı ve katılım payları gündeme gelebilir (Ali Bey, Akademisyen).

Bütçeye getireceği mali yük sağlık turizmine yönelik aktif uygulamalar politikalar ile afiliasyonla azaltılabilir (Mustafa Bey, Yönetici).

Sağlık bakanlığının ben şunu tahmin ediyorum. Rakamlarda da öyle. SB gelecekte hiçbir şeye yatırım yapamayacak ve hiçbir hizmeti sunamayacak. **Sadece tüm bütçesini şehir hastanelerine verecek.** Kamusal sağlık hizmeti ya da koruyucu sağlık hizmeti açısından da şuan oldukça kötü noktada olduğumuzu düşünüyorum (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin maliyetlerin yüksek olması ve gelecek ciddi bir risk oluşturabileceğini Cihat Bey ve Ali Bey şu cümleleriyle açıklamıştır:

Şunu söylemek istiyorum; **maliyet bu kadar yüksek olduğu için** kamu zaten bir ekonomik darboğaza girdiğinde bunu kaldıramıyor. Yani mevcut ihalelerin durdurulması bunu gösteriyor. Çünkü muazzam bir yük getiriyor. Siz 25 yıl boyunca hatta inşaatı katarsanız 28 yıl boyunca o firmaya düzenli ödeme yapmak durumundasınız. Ve o firmanın neredeyse bütün ihtiyaçlarını karşılamak durumundasınız. Bu açıdan da değerlendirdiğimizde bu modelin **Türkiye'yi belli anlamlarda finansmanı çok zora sokacağı şimdiden görünüyor** (Cihat Bey, Akademisyen).

Şimdi biraz öncede konuştuğumuz gibi burada ticari sır olarak kabul edilen sözleşmeler söz konusu ve bunların bildiğimiz kadarıyla **getirdiği yükler çok fazla. Öncelikli olarak bu giderek ülkenin hem mali yapısını bozacak bütçede ciddi açıklar ortaya çıkaracak** ve sonuç olarak sağlık alanında başka yatırım yapılmasına engel olabilir (Ali Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri ödemelerinin dövizle endeksli olması bazı katılımcılar tarafından risk olarak şu şekilde değerlendirilmiştir:

Ve bu anlaşmalar dolar üzerinden yapılmış. Evet 4-5 yıl önce dolar çok değişmiyordu. Ama bizim gibi ekonomisi her 3-5 yılda kırılan olan ülkelerde böyle bir anlaşma yapmak **geleceği öngörememek kesinlikle.** Siz biliyorsunuz ki bu ülkede ekonomik kriz her 10 yılda bir 10 yılı aşmaz çıkar. Ne olur dolar fırlar. Belli bir süreden sonra insanlar bu krize alışır yaşam böyle devam eder gider. Ama burada ödenen paralar miktarlar çok yüksek olduğu için ve dolar üzerinden olduğu için ve benim bildiğim kadarıyla o günkü kur üzerinden, kur sabitlemesi yok diye biliyorum ben. **Bu yüzden ülke ekonomisini de çok ciddi sıkıntıya sokacak** (Adem Bey, Akademisyen).

Bunlar dövizle endeksli, 3 ayda bir revize ediliyor oradaki tüm ödeme planları dövizle ilişkili olarak. Bilkent Şehir Hastanesi 250 milyon olarak kira bedeli belirlenmiş, yapıldığı zaman 1250'ye çıkıyor, 5 kat artıyor. Çünkü baştaki belirlediği sayının çok dışında. (...) Bu ekonomik kriz de yapar bir taraftan. Döviz oynadığı zaman dün de örneklerle gösterildi. 10 kuruş oynadığında neredeyse bize bir hastane yapılacak kadar para elimizden gidiyor (Ali Bey, Akademisyen).

Sözleşmelerle ilgili çok büyük sorunlar var. **Bir tanesi hep dövizle bağlamışlar** (Halil Bey, Yönetici).

O kadar ki bu sene bir torba yasa görüşmeleri sırasında yine şehir hastaneleri ile ilgili bir düzenleme yapılıyordu. Plan bütçe komisyonu üyelerine **dövizle endeksli ödemelerin zararlarından Sağlık Bakanlığını kurtarmak için bir değişiklik yapmak istediklerini söylediler** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Şehir hastanelerinde talep ya da ödeme garantisinin olmasını bazı katılımcılar risk bağlamında ele alarak şu şekilde yorumlamışlardır:

Türkiye’de de ne yazık ki bu kadar aşırı borç yükünden dolayı ödeme sorunlarının oluşması ciddi bir kaygı unsuru. Bunu sadece ben söylemiyorum aslında biliyorsunuz Devlet Planlama Teşkilatı Kalkınma Bakanlığına dönüştü. Kalkınma Bakanlığının raporlarına da bakarsanız son 3 yıldaki raporlarının her birinde **bu risklere değiniliyor. Yani bu ödeme garantileri, talep garantisi dediğimiz bu garantiler eminim ona da bu söyleşimizde gelebiliriz. Son derece önemli bir başlık, aynı köprülerde, otoyollarda olduğu gibi burada da bazı hizmetlerde hizmet garantisi söz konusu.** Biz hasta garantisi dediğimiz zaman ne yazık ki bir tepkiyle karşılaşıyoruz Bakanlıktan ama hasta garantisi olmadan hizmet garantisi de olamayacağına göre aslında **bir anlamda bir hastalanma garantisi, hastayı oraya götürme garantisinden söz ediyoruz.** Ve Sayıştay raporuna da yansımış durumdaki bazı hizmetlerde bu garantilerin altında kalınmış durumda (Yavuz Bey, Hekim).

Şöyle, biz mesela bu hastanelere verdiğimiz **garantileri karşılamak için aslında kapatıyoruz mevcut hastanelerimizi.** Başka niye kapatıyoruz. Dolayısıyla bizim vatandaşımızın ve çalışanların buraya gitmeyi istemediklerinde gidebilecekleri yer bırakmıyoruz. (...) **Zaten bir doluluk garantisi vesairesi işleri zaten bence epey insanın midesini bulandırdı** (Çiğdem Hanım, Avukat).

Siz doluluk garantisi verdiniz mi vermediniz mi? Bu konuda çok değişik farklı ifadeler var. İlk görüş doluluk garantisi diye bir şey vermedik diyen Sağlık Bakanlığı açıklamaları var. Sözleşmeleri görmeden tabi ki verdiniz diye ortaya çıkmak mümkün değil ama bu işlerin içinde vakti zamanında sözleşmeleri görmüş yap-işlet-devret projelerinde, enerji sektörlerinde birisi olarak. Kuvvetle muhtemel Bakanlık bunu vermiştir. Bu garantiyi verdiğiniz zaman iş zaten **özel sektör riskini bertaraf etmiş anlamına gelir.** Bu işlerin esprisi bir özel sektörün bir işin içerisinde yer alması için ve bunun adına da kazandığı gidere fiyat diyebilmek için rekabetçi piyasa koşullarında elde etmiş olması gerekir. **Riski üstlenmiş olması lazım. Rekabet olmadan fiyat olmaz. Onun adı başka bir isim olur. O başka ismi ben burada dile getirmeyeyim** (Selim Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin finansman ve finansal sürdürülebilirlikle ilgili risk ve kaygılarını bazı katılımcılar şu şekilde açıklamıştır:

Çok ciddi kaygılarımız var şehir hastanelerinin geleceğine dair. Özellikle baştan konuştuğumuz hani sizin de eminim daha detaylı biçimde araştıracağınız finansmanla ilgili sıkıntılar, darboğazlar şehir hastanelerini önümüzdeki dönem daha da sıkıntıya sokacağından kaygı duyuyoruz. (...) Dolayısıyla başta finansman olmak üzere bir takım riskler ciddi biçimde devletin kendi kurumlarının da raporlarına yansımış durumda (Yavuz Bey, Hekim).

Dolayısıyla en önemli tehdit gördüğüm unsur sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda getireceği olumsuz tehlikelerdir. **Finansmanın sürdürülebilirliğini, bütçe sıkıntılarından tetikleyebilecek bir potansiyel taşımaktadır bence şehir hastaneleri.** Dolayısı ile bu yönüyle baktığınızda hani önümüzdeki 10 yıllar içerisinde bu hastanelerin hem hizmet kalitesi hem finansal açıdan etkilerini izlemek gerekir diye düşünüyorum. (...) Yani hastanelere ve diğer şeyleri ödenen kiralar ya genel bütçeden farklı kalemlerden para transfer ederek ya da sağlık bütçesi içerisine konarak yapılacak. Bununla ilgili 1-2 yıl öne bir düzenleme yapıldı. Sağlık Bakanlığı bütçesine bunun için özel bir kalem kondu diye biliyorum. Oradan bu ödemeler yapılıyor. O da hastanelere yansıtılması ve hastane döner sermayelerini zorda kalmasın diye bir miktarda. **Bunun çok sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum (Cihat Bey, Akademisyen).**

Şimdi finansal sürdürülebilirlik çok önemli çünkü sen zarar eden bir yerde devamını getiremezsin yani çünkü o tamamen yok olmaktır. Mevcut hastanelerin kaynaklarını da buna kullanmak zorunda kalırsın ve tümünden bir geriye gidiş olur. **Şu anda kârlılık noktasında bazı sorunlar yaşadığını duyuyoruz ilgili çalışma arkadaşlarımızdan.** Olabiliyor bu tür duyumlar. Kârlılık olan alanlar da var ama dediğim gibi yani bu olayı gerçekten özel bir ekip gerektiriyor (Mehmet Bey, Uzman).

Ben finansal olarak sürdürülmesinin çok zor olacağını, sürdürmek için ek kaynak yaratılacağını ya da yaratılmak zorunda kalınacağını, bu ek kaynağında aslında Sağlık Bakanlığı'nın sunması gereken diğer hizmetlere de olumsuz etkileyebileceğini öngörüyorum (Kasım Bey, Akademisyen).

Hastane olarak personel maliyeti arttı. Otelcilik hizmetlerinin maliyetleri arttı. Kaliteli hizmetler için maliyet devlet açısından arttı. Acıbadem kalitesinde iş ve yemek isterseniz burada maliyetlerin artması normaldir. Yemek dağıtım maliyeti bile var. Yani ŞH her türlü maliyet arttı. Basiretli devlet adamı düşünmeli bunları görmeli, maliyetleri iyi hesaplanmalı bu kalitede hizmetin maliyeti olacak. Sürdürülebilirliğini eski sistemde de bu durum vardı. Masraf arttı. Bunu nasıl ödenecek masrafların hepsini SGK'dan karşılaması mümkün değil. En azından bina maliyetini karşılayamaz. Doğal olarak yetmeyecektir. SB bütçesini artırması gerekir. Bütçeden karşılayamıyorsa sağlık turizminden gelir elde etmesi gerekir. **Aksi takdirde bu maliyetler karşılanamaz. Finansal risk vardır. Sürdürülebilir olduğunu pek öngörmüyoruz (Hale Hanım, Yönetici).**

Umur Bey şehir hastanelerinin gelecekteki mali yükümlülüklerinin ciddi bir risk oluşturmamasını şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Bu hastanelerden kaynaklanan mali yükümlülükler gelecek yıllar bütçesi üzerine çok büyük tehdit yaratacak. Ne açıdan tehdit yaratacak; tüm hastaneler devreye girdiğinde şu andaki kira ödemeleri şu andaki Sağlık Bakanlığı kira ödemelerinin üçte ikisi olacak. **Bütçenin üçte ikisini donduracağız. Gelecek nesilde bütçenin o kısmına müdahale edemeyecek.** Çünkü kira ve hizmet bedeli geri ödemelerini de tahsil etmiş olduk. Sağlık politikaları geri kalan üçte birle finanse edilecek devlet tarafından. Yani

100 liranın 33 lirasını kullanabilecek gelecek nesiller, 66 lirasını borç kullanacaklar. Sağlık Bakanlığı bütçesini özel bir çabayla arttıramazsak. Bu hem mevcut hastanelerdeki çalışacak sağlık personellerinin maaş ödemeleri dâhil bir sürü açıdan sorun çıkaracak veya geri kalan hastanelerde yeniden inşa, yapım-onarım, bakım-onarım gibi hizmetlerin verilmesinde aksaklıklara neden olacak (Umur Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde özel sektörden kaynaklı riski Umur Bey şu şekilde açıklamaktadır:

Yarın bu şirketler bataabilirse ki bataabilir, niye bataabilir bu kadar kârlı bir iş batır mı hocam diyeceksin. Batar. **Çünkü bu arkadaşlar rahat durmuyorlar kırk dalda oynuyorlar. Farklı sektörlerde oynuyorlar, koca koca bina projeleri var.** Yani tek şehir hastaneleri projeleri üzerinde çalışmıyorlar. **Ve projeler arasında para aktarıyorlar.** Bu karlı projeleri zararlı projelere para aktararak para aktararak burayı da zararlı hale getiriyorlar. Yarın bu zararlı projeler patladığı zaman, ödeyemedim dediği zaman şehir hastanelerine kaynaklanan kredi borçlarını getirip devletin üzerine yıkıp al abi dükkân senin olsun diyecek. Bizimkilere de diyecekler ki yıllardır siz bu müteahhitleri sevmiyordunuz, beğenmiyordunuz al devletleştirdik diyecekler. Biz ona da itiraz edeceğiz. (Umur Bey, Akademisyen).

Bu tema altında şehir hastanelerinin ekonomik risklerinden bahsedilmiştir. Gelecekte planlanan diğer şehir hastaneleri de açılırsa bütçe üzerinde ciddi bir risk oluşturacağı vurgulanmıştır. Şehir hastanelerinin yüksek maliyetleri finansal olarak sürdürülebilir bir yapıda olmadığına dikkat çekilmiştir.

4.6.2. Yönetimle İlgili Riskler

Şehir hastanelerinin gelecekteki yönetim riskleriyle ilgili yönetimde kamunun yetersiz olması, yönetim reflekslerinin yitirilmesi, karmaşık çalışma biçimleri olması, denetimin zorluğu, kutuplaşmanın olması ve problemlerin ilerde patlak vermesi gibi konular dikkat çekmektedir.

Serdar Bey şehir hastanelerini gelecekte kamunun tek başına yönetemeyeceğini şu şekilde ifade etmiştir:

Kamu bu işi götüremez. Çünkü tek başına yönetmez. Yönetmediğini geçmişte gösterdi zaten. İşte devlet hastanelerin durumu ortada. Kaç kişi memnun ki bu hastanelerden. Yani özel sektörle beraber olması bir etkileşim olması kamuyu da etkiliyor, özeli de etkiliyor (Serdar Bey, Yönetici).

Şehir hastanelerinin gelecekteki risklerinden bir tanesi de yönetim reflekslerinin yitirilmesidir. Nazlı Hanım ve Harun Bey bu durumu şu şekilde açıklamıştır:

25 yılın sonunda hastaneler devredildiğinde yönetilebilir mi? Kamu yönetim hafızasını kaybetmeden bu hastaneleri devir aldığı anda yönetebilir mi? **Sorusunu kendimize sorduğumuzda yapamayacak, yapamayacak çünkü neden hem güncel olarak o trendlerden tamamen uzak kalmış olacak. Hem de sektördeki işte, tedarikçilerden**

uzak kalmış olacak. Çünkü bu işlerin hepsini işte özel sektöre devrettiği için ciddi şekilde hem iletişim problemi yaşayacak, hem de profesyonel olarak karar vermede çok zorlanacak. Çünkü şimdi bu kararları o vermiyor. Özellikle geçmişte mesela dediğin gibi kamunun başhekim ve hastane müdürü bu işlerin içinde yer alırken bugün tamamen sıyrılmış durumdalar (Nazlı Hanım, Akademisyen).

En büyük risk bu binayı 25 yılsonun da veya 28 yılsonunda kamuya devredildiği zaman kamunun işletilebilmesidir. Kamunun işletebilme yeteneğinin olması. **Çünkü o refleksden siz 28 yıl uzaksınız. Ve içerdeki iki tane teknik personelle bu işi yapma şansınız yok.** Bunu zaten ihale etseniz de dahi elinizdeki bütün cihazlar ve malzemeler 28 yıllık ve belli bir miadını doldurmuş malzemeler. En büyük sorun bu elinizde 28 yıllık bir bina olacak 28 yıllık bir alt yapı olacak ve firma çekildiği zaman bunu siz yöneteceksiniz. **Bunu yönetmedeki zorluklar risk olarak değerlendirilebilir. Yani kamu yönetim yetisi kaybedecek ve yönetirken zorluk çekecek** (Harun Bey, Yönetici).

Yönetimde karmaşık çalışma biçimlerinin olmasını Cihat Bey ve Ali Bey şu şekilde ifade etmektedir:

Bir başka sıkıntı ve sorun alanı şu: Şehir Hastanesi'nde çalışan personellerin çalışma biçimleri arasında da farklılık artmış durumda. Bakıyorsunuz kamuya ait olanlar da işte 657 var. Sözleşmeli çalışanlar var, 4B'liler var, Bakanlığın kendi çalışma biçimleri içerisinde çalışanlar var. Firma tarafında bambaşka şeyler var. Örneğin radyoloji hizmetlerini bir başkasına devretmiş o firmada cihaz ve personel alıyor. Laboratuvar hizmetlerini ayrı yere devletmiş bütününü kendi personeli ile de çalışmıyor. Kendi içerisinde de farklı farklı alt taşeronları olan karmaşık bir çalışma biçimleri yapısı ortaya çıkıyor. **Bu da gelecek açısından çalışma koşullarında eşitsizlik, ücretlendirmeler de eşitsizlik, özlük haklarında eşitsizlik gibi sorunlar ve sıkıntılar yaratabilir** (Cihat Bey, Akademisyen).

Bu tabi uzmanlık eğitimiyle ilgilidir. Şimdi bir kısmı uzmanlık eğitiminde bu genel bir sorun, burada özellikle Bilkent'te ortaya çıkmış olacak. Üniversite kadrosunda olanlar var, Sağlık Bakanlığı kadrosunda olanlar var. **Bunların özlük hakları farklı, aldıkları para, performans değerleri falan hepsi çok farklı. Mesela bu bir sorun oluşturuyor bu tür yerlerde çünkü karma bir şey oluşturuyorsunuz ya aynı işi yapıyorsunuz.** Siz başka bir kadrodasınız öteki başka bir kadroda. Sizin yaptığınız iş aynı olduğu halde sizin de aldığınız farklı diğerinin de farklı (Ali Bey, Akademisyen).

Nazlı Hanım şehir hastanelerinin devri söz konusu olduğunda bunların yönetim olarak denetim riskini şu şekilde ifade etmektedir:

Çünkü özel sektör artık çıkarken sistemden bu 25 yıllık sözleşmenin sonunda çıkarken acaba hastaneleri evet bakımından onarımından ve sürekli yenilenmesinden sorumlu ama bu işin **denetimini kim yapacak.** Hangi tıbbi cihazlar bize sürekli yenilenecek. Eski tıbbi cihazlarla mı kalacağız. Yataklar 25 yılın sonunda ne olacak (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör arasında kutuplaşma riskini Nazlı Hanım şu şekil vurgulamaktadır:

Belli bir süre sonra hem kamu tarafındaki yöneticilerde hem de özel sektör tarafındaki yöneticilerde artık belli bir süre sonunda olaylar karşısında. Hani kompanse etmek, tolere etmek bir süre sonunda mümkün olmamaya başlayacak. **Ve taraflar gerçekten**

kutuplaşmaya başlayacak. Şimdi mümkün olduğunca birbirlerini daha alttan almaya çalışıyorlar. Sorunları daha iyi bir yaklaşımla çözmeye çalışıyorlar. **Belli bir süre sonra kamu ve özel sektör olarak ciddi şekilde kutuplaşmaların olacağını düşünüyorum** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde yönetim riski olarak problemlerin görmezden gelinmesini Nazlı Hanım şu cümleleri ile açıklamaktadır:

Şu an çok iyi bir şekilde sorunların çok yüzeye çıkmamasının nedenin de siyasi iradenin bu yönde iyi sonuçlar almak istemesi olduğunu düşünüyorum. **Aslında sorunlar çok daha önce su yüzüne çıkacak ama hem özel sektör tarafından hem de özellikle kamu yöneticileri yani hastane yöneticileri birçok sorunu şimdilik görmezden geliyorlar.** Çünkü siyasi irade onlardan bu hastanelerin iyi işlediği yönünde sonuçlar beklediği için sonuç yönelimliyiz. Sonuçlara yönelik düzenlemeler yapıyoruz. Ama onların da kısa vadeli olacağını düşünüyorum. (...) **Misyonun bittikten sonra her hastane kendi şeklinde herhangi bir örnek gösterilmeyecek noktaya geldiğinde sorunlar mutlaka patlak verecek** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Sonuç olarak gelecekte şehir hastanelerinde bazı yönleriyle yönetim riskleri yaşanma durumlarına dikkat çekilmiştir. Kamunun bu işi tek başına götüremeyeceği vurgulanmıştır. Bunun yanında yönetim reflekslerinin yitirilmesi ciddi bir risk olarak değerlendirilmektedir. Hastanelerdeki karmaşık çalışma biçimleri ve denetim zorluğunun olması bir risk unsuru olarak önemli konumda durmaktadır. Son olarak ilerleyen zamanlarda özel sektör ve kamu arasında kutuplaşmalardan kaynaklı riskler ortaya çıkabileceğine ve bazı nedenlerden dolayı problemlerin baskılandığı vurgulanmıştır.

4.6.3. Sözleşme İle İlgili Riskler

Sözleşmelerin uzun vadeli olması ve teknoloji yoğun hizmetlerde uzun süreli sözleşmelerin imzalanması bir risk olarak değerlendirilmektedir. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Riskin kendisi 25 yıllık sözleşme imzalanmış olmasıdır. **Uzun vadeli sözleşme imzalanması devlet açısından her zaman bir risk barındırır.** Geremediği halde hani bir söz vardır; gerekmediği zaman savaş bir cinayettir diye. Sanıyorum Atatürk'e ait. Zorunda kalmadıkça, birileri size saldırmadıkça savaşa girmek ya da varlığımızı tehdit eden bir durum yokken savaşmak cinayettir. **Varlığınızı tehdit eden bir sorun yokken uzun vadeli sözleşme imzalamak da kamu çıkarı açısından bir cinayettir.** (...) Yani değişeni neyse, adam çocuğuna takılıyor ya zaten doğmuş olman bir dünya felaket gibi skeçlerde, komedi programlarında. **Bu sözleşmelerin bizati varlığı risk** (Selim Bey, Akademisyen).

Çok daha önemlisi, dünya teknolojinin yoğun olduğu alanlarda bu sözleşmeleri imzalamayalım diyor. Uzun süreli sözleşme imzalamayalım diyor. Şimdi onkoloji hastanesi var. Ben onkoloji için, kanser için şu anda bildiğim bir tedavi yöntemi var. Ne biliyorsam işte kemoterapi yapılacak. Cihaza gireceksiniz kemoterapi yapılacak. Ben

şimdi dedim ki bu kemoterapi cihazını al dedim bu arkadaşla, aldılar. 5 sene idi sözleşmesi şimdi 10 yıla çevirdiler. 3 yıl sonra insanlık bir şey buldu. Yeni bir cihaz buldu bu cihaz eskidi. Ben ne diyeceğim şimdi sana? At bu cihazı, yeni cihaz al diyeceğim. O da diyecek ki niye atayım, ben bu sözleşmeyi bu cihaza yatırım yaptım diyecek. Ben bu cihaza para verdim. Kendi kârını düşünecek. Kamuda diğer taraftan vatandaşın sağlığını düşünüp hizmet üretmeyi isteyecek. O cihazda lazım bana ne yapacağız biz şimdi? Hadi buyur gel sözleşmeyi revize et, nasıl edeceksen et. 600 kalem tıbbi malzeme var. Hepsi ileri teknoloji. İnsanlık hepsinin daha ilerisini bulmak için çalışıyor. 10 yıl o cihazların kullanılması mümkün değil. **Biz o cihazların sözleşmesini yaptık.** Ben iki yıl sonra seni çağıracağım. Diyeceğim ki Durmuş onu at bunu al. Niye diyecek ben para veriyorum bunlara diyecek? Çocuk oynuncağı mı diyecek? (Umur Bey, Akademisyen).

4.6.4. Hastanelerle İlgili Riskler

Hastane ilgili riskler arasında yatak doluluk riski, malpraktis uygulamalar, enfeksiyon riski, inşaat ve bina riski, sağlık hizmetlerinin devri riski ve erişim riskleri gibi konular yer almaktadır.

Yatak doluluk riski ile ilgili bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Deminden beri hep riskten bahsediyoruz zaten. **Şimdi bu şehir hastanelerinin kapasite fazlalığı sorunu var. Yeteri kadar kullanılmayacağını düşünüyorum.** Demin söylemeyi unuttum **yatak doluluk kapasitesi açısından** Meksika'nın arkasından ikinciyiz. OECD rakamlarına göre. Bizde doluluk oranı %63. **Biz yatağı dolduramıyoruz** hastanelerde. Mevcut hastanelerimizdeki yataklar dolmuyor. Yani dünyada Meksika'dan sonra ikinci olmamıza rağmen yine de dolmuyor. OECD verileri içerisinde. Yok, sondan ikinciyiz. Amerika'da falan dolduruyorlar oralarda %80-90'a çıkarıyorlar. Biz daha da büyüttük kapasiteyi bu hastaneyi kullanılmayan bir hastane yaptık yani şuan. Kullanmayacağız, atıl kapasite ama parasını vereceğiz. Yapacak bir şey yok yani bir kere yapıldı. Sözleşmede imza vardı. **Bu bir kapasite sorunundan kaynaklanacak** (Umur Bey, Akademisyen).

Gene aynı şekilde bize ulaşan bilgilerde görüyoruz ki hizmet alımı %70 doluluk oranına göre yapılıyor. Bunun anlamı %65 olursa o hastanenin doluluk oranı. %70 gibi o ücret şirketlere ödenecek. Bir tane bu noktada altını çizelim, sağlık istatistikleri yılına göre son yıllardaki veriler **%70'in altında Sağlık Bakanlığı hastane doluluk oranı.** Yani %67-68 gibi değişiyor oralarda. Bu ortalaması tabi. Orada bakanlık açısından, hastanenin kapatılması hükümet açısından, hastanenin kapatılmasının önemi daha iyi ortaya çıkıyor. Çünkü siz mevcut hastaneler ek olarak bunları yaptığınız zaman o %70 oranını yakalamanız mümkün değil. Ha şimdi de düşünürsek ortalaması %67 olduğunda o zaman sizin her şeyi bu hastanelere yönlendirmeniz lazım ve hani bu ilk başta konuştuğumuz soruna tekrar bizi götürüyor (Ali Bey, Akademisyen).

Şimdi bu parametreler üzerinden yani yatak sayısı, yatak başına düşen kapalı alan, yatak **doluluk oranı, gibi parametreler açısından baktığımızda karşımıza ciddi problemler var.** Örneğin Eskişehir Devlet Hastanesinin yatak doluluk oranlarına ilişkin geçtiğimiz aylarda bir sunum yapıldı. **Anlaşıldı ki dâhiliye gibi branşlarda dahi yatak doluluk oranı %70lerin altında seyredir. Çocuk cerrahisinde dermatolojide %50 altına düşen yatak doluluk oranları var. Ben bugün Bursa şehir hastanesindeydim. Bir sürü klinik boş. Bugün itibarıyla söylüyorum size ben kendi gözlemlerimi** (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde malpraktis uygulama risklerini Umur Bey ve Kasım Bey şu cümleleriyle vurgulamaktadır:

Bir katta 105 tane ameliyathane varmış. Bir katta 105 tane ameliyathane. **Yani şöyle bir ameliyata hazır olabilirsiniz; sağ gözünden ameliyat olacak yazarken içeride doktor sol gözünden yapabilir sizin ameliyatı. Yani 105 tane ameliyat odasının olduğu bir yerde malpraktis ve yanlış tedaviden yanlış ameliyat olmama durumu herhalde imkânsız.** Sağ böbrek alınacağı dediği yerde sol böbrek alabilirler yani. 105 tane ameliyathane var bir katta yani. Doktorlar girecek çıkacak, girecek çıkacak... (Umur Bey, Akademisyen).

Bir üçüncü çok önemli özellik, sağlık hizmetinin literatürde fragmantasyon diye geçen yani birbirini parçalanıp bölünmesi birbirinden bağımsız hale getirilmesi sıkıntısı şehir hastanelerinde çok ciddi karşımıza çıkıyor. Çünkü şehir hastanesi örneğin; Ankara Şehir Hastanesi'nde bir anestezi uzmanının söylediğini söyleyeyim. **Aynı anda 120 tane hastanın ameliyathaneye sokulması bekleniyor. Bu artık bir sağlık hizmeti üretim sürecinden, bir mühendislik kafasıyla bir fabrikadaki seri üretim sürecine dönmüş yapıyı karşımıza getiriyor ki. Burada özellikle hasta güvenliği açısından ciddi problemlerin ortaya çıkabilme potansiyelini ben yüksek görüyorum** (Kasım Bey, Akademisyen).

İnşaat ve bina riskleri ile ilgili durumu Umur Bey ve Nazlı Hanım şu şekilde anlatmaktadır:

Adana şehir hastanesi taşındığında bir günde taşınacağız demişler. Adana şehir hastanesinin sistemini tutturamamışlar. Kış günü Adana'da kaloriferler cayıp cayıp yanıyor, ısıyı iklimlendirmeye soğuğa çeviremiyorlar, sandalyelerle ve camları kırıyorlar. Yani bu kadar büyük proje yaparsanız bu tür eksiklikler hatalar oluyor yani. Doktorlara diyorlar ki eşyalarınızı alın çıkın gidin orada yenisi sizi bekliyor, doktor gidiyor bir iğne yapacak 100mg enjeksiyonda 10 mg kendin ayarlayacaksın elin titrerse doz aşımı yaparsın ki titreyebilir. **Böyle sorunlar var yani. Binadan kaynaklanan riskler var** (Umur Bey, Akademisyen).

Ben şöyle düşünüyorum 25 yılın sonunda terk edilmişlerde çok ciddi problemler yaşanacağını düşünüyorum. Çünkü özel sektör artık çıkarken sistemden bu 25 yıllık sözleşmenin sonunda çıkarken acaba hastaneleri evet bakımından onarımından ve sürekli yenilenmesinden sorumlu ama bu işin denetimini kim yapacak. Hangi tıbbi cihazlar bize sürekli yenilenecek. Eski tıbbi cihazlarla mı kalacağız. Yataklar 25 yılın sonunda ne olacak. **Yani nasıl bir hastane devir alacağımıza dair hiçbir öngörümüz yok. Bina nasıl olacak 25 yılın sonunda nasıl bir bina devir alacağız** (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerindeki enfeksiyon riskini bazı katılımcılar şu şekilde açıklamaktadır:

Sonuçta bağışıklamayla ilgili bir şey olmaya başladı burada yani **sonuçta enfeksiyonla ilgili ciddi problem olduğundan bahsediyorlar. Hastane enfeksiyonu dediğiniz şey bela.** Buralarda patır patır insan ölmeye başlar ondan sonra anlatamazsınız yani bunu. Hani bu kamu-özel ortaklığıydı şöyleydi böyleydi falan filan denemez yani. İnsanlar ölür. (Çiğden Hanım, Avukat).

Şimdi biliyorsunuz, hastanelerde sağlık hizmetini aksatan ciddi sorunlar neler olabilir? Yangın olabilir, deprem olabilir. Hastanenin bir bölümü ya da tamamı kullanılamaz. **Bir hastane enfeksiyonu gelişebilir mesela. Böyle bir durumda siz bakın 6 tane hastaneyi bir merkeze topladınız ve orası sağlık hizmeti veremez duruma geldi. O kentte oluşacak sağlık hizmetlerindeki aksamayı düşündüğümüz zaman çok riskli bir iş yaptığımız ortaya çıkıyor** (Yavuz Bey, Hekim).

Bu kadar büyük hastanenin sorunu sağlık açısından. **Enfeksiyon oranı artıyor ve istatistiklerde o yönde.** Enfeksiyon o kadar büyük alanda aynı sayıdaki siz enfeksiyon hekimi ve hemşiresiyle baş etmeniz mümkün değil. Çünkü bazı şeyler kontrolünüzden çıkıyor (Adem Bey, Akademisyen).

Cihat Bey ve Ali Bey sağlık hizmetlerin özel sektöre devri riskini şu cümleleriyle açıklamışlardır:

Şimdi biz tıbbi hizmetler devredilmiyor diyoruz ama **laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri bunlar da tıbbi hizmetler aslında. Bunlar devrediliyor.** Yani laboratuvarınızı siz şirkete devrediyorsunuz, görüntüleme hizmetlerinizi şirkete devrediyorsunuz. Aslında bunlar da tıbbi hizmet. Yani sonuçta bunlar da tıbbi hizmetin bir parçası. Bir süre sonra bunlar farklı farklı biçimlerde diğer hizmetlerinde devredilmesi gerektiğinde ne olacak? Siz diyelim ki ameliyathanenin altyapı hizmetleri. Ameliyathanelerin bazılarında bu özel sektöre devredersiniz. Ya da dünyadaki bazı örneklerde olduğu gibi doğrudan bazı tıbbi hizmetleri bu şirkete devredersiniz. **Gelecek açısından böyle riskler söz konusu. Bu anlamda sağlık personeli de kısa vadede olmasa da orta ve uzun döneme dair bu hastane modelindeki kaygılarını giderebilmiş değil** (Cihat Bey, Akademisyen).

Başka bir risk ne olabilir, ileriye yönelik olarak konuşuyoruz ya. Bu hizmet alımlarının da giderek artması, ileri teknoloji gerektiren durumlar bunun içine girdi yani tıbbi hizmetler. Fakat bu genişleyebilir. **Yani hizmet alımı mesela hekimleri de kapsayabilir. Hekimlerde şirket elemanı olarak çalışmaya başlayabilirler bir süre sonra.** Çünkü o zaman işten çıkartmak daha kolay, işte azaltmak daha kolay, istediğiniz şekilde çalışmasını, şirketin çıkarlarına uygun düzenlemeniz daha kolay. Böyle bir şey gündeme gelebilir (Ali Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerine erişim zorluğu riskini Umur Bey ve Kasım Bey şu şekilde vurgulamışlardır:

Yaşlıların ve yoksulların sağlık hizmetine erişimi ciddi sorun olacak. O insanlar için biz ikinci basamak devlet hastanelerini kurmak zorunda kalacağız (Umur Bey, Akademisyen).

İkincisi şehrin içerisindeki hastanelerin ortadan kaldırılmış olması insanların bir anlamda şehir hastanelerine zorunlu bırakılması bu kadar uzun mesafeye gitmek istemeyen insanları kamudan biraz daha fazla örneğin tıp fakültelerine ya da özel hastanelere doğru sevk etmeye başlayacak ki, birçok şehirde bunların örneklerini görmeye başladık. **Yani bildiğimiz klasik devlet ocağı diye bilinen devlet hastaneleri bu şehir hastaneleri modeli ile neredeyse bir şehrin dışarısında hizmet sunan kurumlar biçiminde dönüştürüldüğünden insanların erişiminde sıkıntılar yaşanacak** (Kasım Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak bu başlık altında şehir hastanelerinde yatak doluluk oranlarında riskler olduğu vurgulanmıştır. Türkiye geneli yatak doluluk oranları karşılaştırılarak şehir hastanelerinde verilen doluluk garantilerinde riskler çıkabileceğine yönelik çıkarımlar olmuştur. Hastanelerin büyük olmasından ve aynı anda birçok ameliyatın yapılmasından kaynaklı malpraktis uygulamaların olabileceği riski gündeme gelmiştir. Bunların yanında enfeksiyon riski ve bina risklerine dikkat çekilmiştir. Son olarak bazı sağlık hizmetlerinin özel sektörde olması ve ilerde de diğer hizmetlerin devri söz konusu olabileceğiyle ilgili kaygılar dile getirilmiştir.

4.6.5. Politik Riskler

Politik riskler arasında ülke politikaları ve ülkenin finansal riski gündeme gelmektedir. Politika değişiklikleri ve ülkenin finansal durumu gelecekte şehir hastaneleri açısından bir risk taşımaktadır. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir.

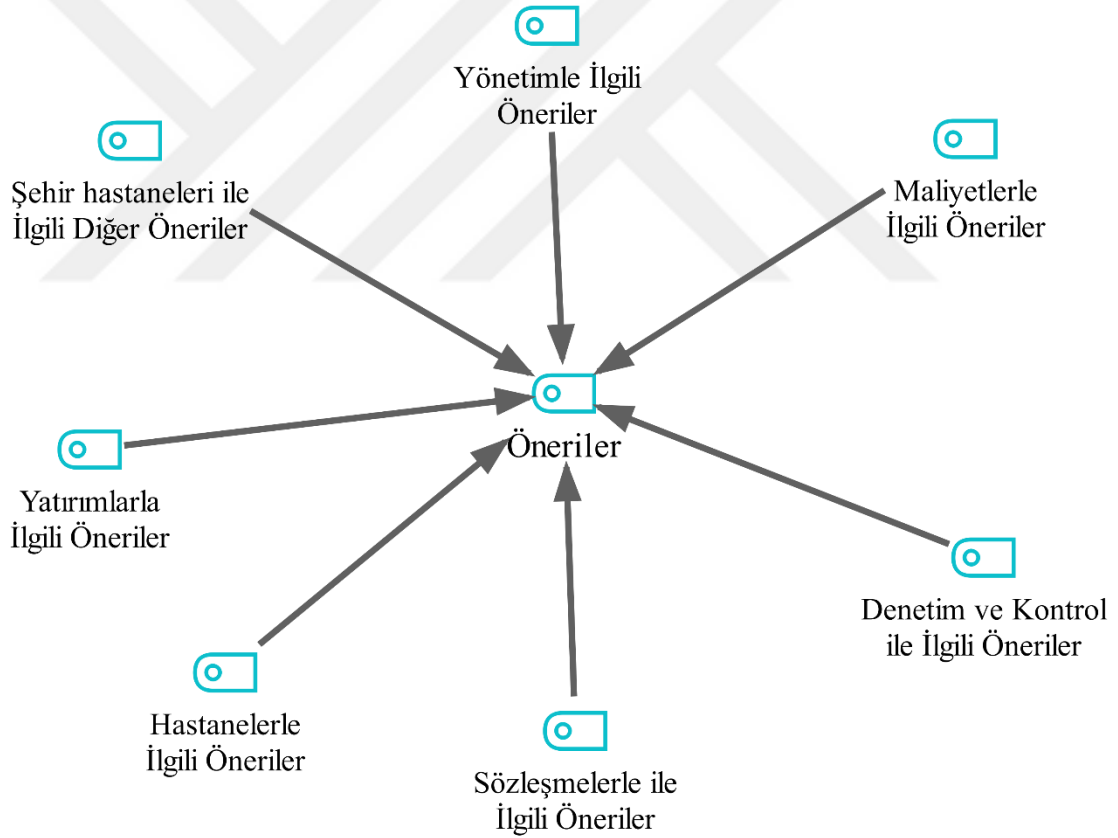
Yani tabi şimdi sağlık sektörünü şeyden bağımsız düşünemezsiniz diğer sektörlerden bağımsız düşünemezsiniz ya da diğer gelişmelerden bağımsız düşünemezsiniz. Şimdi hani siyasi, politik durumu da, ülkenin koşullarını da düşündüğünüzde yani mevcut olan yönetimde altın çağ bitti ve farklı bir gidişat var. Dolayısıyla bu altın çağda ne yapıldıysa yapıldı, altın çağdan sonraki kısımda bence aynı hızla gidemez. Ya bu tarımda da başka bir şeyde de sağlıkta da böyle olur diye düşünüyorum. **Ya da şehir hastaneleri bir dönem çok öncelikli politikalar arasındaydı giderek öncelik açısından sıralama değişmeye başladı. Yani bu ülkenin bir gerçeği açıkçası dolayısıyla ben şehir hastanelerinde böyle 20 yıl 25 yıl uzunca bir süre hani 20-25 yıl sonraki süreci kestirmenin çok da mümkün olabileceğini düşünmüyorum açıkçası. Ya da bu ivmeyle gidebileceğini de düşünmüyorum (Pakize Hanım, Akademisyen).**

Dezavantajları şu şekilde; dezavantajları esasında 2'ye ayırmak gerekir. **Ülkemizdeki finansal riskler, ülkenin ekonomik riskleri bunlar bizim için en büyük dezavantaj.** İşte dövizin yükseliyor olması veya enflasyon yükseliyor olması. Bunlar bizim için bunun oynaklığı bizde bu projelerde sonuçta hani dış finansman kullanılıyor olması bunun en büyük sebeplerinden biri. (...) Esasında başından beri bahsettiğimiz konular yani riskler, anlayış mekanizmalarının değişip değişmemesi eğer ki sisteme uygun evrimleşmiş bir yapıya, düşünce yapısına, işletmecisi yapısına sahip olamadığımız zaman bu başlı başına risktir. **Diğer taraftan ülkenin ülke politikaları her zaman başlı başına risk ve tehdit unsurudur. Ekonomik durum hakeza öyledir.** Bunun haricinde de sağlık sistemini ülkemizde nereye evrimleştirmek istediğimiz de bu işin ilerideki sürecini belirleyecektir. (...) **Burada handikap olan ise ülkemizin istikrarlı bir ekonomik yapıya sahip olmamasından dolayı geri ödemede yaşayacağımız bazı zorluklar vardır.** Bunlar esasında bizi bu işte daha dikkatli davranmaya yönlendirmektedir. Bu oynaklığın bir dezavantajı da şudur, olumsuz tarafı da şudur; yapılan veya ortaya koyulan eserlerin, faaliyetlerin bir süre sonra çok farklı bir şekilde dönüştürülmeye çalışılması ve belki 25 bir yıllık işletme döneminden bahsediyoruz. **25 yılın sonuna varmadan ortaya çıkan tablonun ilk başlarda falandan çok farklı noktaya gidiyor olması gibi de bir durum karşımıza çıkabilir (Burak Bey, Uzman).**

Bu yükü gidermek için şöyle riskler var. **Tabi Türkiye'nin genel ekonomik gidişatı burada çok önemli.** Bu genel gidişat içerisinde olumsuz etkilenmeler doğrudan buralardan kısılmasına yol açar. Sağlık alanındaki başka ihtiyaçları gidermek yerine buraya para aktarılmasına yol açar ki bu da bizi farklı sıkıntılarla karşı karşıya getirebilir. Bu anlamda çok sürdürülebilir olmadığını düşünüyorum (Cihat Bey, Akademisyen).

4.7. ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ ÖNERİLERE İLİŞKİN BULGULAR

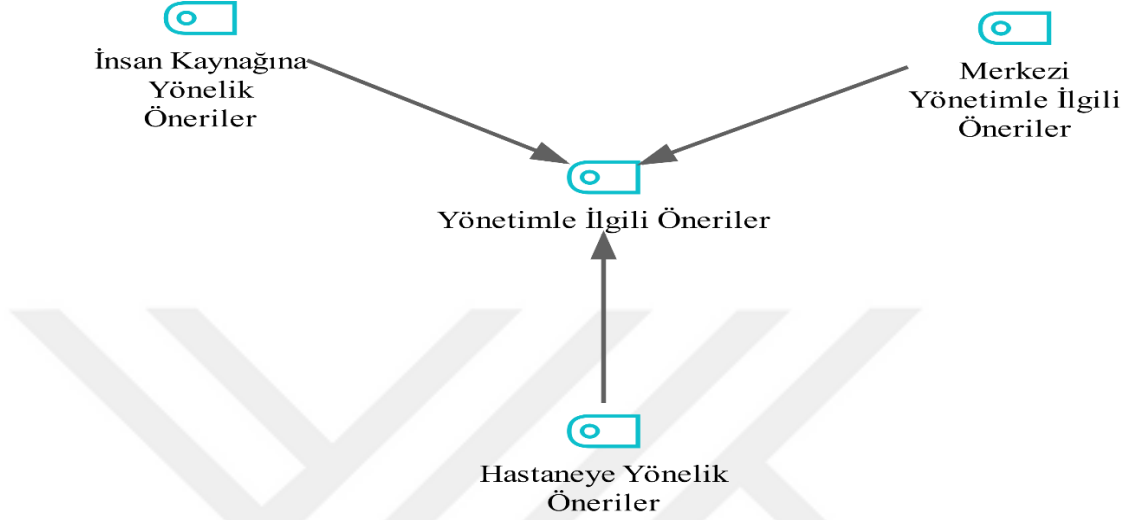
Katılımcılara son soru olarak “Şehir hastaneleri ile ilgili eklemek istediğiniz ya da herhangi bir öneriniz var mı?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılardan alınan cevaplar kodlanarak “Yönetimle İlgili Öneriler”, “Maliyetlerle İlgili Öneriler”, “Denetim ve Kontrol ile İlgili Öneriler”, “Sözleşmelerle İlgili Öneriler”, “Hastanelerle İlgili Öneriler”, Yatırımlarla İlgili Öneriler ve “Şehir Hastaneleriyle İlgili Diğer Öneriler” olmak yedi tema altında toplanmıştır. Elde edilen temalar Şekil 4.13’te gösterilmiştir.



Şekil 4.13. Şehir Hastaneleri ile İlgili Önerilere İlişkin Kavram Haritası

4.7.1. Yönetimle İlgili Öneriler

Yönetimle ilgili öneriler “Merkezi Yönetimle İlgili Öneriler”, “Hastaneye Yönelik Öneriler” ve “İnsan Kaynağına Yönelik Öneriler” olmak üzere üç alt tema altında toplanmıştır. Bu temalar Şekil 4.14’te gösterilmektedir.



Şekil 4.14. Yönetimle İlgili Önerilere İlişkin Kavram Haritası

4.7.1.1 Merkezi Yönetimle İlgili Öneriler

Bu tema altında merkezi teşkilatta düzenleme yapılması gerektiğine, bakanlıkta daha güçlü bir dairenin ve ayrı bir genel müdürlüğün oluşturulmasına, şehir hastanelerinin statüsünün netleştirilmesine, kamunun yönetim kapasitesini geliştirmesine ve özerk yönetimler oluşturulmasına yönelik öneriler vurgulanmaktadır. Katılımcıların bunlarla ilgili ifadeleri şu şekildedir:

Birincisi bakanlıkta güçlü bir daire. Bu Sağlık Bakanlığın da olmayabilir. Başka bir bakanlıkta olabilir. **Yani en azından mali ve personel yönetimlerini yapacak.** Yani Sağlık Bakanlığı mali personeli değil. Sağlık Bakanlığının tek görevi sağlık hizmetlerini sunmak. Biraz da mali olarak takibini yapacak kesinlikle Sağlık Bakanlığına müdahil olacak ve bu sahada olacak. Bugün buradasınız, yarın oradasınız ya. Öyle olacak. Bu da öyle benim diyenle değil. Ha böyle elemanlar var mı? Gerçekten var (Halil Bey, Yönetici)

Şehir hastaneleri bir statüye büründürülmelidir. Örneğin üniversite hastanesi konumunda işletilebilir. Bu sefer daha fazla gelir elde edebilir. Yani 3. Basamak olursa iyi olur. Ya da eğitim, araştırma ve uygulama hastanesi olmalıdır (Burhan Bey, Yönetici). **Kamunun da ciddi bir kapasite yaratmış olması gerekiyor** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Onun için de kamu tarafından bu işle ilgili kamu özel yöntemdeki sözleşmeleri takip edecek, bunlara vakıf olacak **bir kapasitenin oluşturulması, uzman ekibin**

oluşturulması hem Sağlık Bakanlığında hem de ilgili hastanelerde bu ekiplerin oluşturulması çok önemli (Ahmet Bey, Uzman).

Firmaların çok güçlü avukatları ve hukukçuları olabiliyor, bilgi birikimi olabiliyor. **Kamuda da bunun karşılığında da en az bunlar kadar güçlü hukukçuların, avukatların, işletmecilerin bu işe yani kamu özel işbirliği sözleşmelerine vakıf olan kapasitenin kamuda da olmasıdır.** Dediğim gibi hem kamunun merkez teşkilatında hem de taşra teşkilatında bunların yer alması gerekir (Ahmet Bey, Uzman).

Bu hastane yönetimlerinin mutlaka özerkleştirilmesi, özerk bir yönetimle her ne kadar sözleşme bakanlıkla şirket arasında imzalanmış olsa da bunun bakanlık adına direk müstakil bir hastane işletmesiyle muhataplaştırılarak yönetilmesi gerekmekte olduğuna inanıyorum. (...) Aynı mütekabiliyette bir karşısına yönetici çıkarmayıp tam tersi tüm bakanlığı o şirketle muhatap etmeyi çok sağlıklı bir model olarak görüyorum (Burak Bey, Uzman).

4.7.1.2. Hastaneye Yönelik Öneriler

Hastaneye yönelik öneriler arasında yeni bir yönetim modeli ve anlayışının geliştirilmesi ve kamunun hastane bilgi sistemine hâkim olması gibi konular yer almaktadır. Bunlarla ilgili bazı katılımcılar şu ifadeleri kullanışlardır:

Bu yani klasik hastane yönetimi modeli bu kamu özel işbirliği ile yapılan şehir hastanelerinde uygun bir model değil. **Bu yeni yapıya uygun bir yönetim şekli ve işletmecilik düzenlemesi yapmak lazım** (Ahmet Bey, Uzman).

Hem dediğim gibi hem büyük yapılar, hem farklı yapılar hem de hukuki olarak farklı bir statüleri var bunların. Yani içeride hem hizmet sunumunu sunmakta görevli bir firma var. Bizim öbür hastanelerimizin hiçbirinde böyle bir yapı yoktu. **Dolayısıyla buna uygun bir yönetim yapısı kurmak lazım** (Ahmet Bey, Uzman).

Bugün geldi hastaneler yönetiliyor hala **tam bir yönetim modeli yok ortada mesela** (Pakize Hanım, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde devlet hastanelerindeki yönetim modelinden farklı bir yönetim modeli uygulanması lazım. A devlet hastanesindeki ve üniversitedeki yönetim modeli de aynı şehir hastanesindeki yönetim modeli de aynıdır. Yatak sayılarına göre yönetim modeli farklılaştırılmalıdır. 3500 yataklı bir hastaneyi bir başhekim yönetemez. Bence şehir hastaneleri yönetim kurulları oluşturulmalıdır. Eğitim kurulları gibi. Ortak akılla yönetmek için bir şeyler olmalıdır. Yani satın almacı var. Neyi satın alacak 3500 yataklı olan bir yerde. O kişi mevzuatı yorumlayacak hem satın almayı yapacak hem de başka toplantılara katılacak mümkün bir şey değil bu. Zaten o kütledeki bir yeri bir günde gezme şansınız yok (Harun Bey, Yönetici).

Zaten hastane yönetmek zordur, sağlık işletmesini yönetmek zaten zordur. **Bir de böyle 4000 yataklı falan büyük işletmeleri yönetmek için özel bir yönetim modeli muhakkak geliştirilmesi gerekir.** Ve bu tabi hukuk olarak da bildiğimiz eski klasik hastanelerden farklı. Bir taraftan da sadece büyük yapılar yok, bir taraftan da hukuk olarak karşıda firma var. Firma içeride bir kısım şeyleri o yönetiyor. Yani 19 kalem hizmetini o sunuyor, sende kamusun bunu aynı zamanda yönetmen ve denetlemen lazım. Dolayısıyla çok farklı bir yönetim yapısıyla karşı karşıyayız. **Buna özgür bir yönetim modeli**

geliştirilmesi gerekir. Birinci yani özellikle yönetim ve organizasyon açısından önemli. (...) Şimdi bu şehir hastaneleri biliyorsunuz farklı yapılar. Farklı konseptte kurulmuş işletmeler. Bizim klasik anlamdaki hastane yönetiminden farklı bunlar. Bizim mesleğin en büyük hastanemiz benim hatırladığım kadarıyla Numune Hastanesi falan vardı, 1000 yataklı idi. Bunlar genel hastanemiz. Yani bunlar, bu en büyük hastanemizden bile bunların bir kısmı 4 kat falan büyük. Bilkent Hastanesi 3700 falan yataklı 3800 yani 4 kat daha büyük. **Şimdi, dolayısıyla birinci olarak bu şehir hastaneleri için bir yönetim modelinin geliştirilmesi lazım. Yani klasik hastane yönetir gibi bunları yönetemezsiniz** (Ahmet Bey, Uzman).

Mehmet Bey kamunun bilgi sistemine hâkim olması gerektiğini şu cümlesiyle vurgulamıştır:

Mesela ben bilgi sistemlerine yeterince hâkim olduğumuzu düşünmüyorum. Sanki onlara bağlıyız. Yani bilgi sistemlerinde daha özel bir yapımız olması lazım. Bilgi sistemi uzmanı değilim hani o alanı tam bilmiyorum ama **bilgi sistemlerinde kontrolü bizde olmalı. O çok önemli bir alan.** Çünkü hastanenin giriş çıkışı mesela ceza puanları bütün hesaplamalar bilgi sistemleriyle yapılıyor. Ve biz onlara elimiz sanki bağlı gibi hissediyorum ben. (Mehmet Bey, Uzman).

4.7.1.3. İnsan Kaynağına Yönelik Öneriler

Araştırmanın katılımcıları insan kaynağına yönelik önerilere dair, liyakatli kişilerin yönetim kademelerinde istihdam edilmesi, yöneticilikte uzmanlaşmaya önem verilmeli ve geçiş sürecinde daha etkin oryantasyonun verilmesi gibi konulardan bahsetmişlerdir.

Liyakatli kişilerin yönetimlerde istihdam edilmesi ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Ama esasında kendi içerisinde uzmanlaşılması gereken yeni bir bilim dalı, yeni bir işletme dalı olarak karşımıza çıkan bir yapı. **Bu süre içerisinde yer alacak insanların gerçekten belli standartlardan ve kalitelerden geçilerek getirilmesi ve olaya her türlü işletme yönetecek kapasitesine sahip olarak dâhil edilmesi gerekiyor.** Bu işin yani karar vericisi de uygulayıcısı da veya alttaki memuru da hepsi aynı perspektifte bakması gerekiyor (Burak Bey, Uzman).

Öneri olarak liyakatli personel gelsin. Sözleşmelerin iyi okunması lazım. Özel ve kamu arasında güven, saygı ve sevgi tesis edilmesi gerekir (Serdar Bey, Yönetici)

Olası sorunları ortadan kaldıracakken **siyasi hamlelerle liyakatsiz yönetim kadrolarının ataması işi zorlaştırmaktadır** (Mustafa Bey, Yönetici).

O yüzden şehir hastanelerinin **liyakatli, gerçekten söylüyorum uyumlu ekibi olmazsa yani, ne idari ne de mali yönden ben gelecek görmüyorum.** (...) Birincisini söyleyeceğim; şehir hastanelerinin olduğu yerlerde il sağlık müdürlerinin ve personel müdürlerinin kesinlikle en azından minimum uzman hekim veya daha üstü olsun. **Liyakatli birileri olacak.** Yani pratisyen hekim gidip bir profesöre, sözü de geçmez kusura bakmasın. Profesör de istifa ediyorum dese aç kalmaz. Burada en azından dengi olmasa bile şehir hastanelerinin olduğu her ilde il sağlık müdürlerinin pratisyen olmasına

karşıyım. (...) İşte bu biraz evvel liyakatle ilgili tecrübeyle ilgili kısımları anlattım. **Yani yöneticilerin iyi seçilmesi** ve sık değiştirilmemesi gerektiğini mi düşünüyorum. O sözleşmeyi anlamak zaten 1 yılını alır (Halil Bey, Yönetici).

Bazı katılımcıların yöneticilikte uzmanlaşmaya önem verilmesiyle ilgili öneriler ve düşünceleri şu şekildedir:

Buradaki en önemli şey bence uzman insan gücü. Az önce dediğim gibi yani sözleşmeye bakmadan oradaki sorunları öngörebilen, daha ortaya çıkmadan fark eden, çözen insanlar yetiştirecek kamu. Yani bu konuda yatırım yapacak bence. Özel giderse de oluşan kapasiteyi orada kullanırsın zaten. Özel gitmezse de ortaklıkta kullanırsın yine bir şey kaybetmezsin. Dolayısıyla şey, kamunun yapacağı şey burada özel sektör gibi düşünerek dediğim gibi işte 10 yıl sonra 20 yıl sonra ne olursa olsun sürdürebilecek bir yönetim kapasitesi, **esnek yönetim kapasitesini geliştirmeli.** (...) Dürüst davranmalı, sistemin dışına attığı bence geçmiş kapasiteyi tekrar kullanmalı ondan yararlanmalı, **uzmanlaşmaya değer vermeli, liyakate değer vermeli. Ben yani ne yaparsanız yapın en temelde insan kaynağının önemli olduğunu düşünüyorum** (Pakize Hanım, Akademisyen).

1000 yatağın üzerindeki ŞH hastaneleri için idareci sayısı artırılması gerekir. **ŞH idarecileri de profesyonel olmalıdır. Özeldeki o profesyonellik kamu tarafına da geçmelidir. Önemli noktalardan bir tanesi budur.** Özel sektör daha profesyonel çalışıyor. (...) Kamu idaresinin yetkileri daha da artırılmalıdır. Buradaki görev yapan idarecilerinde daha iyi ücretlerle **ve profesyonel kişilerce yapılması sağlanmalıdır. Yönetici ekibi profesyonel ve nitelikli olmalıdır.** Ücretlendirme de nitelikli olmalıdır (İsmail Bey, Yönetici).

O yüzden siz geleceğini soruyorsunuz. Bu şekilde yönetilmesi imkânsız. **Eğer illa yönetilecekse de profesyonel yönetilmesi lazım.** (...) İkincisi; personel ve destek hizmetlerinin ayrılması taraftarıyım il sağlık müdürlüğü açısından. Çünkü şehir hastaneleriyle ilgilendikleri için sadece diğer hastanelerde ekip kalmıyor. Bir personel gelsin atanın, ilk gönderdikleri yer şehir hastanesidir. Adamını bulursan başka yere gidebilirsin. Neden herkesi oraya gönderiyor? **Çünkü planlamayı doğru yapmıyorlar ama şehir hastanesini anlayabilen, taşradaki diğer hastaneleri de anlayabilen ve oradakini de vatandaşı da vatandaş gözüyle görebilen yönetici lazım. Bir de liyakat lazım** (Halil Bey, Yönetici).

Mustafa Bey'in taşınma sürecinde daha iyi oryantasyon verilmeli önerisi şu şekildedir:

Kamu çalışanları daha şeffaf ve doğru bilgilendirilmesi ile planlama aşamasından taşınma sürecine kadar **daha etkin oryantasyon verilmesi** sancılı geçişi hafifletecektir (Mustafa Bey, Yönetici).

Sonuç olarak bu ana temada yani şehir hastanelerinin yönetimi ile ilgili öneriler çerçevesinde merkezi yönetim, hastaneye yönelik ve insan kaynağına yönelik önerilere değinilmiştir. Merkezi yönetimle ilgili bakanlıkta ya daha güçlü bir daire ya da ayrı bir genel müdürlük olması gerektiği vurgulanmıştır. Bunun yanında şehir hastanelerinin statüsünün netliğe kavuşturulması ve kamunun yönetim kapasitesini geliştirmesi

gerektiğinin altı çizilmiştir. Merkezi yönetimle ilgili son olarak şehir hastanelerin özerk yönetime kavuşturulması gerektiğine ışık tutulmuştur. Hastaneye yönelik öneriler arasında şehir hastanelerinin yeni bir yönetim modeli ile yönetilmesine ihtiyacın olduğu vurgulanmıştır. Aynı zamanda kamunun hastane yönetim bilgi sistemine hâkim olmasının gerektiği önerilmiştir. İnsan kaynağına yönelik önerilere dair, şehir hastanelerinde liyakatli kişilerin yönetici pozisyonunda istihdam edilmesiyle birlikte yöneticilikte uzmanlaşmaya önem verilmesine dikkat çekilmiştir. Son olarak şehir hastanelerine geçiş sürecinde personele yönelik daha etkin oryantasyonunun verilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

4.7.2. Maliyetlerle İlgili Öneriler

Maliyetler ilgili bazı katılımcılar şu önerilerde bulunmuşlardır:

Sağlıktaki maliyet artışları finansal sürdürülebilirlik açısından da uzun vadede risk oluşturabilecektir. Bu açıdan hem işletmecilik açısından, hem finansal yönetim maliyet kontrolü açısından işleri çok iyi kontrol etmek ve çok iyi yönetmek önemlidir. (...) Bundan sonrası için de işte o sözünü ettiğimiz hususlara dikkat ederek, maliyet kontrollerini iyi yaparak, şehir hastanelerinin ilave maliyet getireceğini de öngörerek yani bu sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içerisindeki oranının %4.5'dan şehir hastaneleri dolayısıyla %5'e çıkarsa bu çok büyük bir ekstra maliyet değildir. Yani %5 olması. Ama bu ekstra bir maliyete falan yol açmaması lazım, kontrollü gitmek lazım ve tabi ki sağlık sistemi sadece maliyet yani maliyet kontrolü yaparak yönetemezsiniz. Diğer bileşenleri de örgüt ve organizasyon hizmet sunumu bileşenlerini de bir arada iyi düşünmeniz lazım. **Yoksa aksi takdirdeki bir karmaşıklık sizin maliyetlerinizi kontrol edilemez hale getirip, ülkemiz için istenmeyen sonuçlara yol açabilir.** Onun için yönetim, işletmecilik ve finansal sürdürülebilirlik için dikkat etmemiz gerekir (Ahmet Bey, Uzman).

Bütçenin üçte ikisi donmuşken Sağlık Bakanlığının, diğer alanlarda sağlık hizmeti veremiyorken, Sağlık Bakanlığı 10 yıl sonra ben şehir hastanesine ödemem var diye Afyon'daki hastasına özür mü dileyecek. Eskişehir'de şehir hastanesi var git oraya mı diyecek. **Oraya hizmet verebilmesi için bütçesini genişletmesi gerekiyor.** Genişletmesi için işte demin konuştuk tarihsel olarak baktığında Sağlık Bakanlığı bütçesinin bir ağırlığı var. O ağırlığı çok değiştiremiyoruz (Umur Bey, Akademisyen).

Sayıştay raporlarında değinildi verimlilik noktasında tekrardan değerlendirilebilir. 5 yıl sonra standartlarda dengeleme yapılabilir. Pazar testi olarak yapılabilir. Hizmetlerle ilgili 5 yılda bir standartlar ve iyileştirmeler yapılabilir. **Fiyatlar eşitlenmelidir** (Hale Hanım, Yönetici).

İkicisi finansal boyutu ciddi anlamda sorgulanmalıdır (Adem Bey, Akademisyen).

Finans yönüyle sürdürülebilirliğini değerlendirmek için şuan bunu cevaplamak biraz zor bir soru. Biz sosyal devlet ilkesi gereğini yerine getiren bir yapıyız Sağlık Bakanlığı olarak. (...) Ama ekonomik zafiyetlerinden zaten bahsettik. Ekonomik zafiyetleri kendi

içerisinde bir bütün. Şimdi burada şöyle bir şeyden de bahsetmek gerekir. Biz bunun kaynağını tek bir kaynak gibi işte Sağlık Bakanlığı burada şunu yapması gerekir bence; **eğer buralarda çok fazla gideri olduğunu düşünüyorsa gereksiz gider yaptığı farklı alanlardan da bir değerlendirmeye gidip, buraları totalde bir ne geliyor ne gidiyor, bakması gerekir** (Burak Bey, Uzman).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin maliyetlerinin kontrol edilmesi ve gider alanlarına yönelik analizler yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Şehir hastanelerindeki giderlerin karşılanabilmesi için bütçenin genişletilmesi gerektiğine yönelik öneriler dile getirilmiştir. Son olarak şehir hastanelerinin finans yönünün ciddi anlamda sorgulanması gerektiğinin altı çizilmiştir.

4.7.3. Denetim ile İlgili Öneriler

Denetim ile ilgili öneriler arasında bakanlık şehir hastanelerini daha fazla takip etmeli, özel sektörün denetlemesi ve şehir hastanelerinin genel bir durum değerlendirilmesinin yapılması gibi konular yer almaktadır.

Bakanlığı şehir hastanelerini daha fazla takip etmesi gerektiği ile ilgili bazı katılımcıların önerileri şu şekildedir:

Önerimiz şu olabilir; **Sağlık Bakanlığı bu işi ciddiye alacak.** Yani sağlık turizmi yapmak istiyorsa, gerçekten niyeti bu ülkenin sağlık düzeyini yükseltmek istiyorsa, kaliteli sağlık hizmeti sunmak istiyorsa bu tesislerin en iyi nasıl yönetilebileceği konusunda iyice kafa yormalı (Pakize Hanım, Akademisyen).

Çünkü ilk önce biz bakanlık olarak şunu yapmamız lazım; merkeziyeti güçlendirmemiz lazım. Şimdi Elazığ yönetimi orada mecburen olmalı. Ya bakanlık bir şey geliştirmeli. Yani nasıl bir şey olabilir; bir kişiyi, bakanlıktan temsilen bir kişiyi o ilde görevlendir. Anlatabiliyorum değil mi? Bakanlığın ayağı olsun orada, bir kişi bakanlıktan o ile görevli gitsin. **Hani bakanlık sürekli bir gezi, bir etkinlik, bir sorun olduğunda gitmesin.** Düzenli olarak bir kişi atıyorum x kişisi sen Adana Şehir Hastanesi sorumlusun. İşleyişi filan bana rapor edeceksin, orada 1 ayda ne olacak. Kurallarında şu; en az 1 ayda işte o ayda kaç 25 mesai var en az 20'sini orada geçireceksin. Senin özel bir yerin olacak, her etkinlikte bulunacaksın ama sisteme etkin olmayacak ama sistemi de kamuyu destekleyeceksin. (...) **Daha sıkı takip. Yani takip edilmiyor. Sıkı takip gerekiyor** (Mehmet Bey, Uzman).

İkincisi, hep hesap sormak yerine bakanlıkta arada bir gelip en azından kamu özel ortaklığının gidişatını sıkı denetlemesi lazım (Halil Bey, Yönetici).

Bakanlık bu hastaneleri sahipleniyor ve denetliyor olması gerekir. (...) Bakanlık ŞH'nin her aşamasında devrede olmalıdır. Örneğin çevre düzenlemeden kullanılan malzemeye kadar hatta kapıların ölçüsüne kadar durumlarda devrede olmalıdır. Çünkü ben bu kapılardan sedye ve golf arabaları geçireceğim. Yani bilen adamlar işin içine daha fazla sokulmalıdır. Nasıl inşaat mühendisi olmadan işin içine sokulmuyorsa bu hastanecilik konusunda deneyimli donanımlı ve yetkin insanlar istihdam edilmelidir.

Hastanenin gerek inşa, gerek ise işletme dönemlerinde bilgili kişilerle devamlı hastanelerin takibinde kalınmalı (Burhan Bey, Yönetici).

En önemlisi Sayıştay denetimlere açılacak, açılmalı. Yani Sayıştay'ı denetlemiyorsa **Sağlık Bakanlığı şunu yapacak; müfettişi gönderip de git sadece peçeteyi incele, peçetenin dışı seni ilgilendirmiyor demeyecek. Denetimlere geliyorlardı bize de.** Şikayete geliyor, soruşturmaya geliyor, incelemeye geliyorlardı. Nedir, benim görev alanım bu peçete bunu neye taktığın beni ilgilendirmez diyordu. Olur mu? Bu bir bütündür. Çok zor oluyor. **O yüzden eğer kendileri denetlemiyorsa ben bağımsız bir kuruluşa denetlensinler derim (Halil Bey, Yönetici).**

Serdar Bey şehir hastanelerinde özel sektörün de denetlenmesi gerektiğini şu cümlesiyle açıklamaktadır:

ŞH geleceğinin iyi olması için yaşanan şeylerden tecrübe almak lazım. Yaşanan çok şeyler var. Bakanlığa giden çok büyük çalışmalar var. Bu çalışmaların dairelerin tozlu raflarında kalmaması gerektiğini düşünüyorum. Doğru değerlendirilip bundan sonraki uygulamalarda sistemin gitmesini isterim. Hatalardan ders çıkartmak gerekir. Doğru işler yapılırsa ŞH hizmete devam eder. **Kamu özel sektörü de gezmesi gerekir. Özel sektörü denetlesin (Serdar Bey, Yönetici).**

Şehir hastaneleri ile ilgili genel bir durum değerlendirilmesi yapılmalı şeklinde önerileri olan katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Şimdi bu tür yatırımları yani bütün boyutlarıyla değerlendirmek gerekir. Yani teraziye koyduğumuzda biraz önce bahsettiğimiz avantaj ve dezavantajları, fırsat ve tehditleriyle değerlendirmek lazım. Tek bir perspektiften bakarak bu iyidir ya da kötüdür dersek doğru olmaz. Bu şehir hastanelerinin getirdiği, ülkeye sağladığı çok iyi avantajlar ve sunduğu fırsatlar var. Bunun karşılığında da dezavantajları var ve riskli yönleri var. Bunların hepsinin iyi yönetilmesi gerekiyor şayet iyi yönetilir, bu organizasyonlar başarılı yönetilirse ülke sağlık sistemi için çok katkı sunarlar. Hem ihtiyaç, fiziki ihtiyaç giderilmiş olur hem de ülkeyi birkaç level üste taşıyıp sağlık turizm vesaire falan alanlarda yarışması sağlanabilir. Hem de vatandaş memnuniyeti üst düzeye çıkarılabilir. Bunlar iyi yönetilir ve iyi sürdürülebilirse. Ama aksi takdirde yani iyi yönetilmezse, iyi organize edilmezse bu hastaneler işte gerek maliyet açısından gerek işletmecilik açısından gerekli yönetim başarısı gösterilemezse bu sefer bunlar ülke sağlık sistemine fayda değil zarar da verebilir. O yüzden çok dikkatli olmak gerekir (Ahmet Bey, Uzman).

Bizim önerimiz en azından burada zararın neresinden dönülürse kârdır meselesi. **En azından bundan sonra yeni projeler imzalanmasın ve mevcut projeler nasıl yürütülüyor bir bakılsın. Değil mi, hani orada çıktılarımız nedir bir bakılsın. Daha çok zarar girilecek işler yapılmasın bizim birinci önerimiz bu. (...)** Benim hani az önce de değindiğim gibi şimdi bizim bir durup bakmamız gerekiyor. **Şehir hastaneleri ile ilgili durum neredeyiz, açılan bu 10 yeni şehir hastanesi ile ilgili biz neler yaşadık? Onu bir iyice değerlendirmemiz, bilimsel olarak ortaya koymamız, dediğiniz gibi hem sağlık yönüyle hem finansman yoluyla hem kent planlamasındaki yaşadığımız sorunlarla beraber bir nefes alıp bakmamız ve ona göre adımlar atmaya devam etmemiz lazım, zararın neresinden dönersek kârdır. Hani bizim özdeyişimizle bakıp meseleye oradan bakmamız gerekiyor (Yavuz Bey, Hekim).**

Sonuç olarak şehir hastanelerinin yeterli seviyede denetim ve kontrolünün yapılmadığı ve bununla ilgili adımların atılması gerektiği vurgulanmıştır. Diğer yandan şehir hastanelerinin genel durum bir değerlendirilmesinin yapılması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Şehir hastanelerinin bir röntgeninin çekilerek idari, finansman ve sağlık göstergeleri bağlamında ortaya bir tablonun konulması gerekmektedir.

4.7.4. Sözleşmelerle ilgili Öneriler

Sözleşmelerle ilgili öneriler arasında şeffaflık, hesap verilebilirlik, kamuoyu bilgilendirilmesi ve hukuki destek gibi konular yer almaktadır.

Bu konularla ilgili katılımcıların ifadeleri şu şekildedir.

Şeffaflık çok önemli, hesap vermek çok önemli yani dediğim gibi kamunun çıkarını koruyacak olan Sağlık Bakanlığıdır (Pakize Hanım, Akademisyen).

Ticaret sır gerekçesi ile şeffaflıktan uzak yaklaşım kabul edilemez (Kasım Bey, Akademisyen).

Projelerin kamuoyuna bildirilmesi gerekiyor. Projelerin tanıtılması gerek. Tartışma programları olabilir. Bu projeleri halka anlatmak gerek. Bilgilendirme politikaları yapmak gerek. Burası özel hastane mi, muayene kaç para diye soruyorlar (Hale Hanım, Yönetici).

İkinci nokta bunlar karmaşık bir sözleşme tasarımı ve kurgusu içerir. Bunları iki kilo bulgur alayım müzakere ekibiyle yapamazsınız. En azından dışarıdan hukuksal destek almanız gerekir. Bakü-Tiflis-Ceyhan projelerinde bizim bu kamu sağlığı müzakere ekibi sefaletini gördüğü için Amerika sözgelimi, bir hibe vermişti. O hibeyle yurtdışından finansal, mali hukuki danışmanlık ekibi gelmişti. O Bakü-Tiflis-Ceyhan düzgünce nispeten dengeli şekilde müzakere edebilmesi için diğer türlü sivrisinekle ayının dansına benzer iki müzakere ekibinin karşılıklı pozisyonu vaziyeti. Sağlık Bakanlığında bu kadrolar başlarda hiç yoktu. Ben o zamanlar bürokraside olduğum için söyleyeyim. Sonralarda ne kadar gelişti, ne kadar güçlendirildi ve ne kadar dışarıdan hizmet alımıyla ne kadar güçlendirirseniz mutlaka bu ekibin dışarıdan destek alması şart. Ben kendi avukatlık bürom var da normalde buradan iş kapayım diye söylüyor değilim. Öyle bir durumum yok o yüzden rahat rahat söyleyebilirim bunu. **Ama kamu tarafında bu işin müzakeresini en azından hukuksal metinlerinin düzgünce ortaya çıkarılmasını sağlayacak bir ekibin kurulması elzemdir** (Selim Bey, Akademisyen).

Bu işin bir hukuki boyutu var. Biliyorsunuz çok büyük yatırımlar. İçinde çok farklı paydaşlar mevcut örneğin uluslararası kreditorler falan. **Bunun için her şehir hastanesi için mutlaka en az bir avukat olmalıdır.** Sözleşmelerin boyutları bazen idare tarafından net anlaşılamaya biliniyor. Örnek veriyorum sözleşmeyle ilgili bir anlaşmazlığa düştünüz. O zaman bir avukat olması gerekir. Eğer yönettiğiniz hastanede olaylara hâkim olmazsanız firmaya karşı konuşamazsınız. Bu böyle olmalıdır diyemezsiniz. Bakanlığa yazarsınız ama bunu idare üstlenmelidir. **Bunun için bu süreçlerde bir sorun yaşanmaması için işi bilen bir avukat kurumda mutlaka olmalıdır. Yani sözleşmelerle ilgili hukuki destek alınmalıdır.** Her hastanede bir avukat olursa bazı durumlarda idareye yardımcı olur. Örneğin; firma bir hizmetle ilgili bize ödeme kapsamı

için de ödeme yapacaksınız dedi. İdare olarak da biz dedik ki kapsamıyor. Bu durumu bir avukat değerlendirdiğinde biz bu ödemeyi yapmazsak idare olarak yarın bir mahkemelik durumda onlar bu süreci kazanır ve bizde ödeme yapmak zorunda kalırız diye bizlere fikir verebilir. Hukuki olarak zor duruma düşebiliriz diye bizlere bunu bir avukat söyleyebilir. Hukuk gözüyle baktığı zaman. Bunun için kurumda bir avukat desteğine ihtiyaç vardır. Yöneticilerin elinin güçlü olması için yönetim süreçlerinde hukuki desteğin alınması gerekir. (...) **Hukuki destek çok önemli. Hastane düzeyinde bu sağlanmalıdır** (İsmail Bey, Yönetici).

Sözleşmelerle ilgili öneriler arasında bu sözleşmelerin ticari sır olarak paylaşılmamasının ve kamuoyunun bilgilendirilmemesinin yanlış olduğu dile getirilmiş ve sözleşmelerin şeffaflık ve hesap verilebilirlik noktasında kamuoyuyla paylaşılması gerektiği önerilmiştir. İkinci bir husus ise hastane yönetimlerine sözleşmelerle ilgili hukuki destek sağlanması gerektiği vurgulanmış ve önerilmiştir.

4.7.5. Hastanelerle İlgili Öneriler

Hastanelerle ilgili öneriler arasında şehir hastaneleriyle ilgili yeni projelerin imzalanmaması, modelden vazgeçilmesi, açılan hastanelerin kamuya devir edilmesi, ortaklıkların sonlandırılması, eski hastanelerin kapanmaması, eski hastaneler modernize edilmesi ve imkânlarının heba olmaması gibi konular yer almaktadır.

Yavuz Bey yeni projelerin imzalanmaması gerektiğini şu cümleleriyle açıklamıştır:

Yeni bir proje yapılmasın, mevcut projelerin tabloları iyice incelenerek nasıl bunlar kamulaştırılabilir ve zararın neresinden dönebiliriz bunlar ortaya çıkarılsın. Ve mevcut hastanelerimiz kapatılmasın, korunsun. Sağlık hizmeti vermeye devam edebilsinler. (...) Bizim önerimiz en azından burada zararın neresinden dönülürse kârdır meselesi. **En azından bundan sonra yeni projeler imzalanmasın ve mevcut projeler nasıl yürütülüyor bir bakılsın.** Değil mi, hani orada çıktılarımız nedir bir bakılsın. Daha çok zarar girilecek işler yapılmasın bizim birinci önerimiz budur (Yavuz Bey, Hekim).

Şehir hastaneleri modelinden vazgeçilmeli diyen bazı katılımcıların önerileri şu şekildedir:

Ama ben bu modelden en azından mevcut durum itibarıyla vazgeçilmesini, yeni şehir hastaneleri bu modelde hastane yapabiliriz onda bir sıkıntı yok ihtiyaç varsa hastane yapalım ama **kamu kendisi yapsın kendisi işletsin kendisi her şeyi ile sorumlusu olsun.** Çünkü zaten kendi modelinde de bir sürü başka mekanizma kullanabiliyor. (...) **Bu anlamda şehir hastaneleri ile gelen bu hastane odaklı modelden vazgeçilmesi gerektiğini düşünüyorum.** Etkili, kademeli, basamaklı bir sevk sistemi ve birinci basamağın güçlendirdiği bir sağlık sistemine ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum. (...) **Bir defa önlem olarak orta vadede ve uzun vadede bu modelin yürütülebilirliğini oturup tekrar değerlendirmek ve vakit varken bu modelden vazgeçmek gerekir** (Cihat Bey, Akademisyen).

Şehir hastaneleri projesinden vazgeçilmesi gerekiyor (Ali Bey, Akademisyen).

Dolayısıyla Türkiye bugün itibarıyla bu sistemden vazgeçmeli. Çünkü kamu özel ortaklığının Türkiye'nin yararına olmadığı örneğin Kütahya'daki hava alanıyla zaten çok ne ortaya çıkmıştı. Köprüleri falan geçiyorum. Kütahya'daki havaalanı biliyorsun yani yolcu garantisiyle kurdurulmuş 3 yıllık verilerine bakıyorsunuz. Yolcu verilen garantinin %5 kadar yolcu geliyor. Şimdi bir sistem ben sana 100 yolcu garanti ediyorum gel bunu yap diye ihaleye çıkıp yaptırdıktan sonra oraya yıllar boyunca ancak 5 yolcu geliyorsa bu sistemin yalnızca yanlışlığından söz edemeyiz. (...) Paralarımızı sağlık hizmetine erişemeyenler için kullanalım. Paralarımızı israf etmeyelim. Verimli bir şekilde kullanalım. **Bunun yolu da şehir hastaneleri meselesinden vazgeçmekten geçiyor. Ben öyle düşünüyorum** (Kasım Bey, Akademisyen).

Bu model derhal terk edilmelidir. İhaleler durdurulmalıdır. Hastane gereksinimi varsa eğer, bu gereksinim kentlerimizin büyüyen kesimlerine 200-400 yataklı hastanelerin hizmete sokulmasıyla karşılanmalıdır. (...) Teknik olarak baktığımızda hastane yatırımcılığının, işletmeciliğinin irrasyonel bir yolu ve Türkiye'nin dışa bağımlılığını artıracak, emperyalizmin Türkiye üzerindeki tahakkümünü ağırlaştıracak bir tercihtir. **Derhal vazgeçilmelidir** (İrfan Bey, Akademisyen).

Bence bu projenin şuan ki haliyle durdurulup sözleşmesi imzalanan 20 kusur hastane şimdilik onlara artık sözleşme imzalandığı için iptal olacağını zannetmiyorum. **Ama şu haliyle bu sistemin ilerleyen süreçte devam etmesinin olası olmadığı düşünülüp bence bu projenin bu haliyle durdurulup. Bir revize edilmesi lazım. Bundan vazgeçilip. Bilimsel anlamda daha iyi sağlık hizmeti sunacak 600-800 nüfus yoğun dersin en fazla 1000 yataklı ama yine de 800 geçilmemeli.** En fazla 800 yataklı hastanelere dönüştürülmelidir (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerini kamulaştırılmasıyla ilgili Yavuz Bey ve Kasım Bey şu önerileri getirmiştir:

İkincisi buradan oluşan finansal tablolara ve çıktılara göre bu hastaneler nasıl kamulaştırılabilir, zararın neresinden dönülebilir, ne kadar buradaki hasar minimize edilebilir bunun yolları denensin. Ve diğer size bahsettiğim riskin gerçekleşmemesi için mevcut hastanelerimiz kapanmasın, sağlık hizmeti vermeye devam etsinler (Yavuz Bey, Hekim).

Aşmak için bugün itibarıyla yeni projelerin tamamı iptal edilmeli. Şuandaki şehir hastaneleri de kamulaştırılmalıdır. Başka çözüm yok (Kasım Bey, Akademisyen).

Pakize Hanım ve Çiğdem Hanım ortaklık sonlanmasıyla ilgili şu önerilerde bulunmuşlardır:

Dolayısıyla oradaki hiçbir şey işe yaramayacaktı zaten ama bu saatten sonraki muhalefette ancak hani şey olur bize zaman kaybettirir, patinaj yaptırır. Bu saatten sonra destek olup, herkesin el birliği ile destek olup bu cenazeyi kaldırması lazım. Öyle söyleyeyim. **Yani bir an önce ortaklık kısmını ortadan kaldırıp kamuya devredilmesi,** kamunun da ciddi bir kapasite yaratmış olması gerekiyor. Ya da bu süreçte yaratması gerekiyor (Pakize Hanım, Akademisyen).

Bir an önce bu sözleşmelerin fes edilmesini istiyorum. Bir an önce bu sözleşmeler fes edilsin bende 8 yıllık mesaimi bitirip bu işten kurtulayım istiyorum (Çiğdem Hanım, Avukat).

Eski hastanelerin modernize edilmesiyle ilgili Âdem Bey şu önerilerde bulunmuştur:

Kuşkusuz orada koğuş varsa onlar nasıl tek yataklı, iki yataklı odalara dönüştürülebilir bunlara bakılsın. **Bu hastanelerimiz nasıl modernize edilebilir, iş yükü nasıl azaltılabilir, bunun için gerekirse yatak sayıları azaltılabilir. Ama hani o hastaneler kent merkezinde kolay erişilebilir bir sağlık merkezi olarak çalışmaya devam edebilirler** (Yavuz Bey, Hekim).

Bence yatırımlar boşa yatırım. **Ha ne olabilirdi evet bazı eski hastaneler yenilene bilirdi. Hem bina anlamında hem teknolojik anlamda. Ya da az önce dediğimiz gibi şehrin farklı noktalarına 600-800 yataklı hastaneler yapabilirdiniz.** Böylece hem daha ekonomik hem de eskisi gibi devlet hastanesi yöntemle rahatlıkla yapabilirdi. Şehir hastaneleri sağlıklı bir yatırım değil bence (Âdem Bey, Akademisyen).

Kasım Bey eski hastanelerin imkânlarının heba olmamasıyla ilgili şu önerilerde bulunmaktadır:

Örneğin Adana'daki hastane daha 5 yıllık. Ankara'daki hastanelerden bir tanesi 13 yıllık. Şimdi 13 yıl önce hastane binası olarak yaptığınız bir kamu hastanesini 13 yıl sonra ya arkadaş ben yeni bir binaya taşıyacağım bunu diye taşıyıp yıkarsanız. Bu gerçekten yalnızca israf olur. Üçüncüsü taşıdığınız devlet hastanelerinin binalarının ve malzemelerinin olduğu gibi orada bırakıyorsunuz. Yataklar, tıbbi görüntüleme cihazları, ameliyat malzemeleri, yoğun bakım malzemeleri bunlara bu millet para ödedi. Bunlar hepimizin cebinden çıkıyor. **Kullanılabilecek düzeyde ki malzemelerin kullanılmamasını da büyük bir israf kaynağı olarak görüyorum.** (...) Bir başka mesele de şu; şimdi boşalttığı bu hastanelerin şehrin içindeki hastanelerin ne olacağı ile ilgili bir belirsizlik var. İlk Adalet ve Kalkınma Partisi döneminde meclise gönderilen Kamu Hastaneleri Birliği kanununda tasarıda buraların müteveli heyetler tarafından satılması ve kiralanması öngörülüyordu. Sonra bu kanunun yasalaşmadı. Öyle kaldı. Eğer o öngörü devam ediyorsa korkarım ki yalnızca şehrin içindeki hastaneleri kaybetmiş olmayacağız. Aynı zamanda kamuya ve sağlık kuruluşlarına ait bu arazilerin ve binaların bir takım sermaye gruplarına aktarılması da söz konusu olacak ki ben bunun kesinlikle olmaması gerektiğini düşünüyorum. **Yani şehrin içinde kamuya ait bir hastane kapatılmışsa bile orası yine bir sağlık kuruluşu olarak, sağlık kuruluşu olmuyorsa bir yeşil alan olarak çünkü yeşil alanlarda sağlığımıza olumlu etkileyen önemli konulardan bir tanesi kullanılmalı** (Kasım Bey, Akademisyen).

Hastanelerle ilgili önerilerde birincisi mevcut açılan şehir hastaneleriyle ilgili öneriler getirilmiştir. İkincisi ise kapanan hastanelerle ilgili öneriler yer almaktadır. Şehir hastaneleri modelinden vazgeçilmesi gerektiği ciddi bir biçimde vurgulanmıştır. Bunun yanında yeni projelerin imzalanmaması gerektiği ve açılan şehir hastanelerin kamulaştırılması ve ortaklıktan vazgeçilmesi gerektiği diğer öneriler arasındadır. Eski hastanelerle ilgili ise, bu hastanelerin kapatılmaması ve şehir merkezinde oldukları için

modernize edilerek hizmet vermeye devam etmesi önerilmiştir. Ayrıca kapanan hastanelerin imkânlarının heba olmaması ve israf kaynağı oluşturulmaması gerektiğinin altı çizilmiştir.

4.7.6. Yatırımlarla İlgili Öneriler

Yatırımlarla ilgili öneriler arasında daha küçük projelerin olması, yatırımların kamu eliyle ve klasik yatırım modeliyle olması, birinci basamak hizmetlerinin daha fazla güçlendirilmesi ve yatırımlar yapılırken kent planlanmasına dikkat edilmesi gibi konular yer almaktadır.

Daha küçük projelerin yapılmasıyla ilgili bazı katılımcıların önerileri şu şekildedir:

İşte öyle yani. **Bu hastanelerin birden durdurulup yerine ikinci basamak küçük devlet hastanelerinin yapılması lazım şehir merkezlerine** (Umur Bey, Akademisyen). O nedenle bunun böyle şey olarak, **pilot projeler seçilerek, daha ufak projeler olarak yapılsaydı bu modelle yapılmasında bir mahsuru yoktu** (Umur Bey, Akademisyen). Sağlık standartlarını sağlamak için **daha mütevazı bir hastane** yapılabilir. (...) **Hastanelerin daha mütevazı yapılması gerekirdi.** Hasta odaları çok büyük yapılmış. **Standartlara göre yapılmamış.** Bir hasta odasına kapalı alan olarak 355 m2 düşmektedir. Mersin şehir hastanesinde 285 m2 düşüyor. Bunları israf olarak nitelendirebiliriz. **Bu hastaneler butik olsaydı yönetmesi de kolaydı mutlu olması da kolaydı** (Hale Hanım, Yönetici).

Ama şimdi Ankara örneğinde ne oldu 6 tane hastane kapatıldı. 6 tane hastaneyi sen oraya taşıdın devasa bir hastane vatandaş yol yordam bulamıyor ki. **Şehrin farklı bölgelerinde daha küçük ve butik hastaneler olmalıdır.** Adana özelinde bütün hastaneler bir tarafta bir noktaya toplanmış vaziyette. Ama diğer tarafta hastane yok. İnsanlar hep buraya geliyor. Bu yüzden ulaşım noktasında problem oluyor. İnsanlar buraya gelmek için 3 tane vasıtaya biniyor. Ve sabahları burası tıkanıyor (Harun Bey, Yönetici).

İlk başta sözlü söyledim. Neden bu kadar yoğun yatağa karşıyız. Birincisi bilimsel olarak uygun değil. İkincisi siz 1500 veya İstanbul ya da Ankara gibi 2500-3000 yataklı hastane yapacağınıza şehrin 4 veya 6 noktasına 600-800 yataklı 4 tane hastane yaparsınız. Hem sağlık hizmeti daha iyi verirsiniz, hem vatandaşın alacağı sağlık hizmeti çok daha iyi olur diye düşünüyorum (Adem Bey, Akademisyen).

Yatırımların kamu eliyle yapılması ve klasik devlet yatırımı şeklinde olmasıyla ilgili bazı katılımcıların önerileri şöyledir:

Şöyle olamaz mıydı? **Yani tamamen yine kamu hizmeti verip** profesyonel bu işi yönetim işini bilen. Ve alanında gerçekten sterilizasyondan FTR ye kadar birçok alanda iyi hizmet verebilecek olan profesyonel yöneticileri istihdam edebilirsiniz. Ve böylece bu hizmetleri kendiniz verip çok daha iyi şekilde kamu çalışanlarına bu hizmeti verebilir diniz diye düşünüyorum (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Eski yöntemle yapılırsa şehir hastaneleri daha iyi olurdu (Nazlı Hanım, Akademisyen).

Dolayısıyla biz hani bu yatırımların doğrudan kamusal yatırımlar olarak sürmesini ve bu kamu-özel işbirliği modelinden vazgeçilmesini iktisadi açıdan doğru olacağı mesajını alıyoruz alandaki iktisatçıların çalışmalarından (Yavuz Bey, Hekim).

Sağlık yatırımlarının kamusal sağlık kaynaklarla yapılması gerekiyor (Ali Bey, Akademisyen).

İhalesi yapılmamış yerleri eski usul ihalelerle, bu modelde değil ama oralara gerçekten hastane gerekiyorsa **eski usul yöntemlerle yapılabilir** (Cihat Bey, Akademisyen).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile ilgili bazı katılımcıların önerileri aşağıdaki gibidir:

Dolayısıyla her şeyden önce şehir hastaneleri bence şunu da simgeliyor; tedavi edici hekimi ağırlıklı bir hizmetin en görünür olduğu yerler. Bizim toplumumuz zaten hastaneye koşuyor. Öncelikle bunu engellemeliyiz bizim 1. Basamak sağlık kurumlarımız var. Etkili, kademeli bir sevk sistemiyle, **kademeli bir sağlık hizmet basamağı ile yürütmeliyiz. Şehir hastaneleri öncelik olmamalı.** (...) Dolayısıyla ölçeği bu kadar büyümeye, bu kadar çok yatak, bu kadar çok mekânsal büyümeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum. **Tam tersine mevcut sistemin iyileştirip, birinci basamağı güçlendirip hastanelere düşen yükü azaltmanız gerekir.** (...) **Ama bizim geldiğimiz şehir hastaneleri ile hele hele %70 hizmet garantisi ile geldiğimiz nokta tamamen hastane odaklı bir noktadır. Bu her açıdan yanlıştır** (Cihat Bey, Akademisyen).

Bakanlık şehir hastanelerini en ileri teknolojiyle donattığını ileri sürüyor: BT'ler, MR'lar, PET'ler, robotik cerrahi cihazlar. Burada da iki sorun var: A) En genel anlamda bakarsak, Türkiye'nin hastanelere değil **iyi işleyen birinci basamak sistemine ihtiyacı olduğunu görürüz. Türkiye'de aile hekimliği sistemi son derece kötü işliyor.** Burada çalışan hekimlerin yaptığı iş hastaların istedikleri ilaçları reçete etmek. Koruyucu sağlık hizmetleri bir tarafa bırakılmış durumda. Hal böyleyken sürekli olarak hastaneleri gündemde tutmak akıl dışı bir yönelime işaret ediyor (İrfan Bey, Akademisyen).

Sağlık Bakanlıkları niye vardır. İnsanları hastalıklardan korumak için. Koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamak için. **Koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince yapmıyorsunuz onlar yok noktasına gelmiş.** Verilerimiz her geçen yıl hasta sayılarımızın arttığını gösteriyor. O zaman burada şey var sistemde bir çelişki var. Bakanlık tarafı bunu başarılı olarak söylüyor. Ama bize göre sağlık böyle bir şey olmamalı. Biz o zaman neden bu kadar çabalıyoruz. Eğer hastalık sayımız tabi ki belli bir oranda hasta olacak. Ama bizde sadece sistem veriler üzerinden hasta sayısının artması üzerine kurgulanmış. O zaman siz bakıyorsunuz yatak sayısı yetmiyor. O zaman var olan yatak sayısını arttırırsanız kendiniz başarılı bir noktaya çekmiş olursunuz. Ama şehir hastaneleri bunu da yapmıyor. Bakanlıkta var bu veriler. Baktığınız da siz de göreceksiniz. (...) **Birincisi bu hastanelerin iş yükünü azaltmak için basamak sistemi aile hekimliğine biz eğer geçtiysek amaç basamak sistemine geçilmesi lazım.** Basamak sistemine geçildikten sonra evet acillerin iş yükü biraz daha azalır. Çünkü biz şuan dünyada 1 yılda acile kendi nüfusundan daha fazla başvuru yapan tek ülkeyiz. Sevk sistemi olmadığı için. Bunun bakanlık tarafından bence iyice araştırılması lazım biz nerde hata yapıyoruz diye. Bir ülkedeki Sağlık Bakanı hasta sayısının artışı ile değil hasta sayısının azaltılmasıyla övünmelidir. Biz de tam tersi (Adem Bey, Akademisyen).

Kent planlanmasına yönelik Yavuz Bey şu önerilerde bulunmuştur:

Kuşkusuz kentlere yeni hastane kazandırılması gerekiyor. Bunun için dünyanın kabul ettiği bilimsel gerçeklere bakıp ona göre adımlar atmamız lazım. **Tabi değinmediğimiz meselelerden birisi de kent dokusu meselesi, kent planlaması meselesi. Şehir hastanelerinde bununla da ilgili çok ciddi problemler olduğunu görüyoruz. Pek çok şehir hastanesinin aslında şehir dışı hastanesi olduğunu görüyoruz. (...) Ve bu merkezler baştan hastane merkezleri olarak planlanmadığı için kent planlamasında öyle planlanmadığı için çok ciddi problemlerle karşı karşıya kalınıyor** (Yavuz Bey, Hekim).

Sonuç olarak yatırımlarla ilgili öneriler ele alındığında daha küçük ölçekli projelerin ve yatırımların olması gerektiği vurgulanmıştır. Diğer bir ifadeyle yatak sayıları bakımından daha küçük hastanelerin yapılması gerektiğinin altı çizilmiştir. Böylelikle daha etkili ve verimli bir hizmetin sunulduğu düşünülmektedir. Bunun yanında yatırımların kamu kaynaklarıyla klasik devlet yatırımı şeklinde olması gerektiği savunulmuştur. Diğer yandan birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlığa önem verilmesi, yatırımların bu yönde olması gerektiği üzerinde durulmuştur. Son olarak yatırımlar yapılırken kent planlanmasına dikkat edilmesi gerektiği hastanelerin şehrin dışına değil de ulaşım anlamında daha iyi yerlere yapılması gerektiği önerilmiştir.

4.7.7. Şehir Hastaneleri ile İlgili Diğer Öneriler

Şehir hastaneleriyle ilgili diğer öneriler arasından akademik çalışmaların olması ve yurt dışı deneyiminin incelenmesi gerektiğiyle ilgili Pakize Hanım ve Yavuz Bey şu önerilerde bulunmuşlardır:

Ben ekstra şunu söyleyeyim sana belki bunu da tezinde kullanırsın, **burada sadece o tesislerin yönetilmesi değil akademik çevreye de çok ciddi iş düşüyor aslında. Akademik anlamda da belki bu tesislerin daha iyi yönetilmesine yönelik enstitüler kurulabilir, çalışmalar yapılabilir, daha çok uzman yetiştirilebilir, daha çok tez yapılabilir, daha çok yayın yapılabilir.** Daha grup çalışmaları yani nasıl deyim daha akademik gruplar oluşturularak mesela şu anda sen tez yapıyorsun, tek başına yapıyorsun. Ben tez yaptım tek başıma. Hepsini yaptık yaptık raflara koyduk. Oysaki artık bir araya gelip bu tezlerin de bir araya getirilerek daha büyük projeler yapıp çözümler üretmemiz gerekiyor. (...) Bugün geldi hastaneler yönetiliyor hala tam bir yönetim modeli yok ortada mesela. Daha bunun gibi o kadar çok soru var ki. Soruların cevabını şu an bizde bilen yok. Bilen yok yani daha çok çalışma yapıp daha çok belki de daha sorunlar çıkmadan bizim çözüm üretmemiz lazım. Onun için de dediğim gibi bireysel çalışmalardan ziyade enstitü boyut olabilir, gruplar olabilir, çalışma takımları olabilir. **Farklı üniversitelerden farklı uzmanlıklardan bir araya gelip bence bu konuda akademik olarak kapasite yaratmak gerekiyor** (Pakize Hanım, Akademisyen).

BEŞİNCİ BÖLÜM

GENEL DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. GENEL DEĞERLENDİRME ve SONUÇ

Bu çalışma, nitel araştırma yöntemi çerçevesinde yürütülmüştür. Fenomonoloji (olgu bilim) deseni kullanılarak katılımcıların bilgi, deneyim ve gözlemleri bağlamında derinlemesine görüşmeler yapılarak bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde yorumlayıcı fenomenolojik analiz kapsamında elde edilen bulguların yorumlanarak ilgili literatür ışığında değerlendirilmesinin yapılması amaçlanmaktadır. Katılımcılardan alınan görüşler çerçevesinde elde edilen bulgular: şehir hastaneleri yatırımları, sözleşmeleri, finansal sürdürülebilirliği, yönetim yapısı, genel değerlendirme, gelecek riskleri ve öneriler şeklinde temalaştırılmıştır.

Bu araştırmada nitel araştırmanın doğasından kaynaklanan genelleme yapılamayacağı göz önünde buldurulmuştur. Ancak katılımcıların şehir hastaneleri hakkındaki görüşleri tüm yönleriyle ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda şehir hastanelerine ilişkin bir kavramsal harita elde edilmiştir. Katılımcıların şehir hastaneleriyle ilgili görüş, bilgi ve tecrübeleri kapsamında alıntılar değerlendirilmiş ve araştırmacının kişisel görüşleri bağımsız tutularak fenomen haritası çıkarılmıştır.

Şehir hastaneleri konusu Türk sağlık sistemi için artık önem arz etmektedir. Şehir hastaneleri modeli sağlık sistemini birçok yönden etkilemiştir. Bunlar arasında modelin yatırımı, sözleşmeleri, finansal sürdürülebilirliği, yönetim yapısı, genel değerlendirmesi ve gelecek riskleri gibi konular daha çok gündeme gelmekte ve dikkat çekmektedir. Bu konularla ilgili bilinirliğin artması şehir hastaneleri modelinin daha yakından tanınmasına neden olacaktır.

5.1.1. Şehir Hastanelerinin Yatırımlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Şehir hastanelerinin yatırımlarına ilişkin bulgular katılımcıların bilgi, deneyim ve gözlemleri üzerinden değerlendirmeye alınmıştır. Şehir hastanelerinin yatırımlarına ilişkin katılımcıların görüşleri; “Yatırım Gerekçeleri” ve “Yatırım Problemleri” olarak iki üst temada toplanmıştır. Bu temalar her katılımcının bilgi ve tecrübelerini içermektedir.

Böylece katılımcıların şehir hastanelerinin yatırımlarına dair tüm görüşleri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Yatırım gerekçesi üst teması “Yeni Tesislere İhtiyaç Gerekçesi”, “Ekonomik Gerekçeler” ve “Politik Gerekçeler” olmak üzere üç alt temadan oluşmuştur. Yatırım gerekçelerinde katılımcılar yeni tesislere ihtiyaç olduğunu, hastane binalarının eskidiğini ve yenilenmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun yanında şehir hastanelerinin politik ve siyasi bir tercih sonucunda hayata geçirildiği vurgulanmaktadır. Son olarak şehir hastaneleri yatırımının ekonomik sebeplerden dolayı olduğu savunulmuştur. Yani devletin bu denli büyük, lüks ve aynı anda birçok hastane projesinin yapılmasını bütçe yersizliği nedeniyle yerine getiremeyeceği vurgulanmıştır. Bu yüzden de KÖO modelinin kullanımıyla bu hastanelerinin özel sektör finansmanı ile yapılma yoluna gidildiği belirtilmektedir.

Yatırım problemleri üst teması altında “Planlamayla İlgili Problemler”, “Finansmanla İlgili Problemler” ve “KÖO Kullanımıyla İlgili Problemler” olmak üzere üç alt tema oluşturulmuştur. Yatırım problemleriyle ilgili katılımcılar şehir hastanelerinin yeterince planlama yapılmadan hayata geçirildiğini ifade etmişlerdir. Bunlar arasında hastanelerin yer seçimlerinin iyi olmadığına, proje yapım ölçütlerine uyulmadığına, fizibilite eksikliğinin olduğuna ve ihalelerle ilgili sıkıntıların olduğuna dikkat çekmişlerdir. Yine planlamayla ilgili olarak pilot projenin yapılmaması ve hastanelerin kampüs yapısıyla ilgili problemlere değinmişlerdir. Finansmanla ilgili olarak şehir hastaneleri yatırımlarının yüksek maliyet oluşturduğu, pahalı bir finansman modeli tercih edildiği ve bunun da mali yük getireceği yönünde açıklamaları olmuştur. Şehir hastane yatırımlarında KÖO modelinin kullanılmasıyla ilgili olarak, doğru bir yatırım modeli olmadığı, bu modelin rant oluşturduğu ve kaynakların israf edilmesine neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca projelerin gereksiz büyümelerine sebep olduğu, özel sektörün yatırım tutarını kısa sürede karşıladığı ve kamu yararı sağlamadığı yönünde açıklamalar olduğu görülmüştür.

Emek, (2019:30) KÖO ortaklığı projeleriyle ilgili Dünya Bankasının 2017 yılında yaptığı ve Türkiye’de dâhil 82 ülkeyi kapsayan bir çalışmaya dayanarak, bu çalışmanın Türkiye’deki KÖO fizibilite çalışmaları konusunda iyi şeyler söylemediğini belirtmektedir. *Ayrıca bu çalışmaya göre yasal olarak ayrıntılı biçimde fizibilite yapma gerekliliği bulunsa da Bakanlıkların uygulamadaki izleyecekleri kurallar ve usulleri*

belirleyen özellikli yöntemler bulunmamaktadır. Örneğin, ekonomik analiz değerlendirmesi, ücretin bütçe veya kullanıcılar tarafından ödenebilirliğinin incelenmesi, risklerin belirlenmesi ve paylaştırılması ve KÖO ve geleneksel tedarikinin karşılaştırılmasının değerlendirilmesi konularında uygulamacılara belirli bir metodolojiye dayanmayan ve genellikle başarısız fizibilite çalışmaları yapıldığını ifade etmektedir. Bu bağlamda şehir hastanelerinin yatırımlarıyla ilgili bu metodolojilerin yeterince yapılmadığı söylenebilir. SB'nin bu konularla ilgili herhangi bir yayının olmaması bu analizlerin yapılmadığını dair kanıtları güçlü kılmaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmetleri için yatırımlara ihtiyaç vardı. Yeni tesislerin yapılması ve hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi önemli bir husustu. Ancak bunu kamu kendi imkânlarıyla yani KÖO modelini kullanmadan yapabiliirdi. Sağlığın kendine has özelliklerinden dolayı yatırımların kamu eliyle olması üzerinde durulması gereken bir konudur. Yurt dışı deneyimlere bakıldığında bu modelin sağlık hizmetleri için pek de sağlıklı olmadığı görülmektedir. Flinder (2005: 227-228) bu durumu “KÖO projeleri melez bir yapı oluşturarak karmaşıklık getirmektedir” ve “bu melezlik ve karmaşıklık, KÖO'ların faaliyetlerini denetlemek ve düzenlemek için sıklıkla ikincil yarı-özerk organizasyonların oluşturulmasıyla da daha da artmaktadır” şeklinde ifade etmektedir. Diğer yandan KÖO yöntemiyle ilgili Pala (2018: 135) “İngiltere ve Kanada gibi ülkelerdeki uygulamalar tek başına kamu sektörü ile karşılaştırıldığında; kamu-özel ortaklığı yönteminde sermaye maliyetinin daha pahalı, inşaat maliyetinin daha pahalı ya da aynı, işlem maliyetinin daha pahalı ve değişkenliğin daha riskli olduğunu” ifade etmektedir. Son olarak Akintoye ve diğerleri (2003: 468-469) tarafından yapılan çalışmada “KÖO kullanımının maliyetini yüksek olduğu, sözleşmelerin uzun ve karmaşık olmasından kaynaklı çok çeşitli problemler görüldüğü” sonucu çıkmıştır.

5.1.2. Şehir Hastanelerinin Sözleşmelerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

KÖO bağlamında ihaleyi alan yüklenici firmayla kamu arasında bir sözleşme imzalanmaktadır. Şehir hastaneleri de imzalanan bu sözleşmeye göre yapılmakta ve işletilmektedir. Sözleşmeler şehir hastanelerinin bir nevi anayasası hükmündedir. Her şey bu sözleşmelere göre yürütülmektedir. Bu sözleşmeler uzun süreli imzalanmasından ve daha birçok faktörden kaynaklı çeşitli problemler içerebilmektedir. Bu çalışmada da sözleşmelerle ilgili bazı problemler gündeme gelmiştir. Katılımcıların şehir

hastanelerinin sözleşmeleri ile ilgili görüşleri “Sözleşmelerin Kamuoyuyla Paylaşılması”, “Sözleşmelerin İçeriği ile İlgili Problemler”, “Sözleşmelerin Uygulanması ile İlgili Problemler”, “Sözleşmelerin Hukuki Yönleriyle İlgili Problemler”, “Kamu Özel Sektör Arasında Asimetrik Bilgi” ve “Sözleşme ile İlgili Diğer Durumlar” olmak üzere altı temadan oluşmaktadır.

Sözleşmelerin ticari sır olarak kamuoyuyla paylaşılması önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum şehir hastaneleri hakkında bilgi edinmeyi engelleyerek projelerin gerek yapım maliyeti gerek ise kira ve işletme giderleri gibi daha birçok konu hakkında bilinmezliği meydana getirmektedir. Bu projelerin giderlerini vatandaşların kendisi karşıladığı ya da ödemesini vergi mükellefi olarak vatandaş üstlendiği için ticari sır gerekçesi pek makul görünmemektedir. Sözleşmelerin içeriği ile ilgili problemler arasında sözleşmelerin çeviri olması, getirdiği kısıtlar ve yükümlülükler, sözleşmelerin risk dengesi, garantilerin olması, sözleşmelerin anlaşılabilirliği, gereksiz verilen garantilerin olması ve bazı hizmetlerde adet başı garanti verilmesi ile ilgili konular dikkat çekmektedir. Sözleşmelerdeki garanti miktarları kamuoyunda ciddi eleştirilere neden olarak sağlık sektöründe bunun etik olmadığı vurgulanmaktadır.

Sözleşmelerin uygulama problemleri ilgili olarak gri alanların olması, Ek-22 sorunu, sözleşme revizyonu ve işletme sürecinde sözleşme dışı şahsi talepler gibi konular öne çıkmaktadır. Burada sözleşmelerden kaynaklı gri alanların olması işleyiş sürecinde bazı problemler yaşanmasına neden olmaktadır. Yine Ek-22’nin çalıştırılamamasından kaynaklı problemlerde gündeme gelmektedir. Diğer yandan sözleşmelerde hukuki olarak bir anlaşmazlık olduğunda uluslararası tahkime gidebilme durumu ciddi eleştirilere sebep olmuştur. Sözleşmelerde herhangi bir anlaşmazlığın olması durumunda Türk mahkemelerin görevli olmaması bir problem olarak ifade edilmiştir. Bunun yanında imzalanan bu sözleşmelerin, sözleşme hukukuna aykırılıklarının olduğu da vurgulanmıştır.

Sözleşmelerle ilgili olarak kamu ve özel sektör arasında asimetrik bilginin olması diğer dikkat çekilen bir faktördür. Sözleşmelerde özel sektörün baskın olması, sözleşmelerin özel sektörün lehine olması, sözleşmelerin kamu tarafını yeterince korumaması ve kamu çalışanlarının sözleşmeleri yeterince bilmemesi gibi konular katılımcılar tarafından öne çıkarılmaktadır.

Özel sektörün bu sözleşmelere çok iyi hâkim olduğu, bu alanda uzman avukat ve yöneticilerle çalışmasından dolayısıyla daha baskın oldukları düşünülmektedir. Sözleşmeleri özel sektör hazırladığı, bu yüzden sözleşmelerin kurgusal olarak özel sektörü daha fazla koruduğu ve çıkarlarını gözettiği söylenilmektedir. Bu bağlamda kamunun sözleşmeler noktasında elinin daha zayıf ve daha dezavantajlı bir konumda olduğu söylenebilir.

KÖO ortaklığı sözleşmeleriyle ilgili olarak uluslararası literatürde finansal netlik, hesap verilebilirlik, şeffaflık, standardizasyon ve prosedürlere uygunluk önemli bir konudur (Asenova vd., 2002:6; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006: 115). İngiltere’de KÖO’nun tedarik ve geliştirilmesinde yer alan ana paydaş gruplarının temsilcileriyle yapılan ve 68 görüşmeye dayanan bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada uygulayıcıların bu programların uygulanmasında karşılaşılan sorunlar hakkındaki görüşleri analiz edilmiştir. Sonuç olarak çalışmayla mevcut sorunların kaynakları ve çözümleri konusunda kayda değer bir anlaşmazlık olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında daha uygun maliyetli ve daha kolay yönetilebilirlik sağlamak için KÖO projeleri tedarikinin daha da standartlaştırılması gerektiği ve sözleşmelerin dikkatli bir şekilde yapılması vurgulanmaktadır (Asenova vd., 2002: 5).

Avrupa Birliği hukuku KÖO düzenlemeleri için belirli kurallar koymamaktadır. Ancak üçüncü taraflarla yapılan sözleşmelerin, 1957 Roma antlaşmasından kaynaklanan kural ve ilkelere tabi olduğu belirtilmektedir. Bu ilkeler; eşit işleyiş, karşılıklı kabul, şeffaflık ve orantılılıktır. Bu ilkeler, kamu sözleşmelerinin hükümlerine ilişkin prosedürlerin koordinasyonu açısından önem arz etmektedir. Örneğin şeffaflık ilkesi; kamu ihale makamının satın alma prosedürünün tüm aşamalarındaki adımların şeffaflığını korur. Bu nedenle, kamu ihale kurallarının dayandığı öncül, devlet sözleşmelerinin, tüm adayların eşit muamele gördüğü şeffaf ve doğrulanabilir bir kamu ihale prosedürü ile verilmesi gerektiğidir. Hükümetin kamu sorumluluğu vardır ve kamu fonlarını harcar. Bu açıdan hükümet, kamu projeleri geliştirmek için rekabetçi bir ihale süreci yoluyla sözleşmeler yapmalıdır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006: 59). Flinders (2005: 228-229) KÖO sözleşmelerinin karmaşıklık ve esneklik noktasında bazı sorunları da beraberinde getirdiğini belirtmektedir. Ayrıca sözleşmelerin uzun süreli olması ve herhangi bir hükümet ya da politika değişikliklerinde sözleşmelerin yeniden müzakere edilmesinde kamunun yüklenici firmaya göre daha güçsüz bir konumda olacağını

vurgulamaktadır. Son olarak KÖO sözleşmeleri kamunun hesap verebilirlik yapılarını bozduğunu ifade etmektedir.

Görüldüğü gibi KÖO sözleşmeleri ciddi riskleri ve problemleri barındırmaktadır. Şehir hastaneleri sürecinde de yukarıdaki gibi problemlerle karşılaşmaktadır. Nitekim 2019 yılını Eylül ayında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Sayıştay Denetim Raporunda da şehir hastanelerinin sözleşmeleriyle ilgili çeşitli problemlere dikkat çekilmektedir. Bunlardan birkaç tanesine değinecek olursak; *hizmete giren şehir hastanelerine ait sözleşmelerde nüsha farklılıkları, atıf hataları ve mahiyeti belirsiz hükümlerin bulunması, şehir hastanelerine ilişkin sözleşmelerde yer alan bazı hükümlerin 6428 sayılı kanun hükümlerine aykırı olması ve şehir hastanelerine ait sözleşmelerin tadil edildiği ve bunların yetkili makamlar tarafından usulüne uygun yapıldığına ilişkin güvence elde edilememesi gibi problemler* olarak karşımıza çıkmaktadır (Sayıştay Başkanlığı, 2019). Sayıştay raporuna yansıyan sözleşmeler ve ilgili diğer problemler bu çalışmanın bulgularını da destekler niteliktedir.

5.1.3. Şehir Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Şehir hastanelerinin bir diğer yönü de finans konusudur. Bilindiği üzere bu hastaneler özel sektör üzerinden yurt dışı finansmanı sağlanarak hayata geçirilmektedir. Kamu bu durumda özel sektöre borçlanmakta özel sektör de uluslararası finans kuruluşlarına borçlanmaktadır. Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile katılımcıların verdikleri cevaplar olumlu görüşler ve olumsuz görüşler olmak üzere iki tema altında toplanmıştır. Olumsuz görüş beyanında bulunan katılımcılar yüksek bir oranla dikkat çekmektedir. Şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğiyle olumsuz görüşler yüksek maliyetlerin olması ve vatandaşa yasıma olmak üzere iki alt tema altında toplanmıştır.

Şehir hastaneleriyle ilgili yüksek maliyetlere dair konular arasında bütçeye yük getirmesi, kiraların sürdürülemez oluşu, yüksek maliyetler oluşturması, borç yükü oluşturması, maliyetli kira ve kullanım giderlerinin olması, dövizin yükselmesi, gereksiz ödeme ve garantilerin olması, kamu zararının oluşması ve meşru olmayan borçlar oluşturması gibi durumlar yer almaktadır. Bu gibi nedenlerle şehir hastanelerinin finansal olarak pek de sürdürülebilir olduğu görülmemektedir. Bununla ilgili bazı durumlar

Sayıştay Raporunada yansımıştır. Bu raporun (Sayıştay Başkanlığı, 2019:14-64) bazı maddeleri şöyledir; *“hizmete giren şehir hastanelerine ait varlık ve yükümlülüklerin kayıt edilmemesi, kira ödemelerinin hatalı muhasebeleştirilmesi ve muhasebe içi envanter işlemlerinin yapılmaması”, “sağlık tesislerinin yüksek doluluk oranlarına ulaşmış olmalarına rağmen miktara bağlı hizmetlerin alt kırılımlarında talep garanti miktarlarının altında kalındığı tespit edildiğinden, planlama aşamasında verilecek garanti miktarlarının ihtiyaç analizi yapılarak belirlenmediği”, “Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinde tüp bebek birimi bulunmaması ve hizmet alınmamasına rağmen laboratuvar hizmetleri altında tüp bebek birimi için garanti bedeli ödenmesi” ve son olarak “kullanım bedeli” ve “hizmet ödemelerine” ilişkin olarak şirket tarafından ödenmesi gereken damga vergisinin idare tarafından üstlenilmesi”, “kullanım bedeli” ve “hizmet ödemeleri ”ne ilişkin olarak şirket tarafından ödenmesi gereken damga vergisinin idare tarafından üstlenilmesi”.*

Yine aynı raporda (Sayıştay Başkanlığı, 2019:69) şöyle bir tespit de yer almaktadır; *“işletme dönemine geçmiş sekiz şehir hastanesine ait harcama belgeleri (ödeme emri belgeleri ve ek hakedişler) üzerinden yapılan inceleme ve denetimlerde, hizmet ödemeleri kapsamında miktara bağlı olarak birim fiyat üzerinden ödemesi gerçekleştirilen atık, sterilizasyon, çamaşırhane, yemek ve görüntüleme hizmetlerinin temin ve hizmet ödemelerine ilişkin alt kalemlerin belirlenmesinde, sınıf ve çeşit açısından belirlenmiş bir standardın bulunmadığı ve buna bağlı olarak ödeme kalemlerinin farklılaştığı görülmüştür”.* Rapor bununla ilgili bir örneği şu şekilde vermektedir; *“diğer taraftan mahallinde yapılan incelemelerde, Yozgat Şehir Hastanesinin çamaşırhane hizmetlerini yürüten alt yüklenicisinin, Sorgun Devlet Hastanesine 4734 sayılı Kanun kapsamında aynı hizmeti sunduğu görülmüştür. Sorgun Devlet Hastanesine hizmet karşılığı olarak teklif ettiği bedel ile şehir hastanesine sunduğu çamaşır hizmetinin ortalama birim fiyatı arasında 14 kat fiyat farkı olduğu tespit edilmiştir”.* Bu ve benzeri gibi durumlar şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili kafalarda soru işareti bırakmaktadır.

Emek (2018: 94-95) *“Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı”* çalışmasında Bilkent Şehir Hastanesinin Klasik (Kamu Yatırımı) ve KÖO yöntemlerine göre yapılmasını maliyet açısından karşılaştırmıştır. *“Bu karşılaştırma sonucunda Bilkent Şehir Hastanesi klasik yöntemdeki maliyeti yaklaşık 3.9 milyar TL iken, KÖO yönteminde*

maliyeti yaklaşık 6.8 milyar TL olmaktadır. Bu durumda klasik yöntemin maliyetinden %173 daha pahalı olan KÖO yöntemi kamu finansmanına ve dolayısıyla vergi mükelleflerine yaklaşık 2.9 milyar TL ekstra yük getirdiği” görülmektedir. Diğer taraftan gerek ulusal gerek ise uluslararası pek çok çalışmada da KÖO uygulamalarının finansal olarak daha pahalı ve bununla yanında da bir dizi sorunu beraberinde getirdiği söylenmektedir. Bununla ilgili olarak Avrupa Sayıştay’ının (European Court of Auditors, 2018:9-10) yapmış olduğu kapsamlı bir çalışma dikkat çekmektedir. Bu çalışma 2000-2014 yılları arasında Fransa, İrlanda, İspanya ve Yunanistan’da uygulanan 12 proje üzerinde yürütülmüştür. Bu kapsamda projelerde KÖO’dan beklenen faydaların sağlanıp sağlanmadığına yönelik denetimler gerçekleştirmişler.

Bu denetimler sonucunda yayınlanan özel raporda KÖO yapılan projelerin her zaman etkili bir şekilde yönetilemediği, inşaat aşamasında gecikmelere ve büyük maliyet artışlarına sebep olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda projelerin yetersiz kullanıldığı ve bu yüzden etkili ve verimli olmadığı vurgulanmaktadır. Bunların yanında kurumsal kapasite ve yasal çerçeveler konusunda eksikliklerin olduğu ve bu yüzden paranın değeri ve diğer stratejik analizlerin yapılmadığına yönelik tespitler yer almaktadır. Bununla birlikte, projelerin normalden daha büyük bir ölçekte uygulanmasının ve proje tasarımının, finansmanın, inşaatın, işletme ve bakımın tek bir sözleşme ile birleştirilmesinin, düşük rekabet riskini artırdığını ve genel proje karmaşıklığı getirerek kamu otoritesini bağımlı konumuna getirildiğini görmüşlerdir (European Court of Auditors, 2018:9-10).

Son olarak Avrupa Sayıştay’ı KÖO projelerinin finansal kapanışa ulaşmada güçlükler çektiği, ekonomik ve finansal krizlere karşı daha büyük kırılganlıklar getirdiği, borç verenlerin geri çekilme riskine karşı kamu tarafından karşılanacak önemli ek maliyetlere yol açtığı yönünde tespitleri vardır. Bu kapsamda KÖO projelerinden beklenen faydaların yeterince sağlanamadığı sonucuna ulaşmışlardır. Avrupa Sayıştay’ı KÖO projeleri ile ilgili üye devletlere bu rapordaki sorunların ele alınıp çözümü için getirilen öneriler ve yeterli stratejik analizler yapılmadan bu projelerin yoğun ve yaygın kullanımının teşvik edilmemesini vurgulamıştır (European Court of Auditors, 2018:49-51). Bu bağlamda şehir hastaneleri projeleri kapsamında da finansal olarak karşımıza pek te iç açıcı tablo çıkmamaktadır. Sonuç olarak bu projeler uzun süreli sözleşmelerle

yürütüldüğü ve çeşitli yükümlülükleri içerdği için finansal sürdürülebilirlik yönünden risklidir.

5.1.4. Şehir Hastanelerinin Yönetim Yapısına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Şehir hastanelerinin yönetsel yönü ile ilgili katılımcılar çeşitli problemleri gündeme getirmişlerdir. Bununla ilgili katılımcıların verdiği cevaplar “merkezi yönetim problemleri”, “personel yönetimi ile ilgili problemler”, “koordinasyon problemleri”, “kurum kültürü oluşmaması”, “ikili yönetim (kamu özel yönetim) yapısı” ve “diğer yönetsel problemler” olmak üzere altı temada toplanmıştır. İkili yönetim yapısıyla ilgili olarak başhekimlik makamının zayıflaması, özel sektörün baskın olması, işleyiş problemleri ve çift başlılığın bulunması gibi problemler vurgulanmıştır. Yönetsel bazı problemler sözleşmelerle belirlenen özel sektörün hastanedeki 19 kalem hizmeti yürütmesinden kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle başhekimlik yetki ve sorumluluk alanlarının daralması ve pozisyonunun zayıflaması bir problem olarak görülmektedir. Yönetsel süreçlerde başhekimlik makamının yeterli söz sahibi olmamasından kaynaklı bazı işleyiş problemleri olduğu görülmektedir. Katılımcılar özel sektörün pozisyonundan dolayı çift başlılık yaşandığına dikkat çekmişlerdir. Ayrıca sözleşmelerden kaynaklı işleyişte gri alanların olması, yeni cihaz ve tıbbi malzeme alımı gibi alanlarda problemler olduğunu dile getirmişlerdir.

Bunların yanında yönetsel problemler olarak kalifiye yönetici eksikliği, insan kaynağı israfı, büyük yapıların koordinasyonunun zorluğu ve ekip anlayışında zayıflamanın olması gibi problemler de gündeme gelmiştir. Şehir hastanelerinin makro düzeyde yönetsel problemleri olduğu da gözlemlenmiştir. Bunlar arasında denetim eksikliği, bürokratik hantallık, mevzuat eksikliği, taşradaki sorunların merkezde yeterince yer almaması gibi konulardır. Son olarak şehir hastanelerinin yönetimiyle ilgili problemler arasında kurum kültürünün oluşmaması da dikkat çeken bir konudur. Yönetici yapılarındaki yüksek sirkülasyonun kurum kültürü oluşmasını engellediği yönünde çıkarımlar mevcuttur. KÖO uygulamalarının doğasında bulunan karmaşıklık yönetim süreçlerine de yukarıda görüldüğü gibi yansımaktadır. Şehir hastaneleri yönetim süreçleri, imzalanan sözleşmelerden de kaynaklı çeşitli problemlerle karşılaşabilmektedir. Bu sözleşmelere daha iyi hâkim olan özel sektör, yönetim süreçlerinde daha etkin pozisyonlarda kendilerini konumlayabilmektedir.

Bununla ilgili olarak KÖO projeleri İngiltere’de, tasarım ve inşaat aşamalarında başarı göstermesine rağmen işletme aşamasında bazı önemli problemler göstermiştir. Bunun başlıca nedeni, kamu tarafının sözleşme yönetimindeki başarısızlıklarından kaynaklanmaktadır. Yaygın olarak bu başarısızlık tedarik ekibi ile sözleşme yönetim ekibi arasındaki bilgi aktarımından kaynaklanmaktadır. Bunun sonucunda da özel sektörün kamudan bilgi saklamasına ve “ahlaki tehlike” sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bilgi paylaşımının olmaması, bir süre sonra kamunun sözleşme yönetiminde bir boşluğun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da kamu tarafının sözleşmelerin doğru uygulanmasını kontrol etme yeteneği azalmaktadır. İngiltere deneyimi göstermiştir ki, özel sektörün performansının etkin bir şekilde izlenmelidir. Bununla ilgili güvenilir yaptırımlar, performans ölçümü, ödeme kesinti hükümleri tasarlanmalı ve dikkatle uygulanmalıdır (Renda ve Schrefler, 2006:5). Kamu açısından sözleşmelere hâkim olmanın gerek imzalanma sürecinde gerek ise imzalandıktan sonra yönetim sürecinde sağladığı çok büyük faydalar vardır.

Diğer yandan şehir hastaneleri yönetim süreçleri ilgili yaşanan problemlerle ilgili Sayış Raporunun (Sayıştay Başkanlığı, 2019:23-60) tespitleri vardır. Bunlardan bazıları; *“şehir hastanelerine ilişkin yatırım, hizmete alınma ve hizmetlerin yürütülmesi sürecinde iç kontrol sisteminin oluşturulmaması nedeniyle planlama, iletişim, koordinasyon ve uzmanlaşma eksikliğinden kaynaklanan sorunların yaşanması”, “şehir hastanelerinde görevli idare personelinin sık değiştirilmesinden dolayı uzmanlaşma ve kurum hafızasının sağlanamadığı”, “bakanlıkça KÖO konusunda taşra birimlerine modelin ülkemizde yeni olmasına rağmen, yeterli idari, hukuki ve teknik desteğin sağlanmadığı” ve “hastanelerin uygulama projelerinin taşra teşkilatında bulunmaması nedeniyle, tıbbi alanlar dışında kalan kısımların idare personeline mi yoksa görevli şirket personeline mi kullanılacağı belirlenemediği ve ticari faaliyetlerin yürütüleceği net alanların tespit edilemediği”, “şehir hastaneleri sözleşme ve eklerinde belirlenen cins ve sayıda tıbbi cihaz ve ekipmanların sağlık tesisinde bulunmaması” ve “şehir hastanelerinin uygulama projelerinin taşra teşkilatında bulunmaması nedeniyle, idarenin kullanacağı alanlar ile ticari alanların tespitinin yapılamaması”* şeklindedir. Ayrıca Sayıştay (Sayıştay Başkanlığı, 2019:24-25), şehir hastanelerinin yönetimiyle ilgili, bu çalışmada da benzer şeyler tespit edilen şöyle bir öneride de bulunmaktadır; *“modelin ülkemizde yeni bir model olması, sözleşmelerin çok tafsilatlı oluşu, sözleşme terminolojisine aşina*

olmama, yönetim modeline yabancılık ve bütün bunlardan kaynaklanabilecek uyumsuzlukların olağan usullerle çözülememesi durumunda tahkime başvurulma riski gibi nedenlerle, uygulayıcıların yükleniciler gibi sözleşmelere hâkim olması gerekmekte ve yetersiz kalınan yerlerde, merkez tarafından sağlanacak idari, hukuki ve teknik desteğe ihtiyaç bulunmaktadır. Böylelikle şehir hastanelerinin yönetiminde daha etkin olunacaktır.

5.1.5. Şehir Hastanelerinin Gelecek Risklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışma bulgularına göre, şehir hastanelerinde gelecek riskleri ile ilgili sonuçlar “Ekonomik Riskler”, “Politik Riskler”, “Yönetimle İlgili Riskler”, “Hastanelerle İlgili Riskler” ve “Sözleşmelerle İlgili Riskler” olmak üzere beş üst tema altında değerlendirilmiştir. Ekonomik risk olarak gelecekte planlanan diğer şehir hastanelerin de açılmasıyla bütçe üzerine bir yük getirmesi söz konusudur. Şehir hastanelerinin yüksek maliyetlerine ilişkin durum bütçe ödeneklerine de yansımıştır. 2018’de şehir hastaneleri için bakanlığın bütçesinden ayrılan ödenek 2 milyar 544 milyon TL’dir. Bu miktar SB bütçesinin %6,6’sına tekabül etmektedir. Bu oran 2019 yılında 6 milyar 150 milyon TL yani bütçenin %12,4’üne karşılık gelmektedir. 2020 yılı için ise şehir hastaneleri için ayrılan ödenek 10 milyar 610 milyon TL olmuştur. Bu para SB genel bütçesinin yaklaşık %18’ine denk gelmektedir. Görüldüğü üzere yıllara göre artan bir oran dikkat çekmektedir. Şuan için 10 tane şehir hastanesinin gideri bu kadardır. Açılacak olan diğer hastanelerle bu oran artmaya devam edecektir. Bu durum gelecekte ekonomik olarak bir risk faktörünü içerebilir.

Yönetim riskleriyle ilgili olarak kamunun yetersiz olması, yönetim reflekslerinin yitirilmesi, karmaşık çalışma biçimleri olması, denetimin zorluğu, kutuplaşmanın olması ve problemlerin ilerde patlak vermesi gibi konular dikkat çekmiştir. Burada şehir hastanelerinin sözleşme sürelerinin biterek kamuya devri gerçekleşince kamunun bu yerleri yönetebilmesi bir risk oluşturmaktadır. Uzunca bir süre bazı yönetsel fonksiyonlardan uzak kalınarak kamunun yönetim refleksinin zayıflayacağı konusunda endişeler mevcuttur. Diğer yandan sözleşmelerin uzun vadeli olması ve teknoloji yoğun hizmetlerde uzun süreli sözleşmelerin imzalanması da bir risk olarak değerlendirilmektedir. İlerleyen zamanlarda değişen şartlara bu sözleşmelerin ayak uydurması gibi noktalarda da bazı riskler mevcuttur.

Songur ve Top (2018: 177) tarafından yapılan 29 farklı paydaş kurumun üst düzey yöneticilerden oluşan 97 katılımcı ile “*Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması*” adlı bir araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada da risk faktörleri ilgili olarak benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmaya göre “*entegre sağlık kampüs projeleri konusunda KÖİ’ye ilişkin olası risk faktörleri altı kategoride toplanmış ve katılımcılardan bunları önceliklendirmeleri istenmiştir. Buna göre entegre sağlık kampüs projelerinde en büyük risk, finansal risk olarak düşünülmüştür. Bunun yanında sırasıyla işletme riski, politik risk, yasal risk ve pazar ve gelir riskleri gelmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu çevresel risklerin entegre sağlık projeleri altyapısında diğer risklere göre daha düşük öncelikli olduğunu düşünmektedir. Bu soruda sadece bir katılımcı diğer seçeneğini yanıtlamış ve KÖİ projelerinde “uluslararası tahkim riskinin” bir risk unsuru olabileceğini savunmuştur*”. Songur ve Top (2018) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları bu araştırmanın sonuçlarıyla yukarıda anlatıldığı üzere şehir hastanelerinin riskleri üzerine benzer bulgular göstermektedir.

Bunun yanında hastanelerle ilgili de bir takım riskler bulunmaktadır. Bunlar arasında yatak doluluk riski, malpraktis uygulamalar, enfeksiyon riski, inşaat ve bina riski, sağlık hizmetlerinin devri riski ve erişim riskleri gibi konular yer almaktadır. Hastaneler burada sözleşmelerin getirmiş olduğu hizmet garanti miktarları yani doluluk oranlarını tutturmalıdırlar. Sağlık Bakanlığının son yıllardaki yatak doluluk oranlarına bakıldığında % 70’ler düzeyinde olduğu gözlemlenmektedir. Son olarak politik risk olarak ülke politikaları ve ülkenin finansal riski gündeme gelmektedir. Politika değişiklikleri ve ülkenin finansal durumu gelecekte şehir hastaneleri açısından da bazı riskler taşımaktadır.

5.1.6. Şehir Hastanelerinin Genel Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Şehir hastanelerinin genel değerlendirilmesinde katılımcıların verdikleri cevaplar “Avantajlar” ve “Dezavantajlar” olmak üzere iki tema altında toplanmıştır. Avantajlar teması kendi içerisinde “Fiziksel İmkanlar”, “Teknolojik Donanım”, “Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kullanılması” ve “Diğer Avantajlar” olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Şehir hastanelerinin yeni tesisler olmasından kaynaklı fiziksel imkânları

oldukça iyi olarak değerlendirilmektedir. Hastanelerin oldukça modern bir yapısı, ferah dinlenme salonlarının olması, nitelikli yataklara sahipliği ve teknolojik donanımıyla avantajlı bir konumda olduğu vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra KÖO kullanımından kaynaklı bazı avantajlar da içermektedir. Bunlar özel sektör hizmetleri ve otelcilik hizmetlerinden kaynaklanmaktadır. Özel sektörün bazı hizmetlerde hızlı performans göstermesi, yatırımların hızlı yapılması, görüntüleme hizmetlerinde hızlı sonuçlar alması ve bazı kayıp kaynakların önlenmesinde başarı gösterdiği söylenmiştir. Otelcilik hizmetleri olarak kaliteli hizmet, temizlik ve yemek gibi konularda avantajlar sağladığı yönünde bilgiler verilmiştir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda şehir hastanelerindeki bu imkânların hasta memnuniyeti olumlu bir biçimde etkilediği sonucu çıkarılabilir.

Nitekim 2018 yılında bir şehir hastanesinde gerçekleştirilen memnuniyet araştırmasında, hastaneden hizmet alan hastaların genel memnuniyet durumları oldukça yüksek çıkmıştır. Çalışma sonucunda özellikle hastanede kullanılan araç gereçlerin kalitesi, muayene odaların rahatlığı, hijyen koşullarının uygunluğu ve hastanenin fiziki görünümü ve ferahlığının hastaları memnun ettiği görülmüştür. Ayrıca hastalar hastane genel kalitesinden, muayene olunan birimlerden ve danışma ve yönlendirme hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Gökkaya vd., 2018). Bu bağlamda şehir hastanelerinin hastaya yansıyan yönü bazı noktalarda pozitif olarak değerlendirilebilir. Özetle şehir hastanelerinin hasta memnuniyetine olumlu katkı yaptığı rahat bir şekilde ifade edilebilir.

Songur ve Top (2018: 174-175) tarafından yapılan çalışmada KÖO kullanımının ya da tercih edilmesine ilişkin görüşler ele alındığı şu faktörler öne çıkmaktadır; *“özel sektörün alt yapı becerisi, verimli çalışması, büyük projeleri kapsamı, paranın karşılığının elde edilmesi, risk devri, yasal düzenlemeler, özel sektörün kaynak aktarımı, kamunun finansman sorunu, birlikte çalışabilirlik ve öğrenilebilirlik ve yeni kamu yönetimi politikası”* olmak üzeredir. Bu kavramlar şehir hastanelerinde KÖO modelinin kullanılmasını kolaylaştırmıştır. Bu noktalarda çeşitli avantajlar elde edildiği söylenilebilir. Yapılan bu çalışmada da KÖO kullanımından benzer avantajlar yukarıda anlatıldığı gibi görülmektedir.

Şehir hastanelerinin dezavantajlar yönüyle ilgili olarak “Bina Yapıları”, “Ulaşım Problemleri”, “Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı”, “Çalışan Problemleri”, “Şeffaflığın

Olmaması”, “Özelleştirmenin Olması” ve “Diğer Dezavantajlar” olmak üzere yedi tema oluşturulmuştur. Hastanelerin bina yapıları büyüklük ve mimari yapı olmak üzere iki açıdan değerlendirilmiştir. Şehir hastanelerinin büyük yapılmasından kaynaklı bazı problemler gündeme gelmiştir. Bunlar arasında büyüklüğün ölü alanlar oluşturması, boş alanların fazla olması, kuruluş ölçeği standardının üstünde olması, büyük alanların atıl kapasite oluşturması, konsültasyonların zor olması, etkililik ve verimlilik ilgili sorunlar, hasta güvenliği, hastane içi ulaşım ve yorucu olması gibi konular gelmektedir.

Şehir hastanelerinin yatak kapasiteleri standartların üstünde olmasından dolayı çeşitli dezavantajlarının olduğu söylenmektedir. Şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alanın çok fazla olması verimlilik ve etkililik konularında soru işaretleri barındırmaktadır. Çünkü bu alanların fazla olması başta enerji/elektrik olmak üzere temizlik, ısıma-soğutma ve bakım-onarım gibi giderlerin artmasına neden olmaktadır. Şehir hastanelerinin bu denli büyük yapılmasının hem yapım maliyetlerinin hem de kullanım maliyetlerinin artmasına neden olduğu için dezavantajlı olarak değerlendirilmektedir. Şehir hastanelerinin büyük yapılması ölü alanların ve atıl kapasite oluşmasına, hastane içi hizmetlerin sağlanmasında ve yönetiminde zorluklar çıkarması ve hastane içi ulaşım gibi noktalarda problemlere neden olduğu söylenmektedir.

Şehir hastanelerinde ortalama yatak başına 287 m² kapalı alan düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelere bakıldığında yatak başına düşen kapalı alanın genel olarak 150-200 m² dolaylarında olduğu görülmektedir. Örneğin Danimarka’da yeni yapılan New Koge Üniversite Hastanesi’nde yatak başına 197 m² kapalı alan düşmektedir. Binaları büyük ölçülerde yapmakla ünlü ABD’de büyük hastane binalarının enerji kullanımıyla ilgili bir raporda büyük hastanelerde hasta yatağı başına düşen kapalı alanın ortalama olarak 198 m² olduğu açıklanmaktadır (Pala, 2018:126). Bu durumda Türkiye yapılan şehir hastanelerinin daha büyük ölçekli yapıldığı görülmektedir. Örneğin Ankara Bilkent Şehir hastanesinde yatak başına kapalı alan 355 m², bu oran Mersin Şehir Hastanesinde 285 m²’dir. Bu oranların yüksek olması maliyetleri de oldukça artırmaktadır.

Şehir hastaneleri ile ilgili diğer önemli bir konu ise yatak sayılarıdır. Uluslararası çalışmalar çok küçük ve çok büyük hastanelerin verimli ve etkili çalışmadığını ortaya koymuştur. Bu konuyla ilgili Giancotti ve diğerlerinin (2017: 1) hastanelerin verimliliği ve optimal büyüklüğü üzerine yaptıkları kapsamlı araştırmada, (1969-2014) yılları

arasında bu konuyla yayınlanan makaleleri sistematik bir analizle incelemişlerdir. Bunun sonucunda kamu hastane standardının 200-600 yatak arasında olması gerektiğini belirtmişlerdir. Buna benzer bir oranda Roh ve diğerlerinin (2010:22; 2013:1816) ABD’de yaptığı iki farklı araştırmada da görülmüştür. Kristensen ve diğerleri tarafından (2008:2) Danimarka’da kamu hastanelerinde yapılan bir araştırmada ise, bir kamu hastanesi için en uygun yatak sayısının 275 olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen Sağlık Bakanlığının açıkladığı verilere göre şehir hastaneleri ortalama 1417 yatağa sahiptir. Büyük şehirlerde yatak sayıları daha fazladır. Örneğin Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yaklaşık 3800 yataklıdır. Ölçeğin bu kadar büyük olması görüldüğü gibi beraberinde bir takım problemleri de getirmektedir.

Şehir hastaneleri ulaşım yönünden değerlendirildiğinde özellikle büyük şehirlerde ciddi problemlerin olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerinin ulaşımıyla ilgili şu konular dikkat çekmektedir; trafik yoğunluğu, hastaneye ulaşımın zorluğu, hastanelerin şehrin dışında olması, erişim zorluğu, sağlık tesislerinin bir noktada toplanması, kolay ulaşılan hastanelerin kapatılmasıdır. Bazı hastanelerin şehrin dışına yapıldığı bu yüzden ulaşımın zor olması dikkat çeken bir konudur. Yine bütün hastanelerin bir noktada birleştirilmesinin örneğin; Ankara özelinde olduğu gibi birçok ulaşım problemini meydana getirdiği bilinmektedir. Bu konu ilgili Songur (2016: 171) tarafından yapılan doktora tezi araştırmasında *“Türkiye’deki entegre sağlık kampüsleri yüksek yatak kapasiteli olup, bunlarda fiziksel erişime bağlı erişim problemlerinin yaşanılacağı düşünülmektedir. Yine çalışmada, sağlık hizmetlerine erişim konusuna genel olarak entegre sağlık kampüslerinin işlerlik kazanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkileyeceğine işaret edilmektedir. Ankara ve İstanbul gibi mega şehirler açısından düşünüldüğünde, entegre sağlık kampüslerinin belli bölgelerde toplanması, şehirlerin coğrafi bütünlüğü açısından sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyebilir (şehir trafiği, hastanelerin şehir merkezlerine uzaklığı, toplu taşıma imkanlarındaki kısıtlılıklar vb.).* Daha önce Songur (2016) tarafından yapılan araştırmanın ulaşım ile ilgili öngörülerini bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerine ulaşım ile ilgili benzer sonuçlar özellikle büyük şehirlerde öne çıkan problemler bu çalışmada da katılımcılar tarafından dile getirilmiştir.

Şehir hastanelerinde KÖO kullanımdan kaynaklanan bazı dezavantajlar da gündeme gelmiştir. Bunların arasında en çok dikkat çeken ise ekonomik problemlerdir.

Ekonomik olarak yüksek maliyetli projeler olması, kira ve kullanım giderlerinin fazla olduğu, ekonomik olmayan finans modelinin olduğu, geri ödeme zorlukları, sağlığın ticarileştiği, gölge borçların olduğu ve kâr baskılarının oluşması gibi konular vurgulanmaktadır. Yine KÖO kullanımının getirdiği sözleşmeler ve bunların getirmiş olduğu yükümlükler de şehir hastanelerinin dezavantajları olarak söylenmektedir. Son olarak KÖO kullanımının yurt dışı örneklerine bakıldığında bu projelerin pek de başarılı olduğu görülmemektedir. Örneğin; Pala'nın (2018:121) aktardığına göre İngiliz Tabipler Birliği 1990'lardan bu yana edindiği deneyimlere dayanarak sağlık alanında KÖO yönteminin kullanılmamasını önermektedir. Yine İngiltere'de (Jubilee Dept Campaign, 2017:8) bir çalışmada sağlık alanında KÖO kullanımı bir felaket olarak belirtilmekte ve finansal olarak çok maliyetli olduğu vurgulanmaktadır. Son olarak bununla ilgili Flinders (2005:225) tarafından yapılan bir çalışma KÖO modelinin hapishanelerin inşası ve yönetilmesi ve yolların inşası gibi alanlarda verimlilik sağlarken hastane ve okul gibi sektörde pek de verimli olmadığını ortaya koymuştur.

Songur ve Top'un (2018: 176-177) araştırmasında kamu özel işbirliği ile ilgili problemlere ilişkin şu faktörler öne çıkmıştır. *“Çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler, uzun ihale süreci ve hükümet müdahalesi gelmektedir”*. Bunların yanında *“risk dağılımı, hukuki alt yapı yetersizliği, sözleşme dökümanının kötü hazırlanması, hesaplanandan yüksek maliyet, uygulama örneklerinin olmaması, fizibilete yokluğu, yönetim modelinin olmaması, kamu ve özel sektör yöneticilerinin sık değişmesiyle proje bütünlüğünün yok olması, şeffaf olmayan yönetim ve kamunun yetişmiş bürokrat ve uzmanlarının süreci iyi yönetmemesi”* konular öne çıkmaktadır. Bu çalışmada da KÖO kullanımıyla ilgili şehir hastanelerinde benzer sonuçlar görülmüştür.

Son olarak bir şehir hastanesinin eski başhekimin bu hastaneler hakkında (www.saglikhavadis.net) uzunca ve eleştirel bir değerlendirmesi mevcuttur. Şehir hastaneleriyle ilgili bu değerlendirmeye göre; *başlangıçta belki Cumhuriyetin ilk yıllarında tamamen devletin kendi imkânlarıyla ülkenin dört bir yanına yapılan ve bugüne kadar önemli hizmetler gören Numune Hastanelerinden mülhem, çağa ve yeni teknolojilere uygun, daha işlevsel yeni hastane projeleridir, diye düşünüyordum. Ama hastaneler gün yüzüne çıkınca ve işletilmeye başlayınca gördük ki, bu devasa tesisler de ithal projelerle ve tüccar kafayla yapılmış. 2000'lerde İngilizlerin, maksada uygun olmadıklarını, sağlık hizmetlerini daha da zorlaştırdığını görüp tamamen terkettiği bu*

projeleri, kim, nasıl ve hangi gerekçelerle ülkemize ithal etti ve başlattı? Bu bilinmiyor çünkü, katrilyonların harcandığı, daha da harcanacağı belli olan bu ucube projelerin, her şeyi ticari sır olarak gösteriliyor. Eski başhekim bunların dışında; devlet ile özel şirketlerin ihtilafa düştükleri durumlarda kendi hukukumuz yerine uluslararası ticari hukuk hükümlerinin uygulanacağı belirtmektedir. Bugünkü kur ile 25 yıllık sözleşme sürelerinin sonuna kadar devletin cebinden 225 milyar TL çıkacağını sayın Bakan söyledi. Bu süre zarfında dövizdeki artışlar da hesaba katıldığında bu rakamın 3-4 katına çıkacağını rahatlıkla söylememiz mümkün. Devletimizin yıllık bütçesi kadar tutacak olan bu meblağı, şirketlere ve yabancı kredi kuruluşlarına ödemek, bağlayıcı sözleşmelere imza atmak, “yeni kapitülasyonlar mı geliyor” diyenleri haklı çıkarıyor. Peki neydi problem? Devleti her geçen gün bu kadar büyük zararlara sokacak böylesine büyük hastaneler kurmak çok mu gerekliydi? Bu sorunun cevabı, “kesinlikle hayır”dır. Şehir Hastanelerinin devasa kampüslerinin, şehrin içinde bir yere yapılması mümkün değildi. Vatandaşın nasıl ulaşacağı hesaba katılmadan, şehirlerin dışında inşa edildiler. Sanki buralara hasta insanlar değil de, üniversite öğrencileri gibi, genç ve sağlıklı insanlar gidecek.

Bunların yanında Başhekim işletme zorluğu ve iki başlılıktan bahsetmektedir. Hastane içi ulaşım ve hizmetlere erişimde güçlükler yaşandığını, personelin çalışma koşullarının ve imkânlarının iyi olmadığını ve konsültasyon hizmetlerin zorluklarını vurgulamaktadır. Özel sektörün sunduğu hizmetlerde bazı durumlardan kaynaklı zorlukların da olduğunu belirtmektedir. Bu değerlendirmesinin sonunda Başhekim “Sağlık Bakanlığı şehir hastaneleri projelerinden tamamen vazgeçmelidir. Hukuk müsaade ediyorsa, mevcutlar bakanlığa devredilmeli, inşası devam edenlerde projeler revize edilerek tesisler küçültülmeli ve devlet tarafından satın alınmalıdır. “Devlet imkânlarıyla azami 400-500 yataklı, mono blok, işletmesi kolay, şehirlerin içinde, vatandaşın kolay ulaşabileceği yerlere, şehrin büyüklüğüne göre peyder pey birkaç tane olmak üzere yeni hastaneler yapılmalıdır. Dünya artık, işletilebilir, kolay ulaşılan bu tip hastanelere dönmüş iken bizim, âlemin vazgeçtiği, terk ettiği bu devasa hastanelerde ısrar etmemizin akılla ve bilimle bağdaşır bir tarafı yoktur” şeklinde öneri getirmektedir.

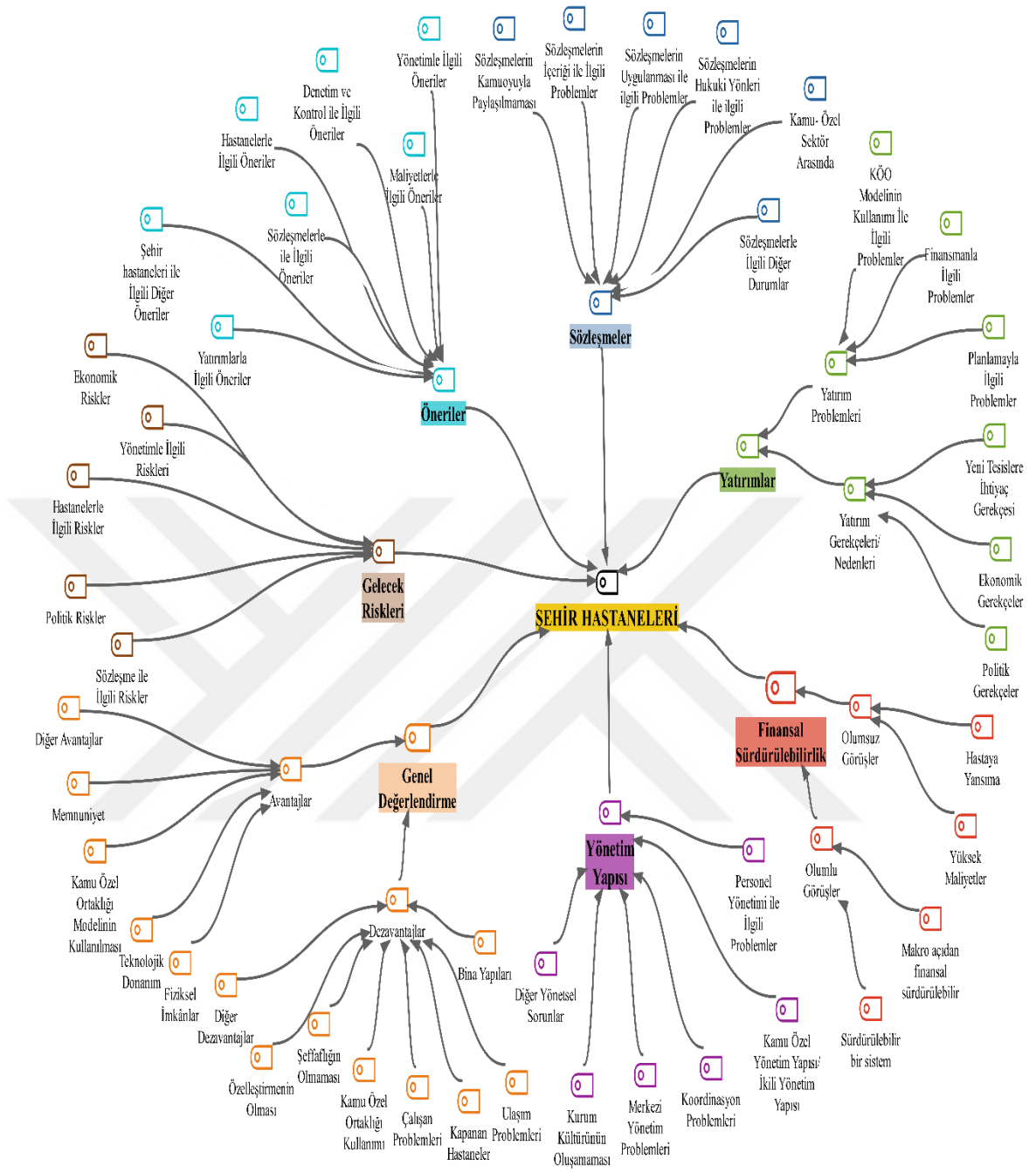
Sonuç olarak şehir hastanelerinin özet bir değerlendirilmesinin yapılmasında fayda vardır. Hayatta hiçbir şey ya tamamen siyah ya da beyaz olmayabilir. Sistemler için de bu durum geçerli olabilir. Şehir hastanelerinin bazı avantajları olmakla birlikte

dezavantajlı yönleride bulunmaktadır. Avantajları olarak yeni, modern ve teknolojik donanımlı tesisler olması, nitelikli yatakla birlikte, kaliteli otelcilik hizmetlerinin sunulduğu ve buna bağlı olarak memnuniyetin olumlu yönde etkilenmesi konuları söylenebilir. Bunların yanında şehir hastaneleri son zamanlarda yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde sağlık hizmeti sunumunda Türkiye için bir avantaj oluşturduğu söylenebilir. Teknolojik alt yapısı ve yoğun bakım yatak kapasiteleri bakımından şehir hastaneleri pandemi sürecinde olumlu izlenimler vermektedir. Bu yönüyle de değerlendirdiğimizde hizmet sunum avantajını vurgulamakta fayda vardır.

Dezavantaj olarak başta şehir hastanelerinin kamu yatırımlarına göre çok daha maliyetli olması ve uzun süreli sözleşmelerle yönetilecek olmasıyla birlikte bu sözleşmelerin içerdikleri bazı yükümlülük problemleri gelmektedir. Bunların yanında, özellikle büyük şehirlerde kuruluş yerlerinin yanlış seçimi ve planlama hataları, yine özellikle büyük şehirlerde yatak kapasiteleri olarak büyük hastanelerin kurulması ve bunlara bağlı olarak da hastanelere ulaşımlarda zorluklar yaşanması da önemli bir dezavantaj olarak durmaktadır.

Diğer yandan bu hastanelerle ilgili sözleşmelerin kamuoyuyla paylaşılmaması ve hastanelerin maliyetleri ile ilgili malumatların elde edilememesi de bir dezavantajlı durumdur. Yatırımların pilot projeler olmadan hayata geçirilmesi, yine sözleşmelerin içeriği ve KÖO yapısından kaynaklı hastane yönetim süreçlerinin zorlaşması da dezavantajlar arasında değerlendirilebilir. Bu gibi faktörler daha da çoğaltılabilir. Sonuç olarak şehir hastaneleri ile geldiğimiz son durumda bu projelerden vazgeçildiği görülmektedir. Nitekim SB şehir hastaneleri ile ilgili yaptığı en son açıklamada bu modelden vazgeçildiğini yapımı devam eden ve ihalesi biten projelerin hayata geçirileceği vurgulanarak, yapılması planlanan diğer projelerin ise kamu kaynakları ile yapılacağını ifade edilmiştir. Bunun sebebi ise bu projelerle ilgili bir durum değerlendirilmesi yapılarak vazgeçmenin daha faydalı olacağı yönünde görüş birliğine varıldığını göstermektedir. Bazı sebeplerden dolayı böyle bir karar alındığı söylenilebilir. Eğer bu projeler başarılı olmuş olsaydı planlanan diğer hastaneler bu modelle yapımına devam edilirdi.

Şehir hastaneleri olgusunun araştırıldığı bu çalışmanın sonucunda Şekil 5.1’de gösterilen genel bir değerlendirme kavram haritası elde edilmiştir. Bu kavram haritası ile şehir hastanelerinin bütün yönlerine ilişkin bir değerlendirme görülebilmektedir.



Şekil 5.1. Şehir Hastanelerine İlişkin Genel Bir Değerlendirme Kavram Haritası

Katılımcıların şehir hastanelerine ilişkin görüşlerini yansıtan ifadeler bazen birbirleriyle örtüşürken bazen de birbirlerinden farklılaşmıştır. Katılımcıların üst temalara sağladığı katkı yoğunlukları Kod matris tarayıcısında yani Tablo 5.1’de gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Şehir Hastaneleri Değerlendirilmesinin Kod Matris Tarayıcısı

Kod Sistemi	1. ...	2. ...	3. ...	4. ...	5. ...	6. ...	7. ...	8. ...	9. ...	10...	11...	12...	TOP...
▼ ŞEHİR HASTANELERİ													0
Yatırımlar													69
Sözleşmeler													58
Finansal Sürdürülebilirlik													39
Yönetim Yapısı													82
Genel Değerlendirme													207
Gelecek Riskleri													58
Öneriler													65
Σ TOPLAM	60	61	37	66	52	53	44	25	38	71	10	61	578

Kod Sistemi	12...	13...	14...	15...	16...	18...	19...	20...	21...	22...	23...	24...	TOP...
▼ ŞEHİR HASTANELERİ													0
Yatırımlar													30
Sözleşmeler													36
Finansal Sürdürülebilirlik													25
Yönetim Yapısı													52
Genel Değerlendirme													122
Gelecek Riskleri													19
Öneriler													41
Σ TOPLAM	61	21	43	6	11	21	55	27	13	12	35	20	325

Kod matris tarayıcısı, katılımcıların temalara yaptıkları katkı yoğunluklarını göstermektedir. Bu tablo çalışma hakkında genel bilgi vermektedir. Örneğin 1. katılımcı şehir hastanelerinin genel değerlendirmesine en fazla katkıyı sunarken, 15. katılımcı en az katkıyı sunmuştur. Bu tablo da bütün katılımcıların hangi tema hakkında en az ya da en fazla görüş sunduğu görülebilmektedir.

5.2. ÖNERİLER

Şehir hastanelerine yönelik genel bir değerlendirme tablosunun ortaya konmaya çalışıldığı bu çalışmada görüşmecilerden elde edilen veriler kodlanarak yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile analiz edilmiştir. Analizlerden hareketle ortaya çıkan sonuçlar ve görüşmecilerin de katkıları çerçevesinde şehir hastaneleri ile ilgili şu öneriler sıralanabilir:

- Öncelikle SB şehir hastaneleri ile ilgili araştırmalara kapılarını açmalıdır. Böylelikle şehir hastaneleri ile ilgili yapılacak çalışmalarda daha çok

sahaya inilerek bu hastanelerin idari, finansal ve sağlık göstergeleri üzerinden bilimsel çalışmalar yürütülebilir.

- şehir hastaneleri sözleşmeleri kamuoyuyla paylaşılarak şeffaflık ve hesap verilebilirlik sağlanmalıdır.
- Yurt dışı örneklerin incelenmesiyle bu hastanelerle ilgili ilerde muhtemel yaşanabilecek problemlere şimdiden önlem alınmalı ve dezavantajlı konuma düşülmemelidir.
- Yurt dışı örnekleri ve katılımcıların  nerileri de dikkate alındığında sağlıkla ilgili yatırımlar kamu kaynakları ile olmalıdır.
- Ekonomik imkânlar, sözleşmelerin yapısı ve gelecek gider analizleri öngörülerek eğer imkânlar elveriyorsa şehir hastaneleri kamulaştırılmalıdır.
- şehir hastanelerinde hem sözleşme hem de işletme süreçlerinde gri alanlarla alakalı düzenlemeler yapılmalıdır.
- Sözleşmelerle ilgili özel sektörün istediği Ek-22 konusu  z me kavuşturulmalıdır.
- Sözleşmelerle ilgili hastane yöneticilerine yönetim süreçlerinde hukuki destek sağlanmalıdır.
- SB merkez teşkilatı şehir hastanelerini daha sıkı denetim ve takip etmelidir. Taşranın yaşadığı problemlere hızlı aksiyon göstermelidir. Bunun yanında özel sektör ve alt yüklenici takiplerini de yapmalıdır.
- şehir hastaneleri ile ilgili bütün yönlerini ortaya koyan genel bir durum değerlendirilmesi ortaya konulmalıdır.
- Bu alanda bilgi birikimi olan ve yetişen yöneticilerin pozisyonları sık değerştirilmemelidir.
- Kamu yönetim kapasitesini geliştirerek uzmanlaşma ve liyakate daha fazla önem vermelidir. Özel sektör karşısında bu şekilde daha güçlü durulabilir.
- şehir hastanelerinin statüsü yani misyon ve vizyonlarının netleştirilmesi önemlilik arz etmektedir. şehir hastanelerinin sağlık sistemindeki pozisyonu ve fonksiyonu netleştirilmelidir.
- şehir hastanelerinde K  'nın doğasına uygun yeni bir yönetim modeli geliştirilmelidir.

- Şehir hastaneleri yönetim süreçlerinde kamu HBYS hâkim olmalıdır.
- Hastanelere geçiş süreçlerinde daha etkili oryantasyonlar yapılmalıdır.
- Şehir hastanelerinin maliyetleri ile ilgili gider kalemleri iyi analiz edilerek burada kamu yararına olacak işlemler varsa kamu lehine kullanılmalıdır. Bunun yanında maliyetler sürekli kontrol edilerek giderler kayıt altında tutulmalıdır.
- Bundan sonra açılacak şehir hastanelerinin garanti miktar ya da oranları daha iyi hesaplanarak gereksiz ödemelerin önüne geçilmelidir.
- Şehir hastaneleri ile birlikte kapatılan eski hastanelerin imkânları heba olmamalıdır. Kapatılacak bu hastaneler eğer imkânlar elveriyorsa modernize edilerek kullanımına devam edilmelidir.
- Yatırımlar yapılırken kent planlanmasına dikkat edilerek daha kolay ulaşımın sağlanacağı yerler tercih edilmeli ve daha küçük ölçekli projeler klasik kamu yatırım modeliyle yapılmalıdır.
- Şehir hastanelerinin yönetimi ile ilgili yeni bir mevzuat çıkarılmalıdır.
- Şehir hastanelerinin hasta ve vatandaşa yansımalarını ölçmek için kapsamlı bilimsel araştırmalar yapılmalıdır.
- Çalışan personel memnuniyetinin yükseltilmesine yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Şimdiye kadar oluşan bilgi birikimi ve tecrübelerden ders çıkarılarak açılacak olan diğer şehir hastanelerinde sözleşmelerden ve diğer faktörlerden kaynaklanan dezavantajlı konumlara düşülmemelidir.
- Şehir hastanelerine ulaşım ile ilgili yerel yönetim daha hızlı reaksiyon göstererek bu hastanelere ulaşım daha da kolaylaştırılmalıdır.
- Sağlık yatırımları 2. ve 3. basamak hizmetlere daha çok yapılırken koruyucu ve 1. basamak hizmetler ihmal edilmemelidir.
- Bu alanla ilgili daha fazla yurt dışı incelemesi ve daha fazla akademik çalışmalar yapılarak bilimsel bir alt yapı oluşturulmalıdır.
- Şehir hastanelerle ilgili çok paydaşla yani farklı sektörlerden, gerek merkezi gerek ise taşradaki uygulayıcı birimlerden ve akademisyenlerin de katılımıyla sempozyumlar düzenlenerek bilgi birikimi oluşturulup bu hastanelerin daha iyi yönetilebilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abuzaineh, N., Brashers, E., Foong, S., Feachem, R., Da Rita, P., (2018), *PPPs in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future*, Healthcare Publicprivate Partnership Series, No. 4. San Francisco, First Edition, January. <https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/assets/ppps-in-healthcare.pdf>.
- 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.
- Ak, B., (2014), “Şehir Hastanelerinin Entegre Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminden Beklentileri”, *14. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri*, 5-7 Şubat 2014 Mersin Üniversitesi.
- Akdağ, R., (2011), “Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap”, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü http://rapor.saglik.gov.tr/SHGM/shgm_yatirim.pdf Erişim Tarihi: 09.02.2018.
- Akintoye, A., Hardcastle, C., Beck, M., Chinyio, E., and Asenova, D., (2003), “Achieving Best Value in Private Finance Initiative Project Procurement”, *Construction Management and Economics*, 21(5), 461-470.
- Alagöz, M. ve Yokuş, T., (2017), “Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Yatırımları ve Ekonomik İllüzyon Etkisi”, *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(32), 115.
- Alexandersson, G., and Hultén, S., (2009), “Prospects and Pitfalls of Public-Private Partnerships in Railway Transportation: Theoretical Issues and Empirical Experience”, *International Journal of Transport Economics/Rivista Internazionale di Economia dei Trasporti*, 36(1), 97-119.
- Alfen, H. W., (2010), *Public Private Partnership (PPP) as part of Infrastructure Management Solutions—a Structural Approach of Delimiting PPP from Other Private Sector participation Models*, In TG72-Special Track 18th CIB World Building Congress May 2010 Salford, United Kingdom (p. 13).
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E., (2010), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, 6. Baskı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.
- Asenova, D., Beck, M., Akintoye, A., Hardcastle, C. ve Chinyio, E. (2002). “Partnership, Value for Money and Best Value in PFI Projects: Obstacles and Opportunities”, *Public Policy and Administration*, 17, 5.
- Asian Development Bank, (2008), *Public-Private Partnership Handbook*, Mandaluyong City, Philippines, <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/31484/public-private-partnership.pdf>.
- Associates, N., (2017), *Public-Private Partnerships: A Basic Introduction for Non-Specialists*, Economic and Private Sector Professional Evidence and Applied Knowledge Seviles, Topic Guide, University of Birmingham, England.

- Atasever, M., (2018), *Şehir Hastaneleri Araştırması*, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları-46.
- Aydın, S., (2015), “Entegre Sağlık Kampüsleri veya Nam-ı Diğer Şehir Hastaneleri”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (34), 12-19, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/386/Entegre-Saglik-Kampusleri-veya-nam-i-diger-Sehir-Hastaneleri.aspx>, Erişim Tarihi: 24.04.2017.
- Ayhan, E. ve Önder, E., (2018), “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1): 109-121.
- Babatunde, S. O., (2015), “Developing Public Private Partnership Strategy for Infrastructure Delivery in Nigeria”, Doctoral Thesis, Faculty of Engineering and Environment, Northumbria University.
- Banzon, E. P., Lucero, J. A., Ho, B. L., Puyat, M. E., Factor, P. A., and Young, F. J. (2014), Assessing the Feasibility of Public-Private Partnerships in Health in the Philippines (No. 2014-49), PIDS Discussion Paper Series.
- Barr, D. A., (2007), “A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public-Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare Systems Worldwide”, *American Journal of Public Health*, 97(1).
- Baru, R. V. and Nundy, M., (2008), “Blurring of Boundaries: Public-Private Partnerships in Health Services in India”, *Economic and Political Weekly*, 62-71.
- Basa, E., (2017), “Sağlık Turizmi, Şehir Hastaneleri ve Sağlık Serbest Bölgeleri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 32(4), 275-281.
- Baş, T. ve Akturan, U., (2017), *Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri*, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Bazzoli, G. J., Stein, R., Alexander, J. A., Conrad, D. A., Sofaer, S. and Shortell, S. M, (1997), “Public–Private Collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence From Community Partnerships”, *The Milbank Quarterly*, 75(4), 533-561.
- Belka, M., (2008), *Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships*, United Nations Economic Commission for Europe, United Nations, ISBN: 978-92-1-116979-9, <https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/ppp.pdf>.
- 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 Ölçümlemesi”, *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(28), 209-226.
- Berg, B. L., and Lune, H., (2015) *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (Çev.: H. Aydın) Eğitim Kitabevi Yayınları.

- Berg, L. B. and Lune, H, (2016), *Qualitative Research Methods in The Social Sciences*, Pearson Education Limited, Ninth Edition, England.
- Bergere, F., (2016), “Ten years of PPP: An Initial Assessment”, *OECD Journal on Budgeting*, 15(1), 31-123.
- Beylik, U., Çıraklı, Ü., Kayral, İ.H., (2015), “13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (4), 183-189.
- Bonhage J. and Roberts, M., (2018), *Germany*, İçinde The Public-Private Partnership Law Review, Werneck, B. and Saadi M., (2018), Law Business Research Ltd, Fourth Edition. London.
- Bonnet G. and Chomat, G., (2013), *France* İçinde Verhoest, K., Carbonara, N., Lember, V., Petersen, O. H., Scherrer, W., and Van den Hurk, M. (2013). *Public Private Partnerships in Transport: Trends and Theory P3T3*. Discussion Papers Part I.
- Bovaird, T., (2004), “Public–Private Partnerships: From Contested Concepts to Prevalent Practice, *International Review of Administrative Sciences*, 70(2), 199-215.
- Böke, K., (2014), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, 4. Baskı, İstanbul, Alfa Yayınları,
- Brzozowska, K., (2006), “Advantages and Threats of Public–Private Partnerships in Larger Infrastructure Projects”, *Warszawa: CeDeWu. PL*.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2006), *Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective*, Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Canaz Yılmaz I., (2008), “Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelleri”, <http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye'de%20Kamu%20%C3%92e%C3%B6r%20Ortaklı%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf>. (Erişim Tarihi 31.03.2017).
- Cartlidge, D., (2006), *Public Private Partnerships in Construction*, Taylor and Francis Group, New York, USA.
- Cerrahoğlu, A., (2016), “Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak”, *The Journal of Turkish Family Physician*, 7(3), 81-84.
- Chakravarty, N., Sadhu, G., Bhattacharjee, S. and Nallala, S., (2015), “Mapping Private-Public-Partnership in Health Organizations: India Experience”, *International Journal of Medicine and Public Health*, 5(2), 128-132.
- Checherita, C. and Gifford, J., (2007), “Risk Sharing in Public-Private Partnerships: General Considerations and An Evaluation of the US Practice in Road Transportation”, *Transportation Research Forum*, Boston, Massachusetts, March 15-17.

- Chiu, T. Y. C. and Bosher, C. B., (2005), “Risk Sharing in Various Public Private Partnership (PPP) Arrangements for the Provision of Water and Wastewater Services”, *Thames Water*, Central, Hong Kong.
- Corner, D., (2005), *The United Kingdom Private Finance Initiative: The Challenge of Allocating Risk*, İçinde: *The Challenge of Public-Private Partnerships Learning from International Experience.*, Hodge, G. And Greve C. (2005), Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA.
- Creswell, J. W. ve Clark, V. L. P., (2018), *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*, 3. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık.
- Creswell, J. W., (2016), *Araştırma Deseni* (Çev: SB Demir), 2. Baskı, Ankara, Eğiten Kitap Yayınları,
- Creswell, J. W., (2018), *Nitel Araştırma Yöntemleri*, (Çev. Ed. M. Bütün ve S. B. Demir) 4. Baskı, Ankara, Siyasal Kitapevi .
- Cruz, C. O. and Marques, R. C., (2013), *Infrastructure Public-Private Partnerships: Decision, Management and Development*, Verlag Berlin, Springer.
- Custos, D., and Reitz, J., (2010), “Public-Private Partnerships”, *The American Journal of Comparative Law*, 58(1), 555-584.
- Çelebi, S., (2017), *Şehir Hastaneleri Finansman Süreçleri Sunusu*, Şehir Hastaneleri Koordinasyon Başkanlığı, Ankara.
- Çınar, N. F., Türkoğlu, Ç. ve Tütünsatar A., (2017), “Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(29), 215-232.
- Diéguez, A. I. and Oliver-Alfonso, D, (2013), “Models of Public-Private Partnerships in Megaprojects: The Spanish Case”, *Organization, Technology and Management in Construction: An International Journal*, 4(Special Issue), 0-0.
- Emek, U., (2018), “Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı”, (İçinde: *Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı:Şehir Hastaneleri*, ss:71-98), İstanbul, İletişim Yayıncılık,
- EPEC, (2012), “United Kingdom - England PPP Units and Related Institutional Framework”, European PPP Expertise Centre, https://www.eib.org/attachments/epec/epec_uk_england_ppp_unit_and_related_institutional_framework_en.pdf.
- EPEC, ‘Euoropen PPP Expertise Centre’, (2013), ‘Market Update Review of the European PPP Market in 2013’ European Investment Bank. http://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2013_en.pdf. Erişim Tarihi: 19.02.2019.

- EPEC, ‘Euoropen PPP Expertise Centre’, (2014), ‘Market Update Review of the European PPP Market in 2014’ European Investment Bank, http://www.sdit.gov.gr/sites/default/files/assets/epec_market_update_2014_en.pdf. Erişim Tarihi: 19.02.2019.
- EPEC, ‘Euoropen PPP Expertise Centre’, (2015), ‘Market Update Review of the European PPP Market in 2015’ European Investment Bank, http://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2015_en.pdf. Erişim Tarihi: 19.02.2019.
- EPEC, ‘Euoropen PPP Expertise Centre’, (2016), ‘Market Update Review of the European PPP Market in 2016’ European Investment Bank, http://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2016_en.pdf. Erişim Tarihi: 19.02.2019.
- EPEC, ‘Euoropen PPP Expertise Centre’, (2017), “Market Update Review of the European PPP Market in 2017”, European Investment Bank, [file:///C:/Users/HP/Desktop/epec_market_update_2017_en%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Desktop/epec_market_update_2017_en%20(1).pdf). Erişim Tarihi: 19.02.2019.
- EPEC, Euoropen PPP Expertise Centre, (2018), “Market Update Review of the European PPP Market in 2017”, European Investment Bank, http://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2018_en.pdf. Erişim Tarihi: 19.02.2019.
- Ersoy, A., (2015), “Doktora Öğrencilerinin İlk Nitel Arastirma Deneyimlerinin Günlükler Aracılığıyla İncelenmesi”, *Pegem Egitim ve Ogretim Dergisi/Pegem Journal of Education and Instruction*, 5(5), 549.
- European Commission EU, (2003), *Guidelines for Successful Public Private Partnerships*(http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf), Green Paper on Public-Private Partnerships And Community Law on Public Contracts and Concessions. (2004), Brüksel, 30.04.2004. COM.
- European Court of Auditors, (2018), ‘Special Report 09/2018: Public Private Partnerships in the EU: Widespread Shortcomings and Limited Benefits’, doi:10.2865/154598.https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_09/SR_PPP_EN.pdf. Erişim Tarihi: 17.02.2019.
- European Court of Auditors, (2018), *Public Private Partnerships in the EU: Widespread Shortcomings and Limited Benefits*, Special Report, No:9. https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_09/SR_PPP_EN.pdf.
- Evans J. and Bowman, D., (2005), *Getting the Contract Right*, İçinde: *The Challenge of Public–Private Partnerships Learning from International Experience.*, Hodge, G. And Greve C. (2005), Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA.

- Fırat, M., Kabakçı Yurdakul, I. ve Ersoy, A., (2014), “Bir Eğitim Teknolojisi Araştırmasına Dayalı Olarak Karma Yöntem Araştırması Deneyimi”, *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi/Journal of Qualitative Research in Education*, 2(1), 65-86.
- Flinders, M., (2005), “The Politics of Public–Private Partnerships”, *The British Journal of Politics and International Relations*, 7(2), 215-239.
- Froud, J., (2003), “The Private Finance Initiative: Risk, Uncertainty and the State”, *Accounting, Organizations and Society*, 28(6), 567-589.
- Fund, I. I. G., (2017), *PPP in Indonesia: Risk Allocation Guideline*, PT Penjaminan Infrastruktur Indonesia (Persero) Indonesia Infrastructure Guarantee Fund, Indonesia, <https://www.iigf.co.id/media/kcfinder/docs/risk-allocation-guideline-2017-tanpa-sambutan.pdf>.
- Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., and Shaoul, J., (1999), “The Private Finance Initiative: PFI in the NHS—Is There an Economic Case?”, *BMJ: British Medical Journal*, 319(7202), 116.
- Giancotti, M., Guglielmo, A. and Mauro, M., (2017), “Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results Of A Systematic Search”, *PloS One*, 12(3).
- Green Paper on Public Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions, Brüksel, 30.04.2004, COM (2004), 327, Nihai, Çev. T.C. Maliye Bakanlığı AB ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Avrupa Komisyonu, Kamu Özel İşbirlikleri ve Topluluk Hukukunda Kamu İhaleleri ve İmtiyazlarına İlişkin Yeşil Kitap, s. 3.
- Grimsey, D. and Lewis, M. K., (2002), “Evaluating the Risks of Public Private Partnerships for Infrastructure Projects”, *International Journal of Project Management*, 20(2), 107-118.
- Grimsey, D., and Lewis, M. K. (2004), *Public and Private Partnerships. The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*, Edward Elgar Publishing, Massachusetts USA.
- Guo, S., Li, H., Guo, Y. and Gao, K., (2017), “The Experience and Reference on PPP Development in Germany”, *International Journal of Economics, Finance and Management Sciences*, 5(6), 327.
- Güler, H., (2014), “Şehir Hastanelerinde Kalite Yönetimi ve Sağlık Kampüsleri Projesi”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (30), 14-17.
- Günaydın, D., (2011), “Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları”, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 60/1,323–365.
- Güneş, A. M. (2009). “Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem Kamu Özel Ortaklığı”, *Güncel Hukuk*, Şubat, 2-62.

Handbook on Public Private Partnership (PPP) in Built Heritage Revitalisation Projects, (2017), Interreg Central Europe, European Union European Regional Development Fund, Version 1-05/2017, <https://www.interreg-central.eu/Content.Node/O.T1.1-Handbook-new.pdf>.

Hedman, J., Lind, M., Forsgren, O. and Albinsson, L., (2008), “*Business Models for Public Private Partnership: The 3P Framework*”, Amsterdam, IOS Press.

Hodge, G. A., (2004), “Risks in Public-Private Partnerships: Shifting, Sharing or Shirking?”, *Asia pacific Journal of Public Administration*, 26(2), 155-179.

Hodge, G. A., and Greve, C., (2005), *The Challenge Of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience*, Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA.

Hood, J. and McGarvey, N., (2002), “Managing The Risks of Public-Private Partnerships in Scottish Local Government”, *Policy Studies*, 23(1), 21-35.

House of Commons Treasury Committee, (2012), *Private Finance Initiative: Seventeenth Report of Session 2010–12*, Authority of the House of Commons London: The Stationery Office Limited, HC 1146:5 <https://publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmtreasy/1146/1146.pdf>.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/658451524561003915/pdf/125640-AR-PPI-2017-AnnualReport-PUBLIC.pdf>. Erişim Tarihi: 13.02.2019.

<http://p3spectrum.ca/>. Erişim Tarihi: 13.02.2019.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060722-2.htm>, Erişim Tarihi: 02.12.2018.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/06/20070609-1.htm>, Erişim Tarihi: 01.01.2019.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100522-11.htm>, Erişim Tarihi: 05.12.2018.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110701-9.htm>, Erişim Tarihi: 05.12.2018.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm>, Erişim Tarihi: 05.12.2018.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140509-26-1.pdf>, Erişim Tarihi: 05.12.2018.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/01/20150115.pdf>, Erişim Tarihi: 10.12.2018.

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180806.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180806.htm>. Erişim Tarihi: 20. 11.2019.

http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/makale_goster.php?Guid=3c071e3c-d9a4-11e7-9fad-23dff326e1f9, Erişim Tarihi: 22. 11.2019.

<http://www.urbangateway.org/system/files/documents/urbangateway/a7lin.pdf>. Erişim Tarihi: 15. 02. 2019.

<https://eskisehirsehir.saglik.gov.tr/TR,192037/organizasyon-semasi.html>. Erişim Tarihi: 30.01.2020.

<https://ijglobal.com/sectors/ppp>. Erişim Tarihi: 15.02.2019.

<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR,33940/gorev-ve-yetkiler.html>. Erişim Tarihi: 04.04.2019.

<https://ppi.worldbank.org/~media/GIAWB/PPI/Documents/Global-Notes/2016-PPI-Update>. Erişim Tarihi: 13.02.2019.

https://ppi.worldbank.org/~media/GIAWB/PPI/Documents/GlobalNotes/H12018_PPI_Report. Erişim Tarihi: 14.02.2019.

<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/financing/risk-allocation-mitigation#top>. Erişim Tarihi: 20. 02. 2019.

<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/financing/risk-allocation-mitigation#top>. Erişim Tarihi: 20. 02. 2019.

<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives>, Erişim Tarihi: 03.01.2018.

<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives> Erişim Tarihi: 18.01.2019.

<https://saglikhavadis.net/saglik-mudurunden-sehir-hastaneleri-feryadi/> Erişim Tarihi: 09.03.2020.

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>. Erişim Tarihi: 30.01.2020.

<https://www.aa.com.tr/tr/saglik/uc-sehir-hastanesi-daha-kapilarini-acmaya-hazirlaniyor/1370251>, Erişim Tarihi: 22.01.2019.

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190719M1-1.htm>, Erişim Tarihi: 23. 11.2019

<https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem27/yil01/ss102.pdf>, Erişim Tarihi: 23. 11.2019.

- Hubbard, R. and Paquet, G., (2007), “P3 and The “Porcupine Problem”, içinde, *How Ottawa Spends, 2007-2008* (Ed. G.B. Doern), McGill-Queens University Press, August/[www.researchgate.net/publication/239919089_P3_and_the_porcupine_p](http://www.researchgate.net/publication/239919089_P3_and_the_porcupine_problem)roblem.
- Hurk, M. and Liyanage, C., (2013), *United Kingdom*, İçinde Verhoest, K., Carbonara, N., Lember, V., Petersen, O. H., Scherrer, W., and Van den Hurk, M. (2013). *Public Private Partnerships in Transport: Trends and Theory P3T3*. Discussion Papers Part I.
- IMF “International Monetary Fund”, (2016), *Public-Private Partnerships Fiscal Risk Assessment Model User Guide*, Preliminary Version, April 2016, <https://www.imf.org/external/np/fad/publicinvestment/pdf/PFRAMmanual.pdf>.
- International Monetary Fund (IMF), (2006), “Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk”, Washington DC, s.1. file:///C:/Users/HP/Downloads/2004_Public-Private-Partnerships-Government-Guarantees-and-Fiscal-Risk.pdf.
- International PPP Platform Turkey, (2008), *Açılış Töreni Konuşma Metinleri*, İstanbul. <https://docplayer.biz.tr/6975845-International-ppp-platform-turkey-01-05-2008-hilton-ankara-02-05-2008-conrad-istanbul.html>, Erişim Tarihi: 10.12. 2018.
- Işıkoğlu, N., (2005), “Eğitimde Nitel Araştırma”, *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, (20).
- Jacob, D., Kochendörfer, B., von Drygalski, M., and Hilbig, C., (2014), “Ten Years of PPP in Germany: Experiences And Perspectives”, *Proceedings of the Institution of Civil Engineers-Management, Procurement and Law*, 167(4), 180-188.
- Kaçer, H., Kružić, D., and Perkušić, A., (2008), “Javno-Privatno Partnerstvo: Atraktivnost Dbfoot Modela”, *Zbornik Radova Pravnog Fakulteta u Splitu*, 45(3), 603-640.
- Kalaycı, İ., (2018), “Enerji Yatırımlarında Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) Modeli: Kuramsal Çerçeve”, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 48-61.
- Karasu, K., (2009), Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi, *İçinde: Barış Övgün (der), Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayın*, (598), 79-91.
- Karasu, K., (2011), "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3): 217-262.
- Karim, N. A. A., (2011), “Risk Allocation İn Public Private Partnership (PPP) Project: A Review On Risk Factors”, *International Journal of Sustainable Construction Engineering and Technology*, 2(2).

- Kavishe, N., (2018), “Risks Associated with Public Private Partnership (PPP) Housing Projects Delivery in Tanzania”, *International Journal of Construction Engineering and Management* 2018, 7(2): 81-87.
- Keers, B. B., and van Fenema, P. C., (2018), “Managing Risks in Public-Private Partnership Formation Projects”, *International Journal of Project Management*, 36(6), 861-875.
- Keşli, A. T., (2012), *PPP Projelerinin Hukuki Rejimi (Kamu Özel Sektör İşbirliği)*, 1. Baskı, İstanbul, Grup HBS Yatırım Danışmanlık.
- Khalid, B. and Rajae, B., (2015), “Public-Private Partnerships in Health”, *International Journal of Medicine and Surgery*, 2 (1):1-2.
- Kile, S. E., Lædre, O., Lohne, J. and Meland, Ø. H., (2014), “Characteristics of Public-Private Partnerships in Norway”, *Proceedings IGLC-22*, June 2014, Oslo Norway.
- Koppenjan, J. J. F. (2005), “The Formation of Public-Private Partnerships: Lessons from Nine Transport Infrastructure Projects in the Netherlands”, *Public Administration*, 83(1), 135-157.
- Kristensen, T., Olsen, K. R., Kilsmark, J. and Pedersen, K. M., (2008), “Economies of Scale and Optimal Size of Hospitals: Empirical Results For Danish Public Hospitals”, Syddansk Universitet.
- Kwan, J., (1999), *Public Private Partnerships A Guide for Local Government*, British Columbia, Ministry of Municipal Affairs, Canada, May 1999. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/local-governments/governance-powers/public_private_partnerships_guide.pdf.
- Lai, X., (2018), “PPP Risk-Sharing Mechanism for Sustainable Characteristic Town Development”, *Sustainability: The Journal of Record*, 11(5), 246-254.
- Lee, V., (2005), *Public Private Partnerships*, Hong Kong: Research and Library Services Division, Legislative Council Secretariat.
- Li, B. and Akintoye, A., (2003), *PPP: Risk, Value and Communciation in Public-Private Partnership Procurement*, içinde: Akintoye, A., et al., (2003), *Public-Private Partnerships Managing Risk and Opportunities*, Blacwell Sience Ltd, USA.
- Macário, R., Couchinho, R. And Riberio, J., (2013), *Portugal*, İçinde Verhoest, K., Carbonara, N., Lember, V., Petersen, O. H., Scherrer, W., and Van den Hurk, M. (2013). *Public Private Partnerships in Transport: Trends and Theory P3T3*. Discussion Papers Part I, COST Office.
- Mamur Işıkçı, Y., (2016), “Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm”, *Journal of International Social Research*, 9(46).

- Martin, L., Lawther, W., Hodge, G. and Greve, C., (2013), "Internationally Recommended Best Practices in Transportation Financing Public-Private Partnerships (P3s)", *Public Administration Research*, 2(2), 15.
- Maslova, S. V., and Sokolov, M. Y., (2017), "Risk Management in Public Private Partnership Projects in Health Care: Application of Current Approach and its Improvement", *Academy of Strategic Management Journal*, 16(4), 1-17.
- Mayring, P., (2011), *Nitel Sosyal Araştırmaya Giriş*, (Çev. A. Gümüş ve M. S. Durgun), 1. Baskı, Ankara, BilgeSu Yayınları.
- Mital, K. M. and Mital, V., (2016), "Public Private Partnership and Social Infrastructure", *Computer Society of India: Mumbai, India*,
- Mooney, G., (2012), *Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru*, Çev; Cem, T., (2014), Birinci Basım, Yordam Kitap, İstanbul.
- Mouraviev, N., (2012), "Risk Management in Public-Private Partnerships and Research Agenda for Transitional Countries", *International Journal of Management and Business Studies*, 2 (2). 37-41.
- Ndandiko, C. and Ibanda, S.J., (2010), *Public Private Partnerships Guidelines for Local Government*, Ministry of Local Government, Republic of Uganda, <http://www.ug.undp.org/content/dam/uganda/img/Research%20and%20Publications/PPP%20Guidelines%20Final.pdf>.
- Nikolic, I. A. and Maikisch, H., (2006), *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington, DC.
- Nikolich I. A. and Maikisch, H., (2006), *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector*, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC.
- Oktavianus, A. and Mahani, I., (2018), "A Global Review of Public Private Partnerships Trends and Challenges for Social Infrastructure", In *MATEC Web of Conferences* (Vol. 147, p. 06001), EDP Sciences.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), (2008), "Recommendation of the Council on Principles for- Public Governance of Public-Private Partnerships", s. 18. <https://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf>.
- Övgün, B. ve Küçük, A., (2013), "Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları", *Amme İdaresi Dergisi*, 46(1): 57-80.
- Özdemir, M., (2010), "Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.

- Özdemir, M., (2010), “Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Paksoy, V. M., (2017), “Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Teletıp Uygulamaları”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (1), 9-16.
- Pala, K., (2018), “Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı”, (İçinde: *Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılması ve Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Modeli* ss: 99-135), İstanbul, İletişim Yayıncılık.
- Pala, K., (2018), “Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı”, (İçinde: *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı: Birleşik Krallık Deneyimi* ss: 135-155), İstanbul, İletişim Yayıncılık.
- Patton, M. Q., (2014), *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*, (Çev. Ed. M. Bütün ve S. B. Demir), Ankara, Pegem A Yayıncılık.
- Price, D., (2011), *Dünyada Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Kavram ve Değişimler*, İçinde: Türk Tabipler Birliği Yayınları, *Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu*, 6-7 Mayıs 2011, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane> Erişim Tarihi: 12.03.2019.
- Rajput, T. S., (2017), “A Review on Assessment of Risk Allocation in Public Private Partnership (PPP) Projects Using Analytical Hierarchy Process” (AHP), *IJAR*, 3(8), 434-442.
- Renda, A. ve Schrefler, L., (2006), “*Public Private Partnerships National Experiences In The European Union*”, European Parliament DG International Policies of The Union, Directorate A, Economic and Scientific Policy, Briefing note No. IP/A/IMCO/SC/2005160. <https://pdfs.semanticscholar.org/13c6/5bb47b60ef8ead1aa50edc2feebfe15bdee5.pdf>.
- Roh, C. Y., Jae Moon, M. and Jung, C., (2010), “Measuring Performance of US Nonprofit Hospitals: Do Size And Location Matter?”, *Public Performance and Management Review*, 34(1), 22-37.
- Roh, C., Moon, M.J. and Jung, K., (2013), “Efficiency Disparities among Community Hospitals in Tennessee: Do Size, Location, Ownership, and Network Matter?”, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(4), 1816-1833.
- Roman A. V. and Bernardino S., (2015), “Research Report; A Guide to Public-Private Partnerships1 (PPPs): What Public Procurement Specialists Need To Know, The Institute For Public Procurement” ([https://www.nigp.org/docs/default-source/NewSite/researchreports/guidetopublic-privatepartnerships\(ppps\)mwhatpublicprocurementspecialistsneednowfinal.pdf?sfvrsn=4](https://www.nigp.org/docs/default-source/NewSite/researchreports/guidetopublic-privatepartnerships(ppps)mwhatpublicprocurementspecialistsneednowfinal.pdf?sfvrsn=4)).
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Tarih: 15.07.2005 Resmi Gazete Sayı: 25876.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm>, Erişim Tarihi: 02.12.2018.

- Saiyed, A. A., (2015), Public Private Partnership and Legal Education : A Critique Of Policies And Practices in India, With Special Reference to State Of Gujarat, Ph.D Thesis, Gujarat National Law University, Gandhinagar.
- Sapri, M., Hariati, A. H., Ting, L. S., and Sipan, I., (2016), “Public Private Partnership Benefits in Delivering Public Facilities in Malaysia”, *In MATEC Web of Conferences* (Vol. 66, p. 00014), EDP Sciences.
- Sarcan, C., (2017), “Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel İşbirliği Modeli”, *Ekonomik ve Sosyal Düşünce Araştırma Geliştirme Vakfı (ESAGEV)*, <http://esagev.org/wp-content/uploads/2017/01/24-kamu-hizmetlerinin-sunumunda-kamu-ozel-isbirligi-modeli-caner-sarcan.pdf>.
- Sarıkatipoğlu, A., Yazıcı, C., Çapkın, T., A. ve Yaka, C. P., (2016), “Türk Hukukunda Kamu Özel Otaklıkları”, *GSI Articletter*, Part 14. 195-214. http://www.goksusafiisik.av.tr/Articletter/2016_Winter/GSI_Articletter_2016_Winter_Article14.pdf.
- Sarısu, A. (2016), “Bütçe Katılığına Etki Açısından Türk Sağlık Sektöründe Yap-Kirala-Devret Projeleri”, *Tarih Okulu Dergisi*, (24), 503-567.
- Sarısu, A., (2009), *Kamu Özel İşbirlikleri, Public Private Partnerships-PPP*, 1. Baskı, Ankara, Yaklaşım Yayıncılık.
- Sastoque, L. M., Arboleda, C. A. And Ponz, J. L., (2016), “A Proposal for Risk Allocation in Social Infrastructure Projects Applying PPP in Colombia”, *Procedia Engineering*, 145, 1354-1361.
- Shaoul, J., Stafford, A. and Stapleton, P., (2008), “The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals”. *Public Money and Management*, 28(2), 101-108.
- Shrestha, M., (2011), “Risk Framework for Public Private Partnerships in Highway Construction”, Master Teisise, Department of Civil and Environmental Engineering, University of Wisconsin-Madison, Madison.
- Singh, S., (2017), “Evolution and Need for PPP in India”, *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*, 3(4).
- Sonğur, C. ve Top, M., (2018), “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması”, *Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security)*, 8(1), 159-186.
- Sönmez, V. ve Alacapınar, F. G., (2018), *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 6. Baskı, Akara, Anı Yayıncılık.

- Sözer, A. N., (2013), “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, (15), 215-253.
- Spackman, M., (2002), “Public–Private Partnerships: Lessons From The British Approach”, *Economic Systems*, 26(3), 283-301.
- Şahin, M. ve Uysal, Ö., (2012), “Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme”, *Maliye Dergisi*, (162).
- Şekerler, S. A., (2017), *Nitel Araştırma, Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları*, (İçinde, Ed: Seggie ve Bayyurt), 2. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık.
- T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı “2009-2013 Strateji Raporu”, Ankara. s. 23. <http://www.oib.gov.tr/dokuman/stratejik-planlar/2009-2013-stratejik-plani.pdf>.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2015), “Kamu Özel İşbirliği ile Yürütülen Projeler”, Erişim Tarihi: 23 Ağustos, 2015. <https://kamuozel.kalkinma.gov.tr>.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2016), “Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler”, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ocak 2016, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Dunyada_ve_Turkiyede_Kamu_Ozel_Isbirligi_Uygulamalarına_Iliskin_Gelismeler-2015.pdf. Erişim Tarihi: 10.01.2019.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2017). “Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin 2016”, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü Şubat 2017. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Kamu_Ozel_Isbirligi_Raporu_2016.pdf. Erişim Tarihi: 05.02.2019.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2018). “Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2017”, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü Mayıs 2018. Yayın No: 2983
- T.C. Kalkınma Bakanlığına, (2012), “Dünyada ve Türkiye’de Kamu- Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler”, Yatırım Programlama İzleme Ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kasım 2012.
- Taner, Ş. ve Altınparmak, S., (2011), “Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 26(4), 308-320.
- Tanyaş, B., (2014), “Nitel araştırma yöntemlerine Giriş: Genel İlkeler ve Psikolojideki Uygulamaları”, *Eleştirel Psikoloji Bülteni (Psikolojide Araştırma ve Yöntem Tartışmaları Özel Sayısı)*, 5, 25-38.
- Tekin Şenel, P., (2017), “Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme”, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 5-20.

- Tekin, A. G., (2008), “Kamu-Özel İşbirlikleri/Ortaklıkları” [PPP] ve Türkiye Deneyimi, T.C. Başbakanlık Özelleştirme Dairesi Başkanlığı, Erişim Tarihi: 10.10.2018. <http://www.angelfire.com/ok4/aligunertekin/PPPveTürkiyeDeneyimi1.pdf>,
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M., (2012), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara. Nobel Yayın Dağıtım,
- Thadani, K. B., (2014), “Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 157, 307-316.
- Tharun Shastry, L., (2014), “A Study on Public-Private Partnerships with Reference to Indian Infrastructural Projects”, *International Journal of Business and Management Invention*, 3 (10), 56-62.
- The Canadian Council for Public-Private Partnership, (2015), Definition, Available at http://www.pppcouncil.ca/web/P3_Knowledge_Centre/About_P3s/Definitions_Models.aspx.
- The World Bank, (2017a), “2017 Private Participation in Infrastructure (PPI) Annual Report”, http://ppi.worldbank.org/~media/GIAWB/PPI/Documents/Global_Notes/PPI_2017_AnnualReport.pdf. Erişim Tarihi: 15.02.2019.
- The World Bank, (2017b), “Contribution of Institutional Investors Private Investment in Infrastructure”https://ppi.worldbank.org/~media/GIAWB/PPI/Documents/Global_Notes/PPI_InstitutionalInvestors_Update_2017.pdf. Erişim Tarihi: 14. 02 2019.
- Torchia, M., Calabrò, A. and Morner, M., (2015), “Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A Systematic Review of the Literature”, *Public Management Review*, 17(2), 236-261.
- Tunalı, B. S., Gözü, Ö. ve Özen, G., (2016), “Nitel Ve Nicel Araştırma Yöntemlerinin Bir Arada Kullanılması Karma Araştırma Yöntemi”, *Anadolu Üniversitesi İletişim bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi*, 24 (2), 106-112.
- Turina, N. and Car-Pušić, D., (2006), “Overview of PPP Models and the Analysis of the Opportunities for their Application”, In 7th International Conference (4th Senet Conference) Organization, Technology And Management In Construction. https://bib.irb.hr/datoteka/254546.Turina_car-pusic.pdf.
- Türnüklü, A., (2001), “Eğitim Bilim Alanında Aynı Araştırma Sorusunu Yanıtlamak İçin Farklı Araştırma Tekniklerinin Birlikte Kullanılması”, *Eğitim ve Bilim*, 26(120), 8-13.
- Uçar, E., (2017), *Şehir Hastaneleri Sunusu*, Şehir Hastaneleri Koordinasyon Başkanlığı, Ankara.
- Uygun, B., (2013), “Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı”, Hukuk Gündemi, 2013/2, s.24-27. www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2013-2/6.pdf.

- Uysal, Y., (2017), “Yerel Yönetimlerde Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Uygulamalarının iki Yönü: Avantajlar ve Dezavantajlar”, *Kent Akademisi*, 10(2), 169-199.
- White, B., (2017), “Disrupting the Discourse of P3 Value”, *Mount Allison University*, 144 Main Street Sackville, NB, Canada.
- World Bank, (2012), “Public- Private Parnership Reference Guide Version 1.0”, International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or The World Bank, Washington DC, s.11. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16055?locale-attribute=es>.
- Yalanız, Yusuf (2017), *Şehir Hastaneleri Raporu*, Saadet Partisi Yayınları, 2. Baskı, Ankara. https://saadet.org.tr/dosyalar/1502289420sehir-hastaneleri-raporu-_2017.pdf.
- Yescombe, E. R., (2007), *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*, Elsevier, UK.
- Yıldırım, A. (1999), “Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri ve Eğitim Araştırmalarındaki Yeri ve Önemi”, *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 23(112).
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H., (2016), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 10. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H., (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, F. Y. ve Karakaş, D. G., (2011), “Devlet / Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 Mayıs 2011, s.29-83.
- Yüksel, P. ve Yıldırım, S., (2015), “Theoretical Frameworks, Methods, and Procedures for Conducting Phenomenological Studies in Educational Settings”, *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, 6 (1), 1-20.
- Zaharioaie, M., (2012), “The Utility of Using Public Private Partnership for Local Government”, *Journal of Public Administration, Finance and Law*, 17-24.

EKLER

EK 1: KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Öncelikle merhaba, adım Durmuş soyadım GÖKKAYA. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisiyim. Aynı zamanda, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Şehir hastaneleri üzerine araştırma yapmaktayım. Danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM.

Bu çalışma, Türk Sağlık Sistemi adına yepyeni bir oluşum olan şehir hastanelerini kamu özel ortaklığı bağlamında ele almaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, şehir hastaneleri sistemi ya da modelinin yapısı, yöntemi, ülke sağlık hizmetlerine katkıları, finansal sürdürülebilirliği ve gelecekteki riskler gibi noktaları derinlemesine incelemek ve şehir hastaneleri modelinin yönetsel, finansal, hukuki ve sözleşmesel boyutlarının bir değerlendirmesini yaparak, şehir hastaneleri hakkında genel bir çerçeve ortaya koymaya çalışmaktır.

Görüşmeye geçmeden önce, sizinle yapacağım görüşmenin gizli olduğunu belirtmek isterim. Kimliğiniz, kişisel bilgi ve görüşleriniz üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmada gerçek isminiz yerine kod bir isimle görüşleriniz belirtilecektir.

İzin vermeniz durumunda araştırmada verilerin eksiksiz, kolay ve daha doğru elde edilmesi için görüşmeyi ses kayıt cihazına kaydetmek istiyorum. Ses kayıt cihazını dinleyip istemediğiniz bölümleri çıkarabilirsiniz. Kabul ediyor musunuz?
.....

Görüşmemizin yaklaşık olarak bir saat süreceğini tahmin ediyorum. Talep etmeniz durumunda çalışmanın sonuçlarını sizinle paylaşabilirim. İzin verseniz sorulara geçmek istiyorum. Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Çalışmayla ilgili herhangi bir şey eklemek ya da sonuçlarını öğrenmek istediğinizde mail adresinden iletişime geçebilirsiniz.

EK 2: GÖRÜŞME FORMU

Soru 1. Şehir hastaneleri yatırımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.1.Sağlık hizmetleri için doğru bir yatırım olduğunu düşünüyor musunuz?

Soru2. Şehir hastanelerini sözleşmeler boyutuyla değerlendirdiğinizde neler söyleyebilirsiniz?

2.1. Sözleşmelerle ilgili problemler olduğunu düşünüyor musunuz?

Soru 3. Şehir hastanelerinin finansal yönden sürdürülebilirliği ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

Soru 4. Şehir Hastaneleri modelinin yönetim yapısı ve işleyişi ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

4.1. İşleyişle ilgili sorunlar var mı? Bununla ilgili neler söyleyebilirsiniz?

Soru 5. Şehir hastanelerini avantajlar ve dezavantajlar yönünden değerlendirdiğinizde neler ifade edebilirsiniz?

Soru 6. Şehir hastanelerini gelecekte öngördüğünüz riskler üzerinden değerlendirebilir misiniz?

Soru 7. Şehir hastaneleri ile ilgili eklemek istediğiniz ya da herhangi bir öneriniz var mı?

EK 3: ETİK KURUL İZNİ



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 87432956/050.99/
Konu : Etik Kurul Onayı.

85221

13 -06- 2019

Sayın Durmuş GÖKKAYA
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz, “Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Ekonomik, Politik ve Yönetimsel Boyutları İle Değerlendirilmesi ” konulu doktora tez çalışmanız Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun 11.06.2019 tarihli ve 33/2 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuzla cevaben bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Murat AYI DÜLUPÇU
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

1- Zarf

Batı Yerleşkesi Rektörlük Binası 32260 ISPARTA
Telefon Nu.: (246) 211 14 05 Faks: (246) 237 04 31
e-Posta: zuhalbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi: www.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : Zuhall BARDAK
Şef
Telefon Nu.: (246) 211 80 52

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı : Durmuş GÖKKAYA

Doğum Yeri Yılı :

Medeni Hali :

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi (2013).

Yüksek Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2016).

Doktora Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2020)

Yabancı Dil ve Düzeyi:

İngilizce : Orta Düzey

İş Deneyimi:

1. 2013-2015 : Bozok Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Araştırma Görevlisi.

2. 2015-2018 : Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Araştırma Görevlisi.

3. 2018- (Devam Ediyor) : Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Araştırma Görevlisi.

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

Ulusal toplantıda sunulacak tam metin olarak yayımlanan poster bildirisi

Gökkaya D., Bekkaya E. ve Alkan A., (2012), “Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin İstihdam Sorunsalı: Çalıştay Kapsamında Bir Araştırma”, 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı (631-635), 13-15 Eylül, Isparta.

Eryılmaz M., Büyükarıslan A. ve **Gökkaya D.**, (2012), “Üniversite Öğrencilerinin Gönüllü Kan Bağışına Bakışı: SDÜ Örneği”, 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı (627-630), 13-15 Eylül, Isparta.

Ulusal Hakemli Endeksli Dergide Yayın

Gökkaya D., İzgüden D., Erdem R., (2018), “Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9(20), 136-148.

Gökkaya D., ve Erdem R., (2017), “Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(26), 149-184.

Ulusal Kitap Bölümü

Özdemir S., **Gökkaya D.**, ve Akbulut F., (2017), “İnformel Guruplar: Kavramsal Bir Değerlendirme”, Ramazan Erdem (Ed.),Yönetimde İnformalite, Buz Dağının Görünmeyen Yüzü, İçinde (155-185), Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Ankara