

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ HAKKINDA
HİZMET SUNUCULARI VE HİZMET YARARLANICILARININ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:
YOZGAT İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Önder BAŞ

Ankara - 2018

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ HAKKINDA
HİZMET SUNUCULARI VE HİZMET YARARLANICILARININ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:
YOZGAT İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

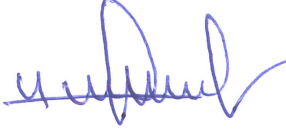
Önder BAŞ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Ankara - 2018

KABUL VE ONAY

Önder Baş tarafından hazırlanan “Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli hakkında hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin değerlendirilmesi: Yozgat ili örneği” başlıklı bu çalışma, 17/12/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim dalında Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

 [İ m z a]

Prof. Dr. Yusuf Çelik (Başkan)

 [İ m z a]

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Danışman)

 [İ m z a]

Dr. Öğr. Üyesi. Pelin ÖZGEN (Üye)

ETİK BEYAN

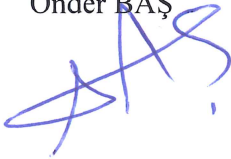
Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

17/12/2018

Önder BAŞ



ÖZ

Baş, Önder. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu araştırma Türkiye’de sağlık sektöründe uygulanmaya başlanmış olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli hakkında, hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin değerlendirilmesi, Kamu Özel Ortaklığı Modelinin öncesi ve sonrasının karşılaştırılması, memnuniyetlerinin araştırılması ve modelin sağlık çalışanları ve hastalar için yeterince faydalı olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Yozgat şehir hastanesinde çalışan 1060 sağlık personeli ve Yozgat ilinde yaşayan, şehir hastanesinden hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Örneklemi 400 sağlık çalışanı ve 400 hasta oluşturmaktadır. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır ve ölçme aracı olarak anket formlarından yararlanılmıştır. Araştırma verileri IBM SPSS Statistics 20 programına girilmiş ve analiz edilmiştir.

Hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarına ait demografik bilgiler ve verilen ifadelere katılım düzeylerinin dağılımı frekans analizi ile incelenmiştir. Hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcıları verilen ifadelerin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla Varimax döndürme metodu ile temel bileşenler analizi (faktör analizi) yapılmıştır. Ortak sorulara katılım düzeyinin gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Ölçek alt boyutlarının güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla güvenilirlik analizi yapılmış ve Chronbach alfa katsayısı elde edilmiştir.

Çalışma sonucunda Şehir hastanesinden alınan hizmetin ve memnuniyetin yüksek olduğuna, Kamu özel ortaklığı modeli hakkında Sağlık çalışanları ve hastalar açısından yeterli bilgilendirmenin olmadığına, yöneticilerin modele daha olumlu yaklaşırken, diğer personellerin daha negatif bakış açısına sahip olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler

Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastanesi, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

ABSTRACT

Baş, Önder. Evaluation of the Opinions of Service Providers and Service Beneficiaries on Public-Private Partnership Model in Health Sector: Yozgat Province Sample, Master's Degree Thesis, Ankara, 2018.

This study was carried out for the determination of the evaluation of the opinions of service providers and service beneficiaries on Public-Private Partnership Model which has started to implementation in health sector in Turkey, comparison of pre and post period of Public-Private Partnership Model, research of satisfactions and to determine whether the model was useful enough for health workers and patients.

Target population of the study consisted of 1060 health personnel working at Yozgat City Hospital and individuals who lives in Yozgat province and taking service from the City Hospital. Sample is consisted of 400 health personnel and 400 patients. In this research, quantitative research method was used and benefitted from the questionnaire forms as the assessment instrument. Study data were entered to the IBM SPSS Statistics 20 program and analyzed.

Demographic information belongs to service providers and service beneficiaries and distribution of participation level to the phrases given have been analyzed with frequency-analysis. Principal component analysis (factor analysis) was made by Varimax rotation method for the determination of factor structure of the phrases given for service providers and service beneficiaries. The fact that the level of participation in common questions differed significantly among groups was examined by t-test in independent groups. Reliability analysis was made for the determination of the scale lower dimensions and Cronbach Alpha Coefficient was obtained.

As a result of the study, it can be said that the service and satisfaction received from City Hospital is high, but there is no enough informing about the Public-Private Partnership Model in terms of health personnel and patients, other personnel have a more negative perspective while managers approach the model more positively.

Keywords

Public-Private Partnership, City Hospital, Health Transformation Program.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda bilgi ve birikimiyle bana her zaman destek olan, yol gösteren değerli danışman hocam, Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu'na yardımları dolayısıyla teşekkür ederim.

Çalıőmam boyunca bana manevi destek veren ve motivasyonumu yükselten kıymetli eőim İlknur Baş'a sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (KÖO) MODELİ VE YAPISI

1.1. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Modelinin Tarihçesi	3
1.2. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Özellikleri	5
1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin beklenen Faydalar ve Öngörülen Zararlar.....	7
1.3.1. KÖO'dan Beklenen Faydalar	7
1.3.2. KÖO'dan Öngörülen Zararlar	8
1.4. Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri.....	9
1.4.1. Yap Devret	10
1.4.2. Yap Kirala İşlet Devret	10
1.4.3. Yap Devret İşlet	10
1.4.4. Yap İşlet Devret	10
1.4.5. Yap Sahiplen İşlet Devret	11
1.4.6. Yap Sahiplen İşlet	11
1.4.7. Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret	11

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE TÜRKİYE'DEKİ YAPISI

2.1. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı	13
2.1.1. Sağlık Sisteminde KÖO Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları	13
2.1.1.1. Sistemin Avantajları.....	13
2.1.1.2. Sistemin Dezavantajları	14
2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı	15

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi	16
2.3. Şehir Hastaneleri	17
2.3.1. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Projeleri ve Kapasite Bilgileri	20
2.3.2. Türkiye’deki Şehir Hastaneleri Finansmanı ve Finansman Sorunları	22
2.3.2.1. Şehir Hastaneleri SWOT Analizi	25
2.3.2.1.1. Güçlü Yönler	25
2.3.2.1.2. Zayıf Yönler	26
2.3.2.1.3. Tehditler	26
2.3.2.1.4. Fırsatlar	27
2.3.2.2. Maliyeti	27
2.4. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı ve Uygulamaları	28
2.5. Türk Sağlık Sisteminde KÖO Uygulanma Gerekçeleri	29
2.6. Türk Sağlık Sisteminde KÖO Kapsamı ve Uygulanması	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİN BELİRLENMESİ: YOZGAT İLİ ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	33
3.2. Problem Durumu	33
3.3. Alt Problemler	33
3.4. Araştırma Hipotezleri	34
3.5. Varsayımlar ve Sınırlılıklar	34
3.6. Araştırmanın Modeli	34
3.7. Evren ve Örneklem	35
3.8. Verilerin Toplanması	35
3.9. Verilerin Analizi ve Bulgular	36

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
-------------------------------	-----------

KAYNAKÇA	75
-----------------------	-----------

EKLER.....	81
-------------------	-----------

EK-1: Anket Formu	81
-------------------------	----

EK-2: Anket Formu	84
-------------------------	----

EK-3: Anket İzin Formları	87
---------------------------------	----

ÖZGEÇMİŞ.....	89
----------------------	-----------

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
PFI	: Private Finance Initiative
PPP	: Public Private Partnership
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
YD	: Yap Devret
YKİD	: Yap Kirala İşlet Devret
YDİ	: Yap Devret İşlet
YİD	: Yap İşlet Devret
YSİD	: Yap Sahiplen İşlet Devret
YSİ	: Yap Sahiplen İşlet
YSKD	: Yap Sahiplen Kiraya ver Devret

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1:	Onaylanmış ve Sözleşme yapılmış Şehir Hastaneleri Projeleri	21
Tablo 2:	Projelendirme Dönemindeki Şehir Hastaneleri Projeleri	22
Tablo 3:	KÖO Modeli İle Özel Sektöre Devredilen Bazı Riskler	24
Tablo 4:	KMO ve Bartlett test sonuçları.....	36
Tablo 5:	Açıklanan varyans tablosu	37
Tablo 6:	Hizmet sunucularına ait verilen ifadelerin faktör ağırlık matrisi	38
Tablo 7:	Chronbach alfa katsayıları.....	39
Tablo 8:	Hizmet sunucularının yaş gruplarına göre dağılımı	40
Tablo 9:	Hizmet sunucularının cinsiyete göre dağılımı.....	40
Tablo 10:	Hizmet sunucularının medeni duruma göre dağılımı	40
Tablo 11:	Hizmet sunucularının öğrenim durumlarına göre dağılımı	41
Tablo 12:	Hizmet sunucularının göreve göre dağılımı	41
Tablo 13:	Hizmet sunucularının hizmet yılına göre dağılımı	42
Tablo 14:	Hizmet sunucularının Kamu özel ortaklığı modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre dağılımı.....	42
Tablo 15:	Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucuların ifadelerine katılım düzeyleri frekans analizi	43
Tablo 16:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 17:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	45
Tablo 18:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	46
Tablo 19:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	47
Tablo 20:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Göreve Göre Dağılımı	48
Tablo 21:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Hizmet Yılına Göre Dağılımı	49

Tablo 22: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile Kurulan Şehir Hastaneleri Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 23: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile Kurulan Şehir Hastaneleri Hakkında Bilgi Alınan Yere Göre Dağılımı	52
Tablo 24: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin KÖOM'nin Sağlık Sektörü için Uygun Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı.....	53
Tablo 25: KMO ve Bartlet Küresellik Testleri Sonuçları.....	54
Tablo 26: Açıklanan Varyans Tablosu	55
Tablo 27: Hizmet Yararlanıcılarına Ait Verilen İfadelerin Faktör Ağırlık Matrisi	56
Tablo 28: Chronbach Alfa Katsayıları.....	57
Tablo 29: Hizmet Yararlanıcılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	57
Tablo 30: Hizmet Yararlanıcılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı	58
Tablo 31: Hizmet Yararlanıcılarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı	58
Tablo 32: Hizmet Yararlanıcılarının Mesleğe Göre Dağılımı.....	59
Tablo 33: Hizmet Yararlanıcılarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Tablo 34: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının ifadelerine katılım düzeyleri frekans analizi	60
Tablo 35: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Yaş Gruplarına göre Değişimi	62
Tablo 36: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Cinsiyete Göre Değişimi	63
Tablo 37: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Değişimi.....	64
Tablo 38: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Eğitim Durumuna Göre Değişimi	65

Tablo 39: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Mesleğe Göre Değişimi	66
Tablo 40: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Değişimi	68
Tablo 41: Hizmet Sunucuları ve Yararlanıcıların İfadelere Katılım Düzeylerinin Karşılaştırması.....	69



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Şehir Hastaneleri Yönetim Modeli	19
Şekil 2: 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayıları.....	20
Şekil 3: Türkiye de Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı (%) (2002-2016)	24



GİRİŞ

Dünya nüfusunun hızla artması, yaşanan teknolojik yenilikler ülkelerin yaptıkları yatırımları ve verdiklerini hizmetleri, sürekli olarak yenileme, büyütme ve rekabet edilebilir hale getirilmesini zaruri kılmaktadır. Bu bağlamda çeşitli Avrupa ülkelerinde uygulanan ve başarılı sonuçlar veren bir model olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ülkemizde de uygulama alanları bulmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) “Bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, Kamu ve Özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi” olarak tanımlanır.

KÖO devletin yaşadığı çeşitli finansman sorunları sebebiyle yatırım ve hizmetlerini aksama olmadan gerçekleştirmesine olanak sağlayan modellerden biri olarak görülmektedir. Özellikle 1990’lı yıllardan sonra Kamunun, Ulaşımdan Altyapıya, Sağlıkta Eğitime kadar birçok alanda yapılacak yatırım ve verilecek hizmetler dolayısıyla, yeni bir finansman modeline ihtiyaç duyması gündeme gelmiştir. Bu modelle devlet, yapılması gerekli devasa projelerini, özel sektör aracılığıyla yaparak, finansmanı daha ekonomik ve vadeli kullanmayı, oluşan bütün riskleri özel sektör ile paylaşmayı ve daha iyi hizmet sunmayı amaçlamaktadır.

Türkiye’de Sağlık sektörü için yeni bir yaklaşım olan Kamu Özel Ortaklığı modeli Sağlık Bakanlığının hastane yapımı ve işletilme sürecine yeni bir boyut kazandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin daha verimli, etkin, rekabet edilebilir ve çağdaş yapıya ulaştırılması amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya başlanmıştır. Bu bağlamda Kamu Özel Ortaklı Modeli ile Türkiye’nin çeşitli illerinde, Sağlık kampüsleri proje, ihale ve yapım süreçleri başlamıştır.

Bu çalışmadaki araştırma problemi, Türkiye’de Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hizmet sunucuları ve Hizmet yararlanıcılarına göre uygun bir yöntem midir, olarak belirlenmiştir. Yapımı tamamlanan ve işletme süreçleri yakın dönemde başlayan şehir hastanelerinde, öngörülen faydaların ve hasta memnuniyetlerinin tespiti önem teşkil etmektedir. Bu bağlamda, Türkiye’nin ilk Şehir hastanesi olan, Yozgat Şehir Hastanesinde, Kamu Özel Ortaklığı modeli

hakkında hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarının görüşlerini analiz etmek, memnuniyetlerini araştırmak, hem sağlık çalışanları hem de hastaların modele bakışını ve şehir hastanesi hakkındaki fikirlerini ayrı ayrı değerlendirmek, Kamu zel Ortaklığı ile yapılan şehir hastanelerinin, diğer hastanelerden farklarını ortaya koymak amacıyla yapmış olduğum çalışmam üç ana bölümde oluşmaktadır. Birinci bölümde Kamu zel Ortaklığı modelinin yapısına, beklenen fayda ve öngörülen zararlarına ve finansman modellerine değinilmiştir. İkinci bölümde ise Sağlıkta Kamu zel Ortaklığı modeli ve Türkiye’deki yapısına, Türk sağlık sistemindeki gelişimine ve şehir hastaneleri kapasite bilgileri ve özellikleri üzerinde durulmuştur. Çalışmanın son bölümünde ise araştırmanın amacı ve önemine, uygulanan iki anketin verilerinin analizlerine, ulaşılan bulgulara, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (KÖO) MODELİ VE YAPISI

Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) “*bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2012). KÖO modelini özetle açıklamak gerekirse, kamu hizmetlerinin sözleşme kapsamında özel sektöre yaptırılması şeklinde tanımlanabilir. Bu model birçok ülkede farklı uygulama şekilleri ile kullanılmaktadır. Modelin doğru ve hatalı uygulama şekillerinin yanı sıra modelin fayda sağlaması veya zarar vermesi söz konusu olmaktadır.

Bu bağlamda birinci bölümde KÖO Modeline ait genel bilgiler verilecektir. Bu kapsamda tarihçesi, özellikleri, fayda ve zararlarının yanı sıra finansman modellerine değinilecektir.

1.1. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Modelinin Tarihçesi

KÖO modelinin tarihçesine baktığımızda ilk olarak 1660 yılında İngiltere’de karşımıza çıkmaktadır. İlk uygulama olarak karşımıza çıkan bu projede, İngiliz özel sektörün katıldığı yol inşaat projeleridir. Söz konusu bu projeler bilhassa endüstri devriminden sonraki dönemde kanal ve demiryolu projeleriyle gelişim göstermiştir. 1860 yıllara gelindiğinde ise KÖO modelinin uygulanması doruk noktasına ulaşmıştır. Ancak Avrupa’daki meydana gelen ekonomik krizin sonucunda çok fazla sayıda yatırımcının iflas ettiği gözlemlenmiştir (Çekirge, 2006). Modelin kamu kurumları açısından en büyük avantajlarından biri de sözleşmeye konu olan hizmet ile alakalı tüm risklerin özel sektöre devredilmiş olmasıdır.

Kamu özel ortaklığı modelini İngiltere’nin ardından uygulayan bir diğer devlet ise Amerika Birleşik Devletleridir (ABD). ABD’nin akabinde Fransa’da da KÖO modelinin uygulandığı görülmektedir. O dönemde Mısır valisi Said Paşa’nın desteklediği ve inşası 1869 da tamamlanmış olan Süveyş Kanalı da KÖO’nun eseri kabul edilmiştir (Çekirge, 2006).

KÖO modeline ait ilk uygulama olan İngiltere’de gerçekleştirilen çalışmaları incelediğimizde, özel şirketlerin kamuda iş yapmasını engelleyen yasal düzenlemeler kaldırılmıştır. Akabinde ise, özel işletme ortaklığıyla kurulan ve bu modelin genel hatlarını belirleyen “Özel Sektör Finansman Girişimi (PFI-Private Finance Initiative)” yürürlüğe girmiştir.

İngiltere’de model iyi sonuçlar verince, diğer ülkelerin çoğunluğu modeli sınırları içerisinde uygulamaya başlamıştır. 1999 yılına gelindiğinde ise dünyada KÖO modelini kullanan ülke sayısı toplamda 10 iken günümüz itibariyle oldukça artmıştır (Türkiye Bilişim Derneği, 2011; Harris, 2006; Boz, 2013; Green Paper 2004). Türkçe literatüre baktığımızda Public Private Partnerships (PPP) kavramı “Kamu Özel Sektör İşbirliği”, “Kamu Özel Sektör Ortaklığı”, “Kamu Özel İşbirliği”, “Kamu Özel Ortaklığı” gibi kavramların kullanıldığını görmekteyiz (Güzelsarı, 2009:44).

Yirminci yy. son çeyreğinde sosyal, ekonomik ve siyasal anlamdaki değişim ve etkileşimlerin sonucu olarak, devletin rolü altyapı hizmetlerinde değişime uğramıştır. Bu değişim devletin hizmeti üreten ve işleten rolünü, hizmetin üretimi ve işletimi ile ilgili politikaları belirleyen ve sistemi düzenleyen role geçiş yapmasına neden olmuştur.

Kamunun sahip olduğu kaynaklarının kıt yani yetersiz olması ve bu kaynakların devlete gelir sağlamayan kamu hizmetlerine kullanılmasının bir sonucu olarak KÖO yöntemi yaygın bir yöntem olarak kullanılmaya başlamıştır. Bu yöntem yatırımlara yönelik finansmanın temin edilmesi açısından önemli bir yere sahiptir (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde kamu hizmetlerinin kaliteli ve çağdaş bir yapıya sahip olmasının başlıca nedenlerinden biride KÖO modeli Yap İşlet Devret (YİD) yöntemi ile inşa edilerek, hizmete sunulmasıdır. Hükümetler bu model yardımıyla finansman yüklerini en aza indirerek en iyi seviyede hizmet sunmaktadırlar. Yap İşlet Devret (YİD) yöntemi ile ilgili detaylı bilgi ilerleyen başlıklarda verilecektir.

1.2. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Özellikleri

KÖO modelini, kamudaki hizmet ve yatırımların özel şirketler üzerinden gerçekleştirildiği finansman modellerinden farklı kılan en önemli özelliklerinden biri de, gerçekleştirilecek olan kamu yatırım veya hizmetinin tamamlanarak ve hizmete sunulmasına yönelik riskler, kamu ve özel sektör arasında paylaştırılmasıdır. Söz konusu hizmete ait detaylı sözleşme görüşlerin toplanmasıyla oluşmaktadır. Geniş ve detaylı sözleşmelerle kamu bütün risklerini tespit edip sözleşmeye yansıtmaktadır. Bu sayede kamu, inşaatın bitmesi ve hizmetlerin sunumu için en iyi teklifi veren yüklenici ile sözleşme yapar ve bunun sonucunda kamudaki maliyetler azaltılmış olur (Usta ve Bilgiç, 2016).

KÖO modelinin kendi içerisinde farklı alt modelleri bulunmaktadır. Bu alt modeller sayesinde birçok farklı sektörde uygulama alanı bulmaktadır. Literatürdeki farklı kaynaklardan toplanan bilgiler ile KÖO'nun özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Peters 1998:11-33; Akintoye vd., 2003:4-5; Klijn ve Teisman, 2003:137-138; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006:17-29; Farquharson, 2006; Hemming, 2006:4).

- KÖO aracılığıyla bir hizmetin üretimi veya bu hizmet üretiminin sonuçları özel sektörden satın alınmaktadır.
- KÖO aracılığıyla bütün tarafların çıkarları ortak bir paydada birleştirilmektedir.
- KÖO aracılığıyla kamu ve özel şirket arasında karşılıklı değil, işbirliğine dayalı bir ilişkinin kurulması söz konusudur.
- KÖO modeli sadece büyük finansman gerektiren projeler için değil, küçük bütçeli projeler için de uygulanmaktadır.
- KÖO'nun en önemli işlevi gerekli finansman ihtiyacının özel şirketlerden karşılanmasıdır.
- KÖO modeli sadece hizmet temin yöntemi, finansman çeşidi veya gayrimenkulü değerlendirme süreci değildir.

- KÖO projeleri genel olarak finansman, tasarım uygulamaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu bu fonksiyonların birleştirilmesindeki hedef, bütün maliyetlerin minimize edilmesidir (Bettignies ve Ross, 2004).
- Kamu yatırım ve hizmetlerinin KÖO ile yapılması projelere artı değer katan bir yapıdır. Söz konusu bu artı değer çoğu zaman yenilik iken çoğu zaman yatırım ve hizmetin maliyetinde azalma şeklinde olmaktadır.
- KÖO aracılığı ile gerçekleştirilen projelerde riskler kamu ve özel sektör arasında paylaşılmaktadır.
- KÖO projelerinde bir çok şirketin yetkilisinin bulunduğu görülmektedir. KÖO projelerinde, proje şirketinin sahibi özel sektör yatırımcılarından oluşmaktadır.
- KÖO modelinde çekirdeği devlet ile yapılan hizmet/imtiyaz sözleşmesi oluşturmaktadır. Diğer taraftan sözleşmeye konu olan yapının istenildiği gibi inşa edilmesi için bir tasarım-inşaat sözleşmesi ve sosyal tesisler bakım sözleşmesi yapılmakta olup, bu eklentiler takibi bu sözleşmeler ile gerçekleştirilmektedir.
- KÖO aracılığı ile verilen mal ve hizmetin makul ücretlerle, kesintisiz bir şekilde belirli bir niteliğe ve niceliğe sahip olacak şekilde sunulmasının güvence altına alınması önem taşımaktadır.
- KÖO sözleşmeleri genellikle uzun dönemli olarak imzalanan sözleşmelerdir. Bu vadeler 20-49 yıl arasında değişmektedir.
- KÖO uygulamaları çoğunlukla altyapı yatırımlarında yürürlüğe girme zeminini bulabiliyor.
- KÖO uygulamalarında tesis ve hizmetlerin niceliği ve niteliğini devlet belirlenmektedir. Devletin uygulamadaki temel vazifesi organizasyonun sağlanması ve denetlenmesidir. Bu sayede devlet, proje var olduğu müddetçe, etkin bir şekilde rol almaktadır.
- KÖO modelinde en az iki aktör bulunmaktadır. Bu aktörlerden biri kamudur. Aktör sayısında üst sınır yoktur. Uygulamada katılımcı

aktörlerin her biri patron konumundadır. Her katılımcı aktör kendi namına işlem yapmakta ve yapabilmektedir.

- KÖO modelinde bütün taraflar meydana getirdikleri işlerin sonuçlarının sorumluluğunu üstlenmektedirler. KÖO uygulama süresince kamu veya hizmetten yararlananlar yükleniciye ödeme yapmak zorundadırlar.
- KÖO uygulamalarında sözleşme bitiminde tesis kamuya bırakılmaktadır.

1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin beklenen Faydalar ve Öngörülen Zararlar

Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli, dünya genelinde birçok sektörde farklı şekillerde uygulama alanı bulmaktadır. Yol, inşaat ve özellikle altyapı projeleri bunlardan bazılarıdır. Devletler bu modelle kamuya finansman sağlamanın ve daha iyi hizmet sunmanın çabası içerisindeyler. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli nokta planlama aşamasındaki maliyetlerin iyi analiz edilmesidir.

Kamunun tasarruf sağlama amacındayken, zarar etmesi kabul edilebilir değildir. Bütün zararların öngörülebilmesi ve minimuma indirgenmesi gerekmektedir. 1600'lü yılların ikinci yarısından bu yana uygulanmakta olan bu model, uygulayan ülkeye çeşitli avantaj ve dezavantajlar sunmaktadır.

Avantajları ve dezavantajları göz önüne alındığında, KÖO modeli ekstra hazırlık, müzakere ve yüksek yatırım maliyetleri gerektiren çetrefilli projelerde uygulanması gereken bir seçenektir. KÖO modelinde avantaj ve dezavantajlar iyi incelenmelidir. Bu bağlamda kamu özel ortaklığından beklenen faydalar ve öngörülen zararları başlıklar halinde inceleyelim.

1.3.1. KÖO'dan Beklenen Faydalar

KÖO'nun değerli olan bir artışı da, projelerdeki bir takım sorumlulukları yükleniciye vererek risk dağılımının oluşmasına olanak tanınması olarak kabul edilmektedir. KÖO projeleriyle kamu, kendi ekonomisini iyileştirme, kötü durumda olan yerlerin restorasyonunu sağlamak ve bölgesindeki rekabeti artırma olanağına sahip olmaktadır (Sarısü, 2009:162-163; Ersöz, 2010:15). Ayrıca bu sayede hükümetler kamu hizmetlerini hızlı ve kaliteli bir şekilde sunmaktadırlar.

KÖO modelinin avantajlarını incelerken, devletler neden bu modeli tercih etmelidir ve/veya neden tercih ediyor şeklinde bakmak ve incelemek gerekmektedir. Bu bağlamda değerlendirdiğimizde KÖO modeli ülkeler için yeni bir yaklaşımdır. Ülkeler bu modeli finansman sıkıntısının önüne geçmek ve devasa projeleri daha hızlı hayata geçirebilmek amacıyla tercih etmektedirler. Devletlerin KÖO hakkında yeterince bilgiye sahip olmaları gereklidir. Bu modelin nasıl uygulandığı, finansmanın nasıl sağlandığı, ne gibi olumlu, ne gibi olumsuz yanlarının olduğu gibi konularda detaylı bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

İşleyişi iyi bilmeleri bu model yardımıyla gerçekleştirilecek projelerin başarısını olumlu yönde etkileyecektir. Bu bağlamda Keskin tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada belirlenen modelin tercih edilmesi gerekliliğini öne süren unsurları maddeler halinde sıralayalım (Keskin, 2011):

1. KÖO modeli, kamu hizmetlerinin en kaliteli ve en hesaplı şekilde halka sunulmayı mümkün kılmaktadır.
2. KÖO modeli ile, kamu hizmetlerinin finansmanı açısından oluşan sıkıntıların, ortadan kaldırılması beklenmektedir.
3. KÖO modeli ile ülkeler, finansman sorunları olan yatırımlarını hızlı bir şekilde hayata geçirmeleri mümkün olmaktadır. Özel sektörün işbirliğine dayanan söz konusu bu model, uygulamalarda finansman sorunları yüzünden yapılamayan bütün projelerin yapılmasını mümkün kılmaktadır.
4. KÖO modeli sayesinde atıl duran (yerli/yabancı) sermayenin ülke içine yönlendirilmesi mümkün olmaktadır.
5. KÖO modeli, maliyet düşüşü sağlar. Büyük finansman ihtiyacı olan projeler işbirliğinin oluşmasıyla gerçekleştirilebilir ve ciddi maliyet avantajının yakalanacağı söylenebilmektedir.

1.3.2. KÖO'dan Öngörülen Zararlar

KÖO modelinde beklenen faydalar olduğu gibi öngörülen zararlarda mevcuttur. Ülkeler bu modeli uygulayarak çeşitli avantajlar sağlamaya çalışırken,

öngörülemeyen bazı tehditlerden dolayı devleti zarara uğratmamaları gerekmektedir. Bir finansman modeli olarak, maliyet avantajının çok iyi hesaplanması gerekir. Aksi durumda devlet bütçelerine çok ağır yükler taşınabilir. Devletin sağlık hizmetlerini sunarken, vatandaşların hiçbir şekilde mağdur edilmemeleri gerekmektedir. KÖO modeli ile devlet kaynakları rant konusu edilmemeli, bu bağlamda konu hakkında yeterli bilgiye sahip uzmanlarla çalışılmalıdır. Model ile alakalı olarak Şenel Tekin tarafından 2010 yılında tespit edilen ve öngörülen zararları şu şekilde özetleyerek sıralamak mümkündür (Şenel Tekin, 2010:48);

- Hizmet kalitesinin düşmesi, çalışma koşullarının kötüleşmesi,
- Özel şirketlerin kamu kaynakları üzerinden kâr elde etmesi,
- Kamu hizmetlerinde doğabilecek aksaklıklar,
- Özel şirketlerin az risk ile, çok kâr beklentileri,

Özellikle hizmet alanlarında, mesela sağlık kamu hizmetinde KÖO modeline başvurulmasının sonucunda bazı sorunlar beraberinde gelebilir. Bu duruma örnek vermek gerekirse Sağlık Bakanlığı hastane gerekliliği için karar alan kuruluştur. Bu karar verilirken dikkatli olunmaması ve yanlış kararların alınmasıyla, sonrasında finansman sorunları ile karşılaşmaktadır. Bu problemin hastanelerin kapatılmasına kadar büyüyeceği savunulmaktadır (Price, 2011:21).

KÖO, yeniden yapılanma sürecinde devletin, özel sektöre kamusal bazı hizmetlerini açarak, yeni kâr sahaları oluşmasının parçası olduğu kabul edilmektedir. Söz konusu bu sürecin sağlık sektöründe telafisi mümkün olmayan zararlara sebep olacağı düşünülmektedir (KÖO Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2011:274).

1.4. Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri

KÖO yöntemi tek başına finansman çeşidi gibi karşımıza çıkmakta ve bu şekilde kabul görmektedir. KÖO finansman modelleri 7 başlıkta çeşitlendirilebilir. KÖO Modelleri; “*Yap Devret, Yap Kirala İşlet Devret, Yap Devret İşlet, Yap İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet, Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret*” şeklinde sıralanabilir.

1.4.1. Yap Devret

Yap Devret (YD) modelini incelediğimizde, proje ve inşaat aşamasında maliyet performans kriterlerini belirlendiğini görmekteyiz. Bunun yanı sıra bu yöntem de, ortakların uygulamalarının kontrolünün yapılması söz konusudur. Sözleşmeye konu olan kamusal yapı, inşaatın bitmesi yani yapının tamamlanmasıyla işletilmesi amacıyla devlete devredilmektedir (Teker, 2008:4).

1.4.2. Yap Kirala İşlet Devret

Yap Kirala İşlet Devret (YKİD) modelini incelediğimizde, özel sektörün tesisi inşa ettiğini, daha sonra mülkiyetini kamuya devrettiğini ve çoğu zamanda proje kapsamında yer alan diğer birimleriyle birlikte belirli bir süre için kamudan kiralar (Teker, 2008:6).

1.4.3. Yap Devret İşlet

Yap Devret İşlet (YDİ) modelini incelediğimizde, özel girişimci, inşa ettiği tesisi daha sonra işletecektir. Söz konusu tesisin finansmanı özel girişimci tarafından sağlanmaktadır. Bu süreçte tesis tamamlandıktan sonra yasal mülkiyetini ilgili kamu kurumuna devredilmektedir. Devri alan kamu kurumu, tesisi özel sektöre uzun dönemde kiraya vermektedir (Güney, 2005:7).

1.4.4. Yap İşlet Devret

Yap İşlet Devlet (YİD) modelini incelediğimizde, kamu hizmetlerinin hayata geçirilebilmesi için gerekli sermaye kamu tarafından sağlanmayabilmektedir. Devletin bütün hizmetlerini aksama olmadan sunması için, hiçbir yatırımını bekletmemesi gerekir. Bu bağlamda en uygun modeli tercih ederek yatırımları kolaylaştırılmalıdır. Bu modelde Özel sektör kendisi işletmeyi kurar ve belli bir süre ortaklaşa, yabancı veya yerli girişimler şeklinde özel sektör işletmeleri işletmeye devam etmektedir.

Yapılan sözleşme ile bütün noktalar belirlenir ve kamunun maliyet hesaplarını daha net görebilmesi sağlanır. Sözleşme süresi boyunca özel şirket yükümlülüklerini yerine getirir. Sonuç olarak tesis kamu kuruluşuna koşulsuz şartsız devredilmektedir (Acartürk, 2007:23). Dünya genelinde gelişmiş ülkelerde en sık kullanılan ve başarılı sonuçlar veren modellerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.4.5. Yap Sahiplen İşlet Devret

Yap Sahiplen İşlet Devret (YSİD) modelini incelediğimizde, çoğunlukla Avustralya ve gelişme eğilimindeki devletlerde büyük maliyetli altyapı projelerinde kullanılan bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modelde yapılan yapılara baraj, köprü, yol gibi altyapı çalışmaları örnek verilebilir. Özel şirket, tesis için gerekli sermayeyi üslenir, inşaatı yapar ve belirlenen süre dahilinde sahibi olur. Sahiplendiği süre içinde tesisi çalıştırır. Söz konusu bu işletim süresi genelde 15 ila 30 yıllık bir süreci kapsamaktadır. Sözleşme kapsamında belirtilen bu süre dolduğunda da özel firma tesisi kamuya devretmektedir (Teker, 2008:6).

1.4.6. Yap Sahiplen İşlet

Yap Sahiplen İşlet (YSİ) modelini incelediğimizde, özel şirket, devletin belirlediği kurallar çerçevesinde devlet ile bir franchising anlaşması yapar ve süre sınırı olmadan yatırımın finansmanını karşılar, inşaat bitince sahiplenir ve tesisi işletir (Güney, 2005:8).

1.4.7. Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret

Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret modelini incelediğimizde, özel sektör projeyi inşa eder, sözleşme kapsamında belli olan süreyle sahibi olur, fakat tesisi çalıştırmaz, kamuya kiraya vermektedir. Süre bitince tesis kamuya devredilmektedir.

Belirlenen süre boyunca inşaatı yapan özel firma, kira elde etmektedir (Keskin, 2011).



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE TÜRKİYE'DEKİ YAPISI

Daha önceden bahsettiğimiz üzere KÖO yapılan yatırım ve verilen hizmetlerdeki maliyetlerin ve risklerin özel sektör ve kamu arasında paylaşılması ile meydana gelmektedir. Birçok sektörde KÖO modeline başvurulmaktadır. Günümüzde bunun karşımıza en sık çıkan örneği sağlık ve eğitim sektörüdür. Bu çalışmanın bu bölümünde sağlık sektöründe KÖO ortaklığına ve Türkiye'deki yapısına değinilecektir.

2.1. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı

Dünya genelinde hükümetler artan nüfus nedeniyle sağlık sektöründe büyük yatırımlar yapma ihtiyacı duymaktadırlar. Hâlihazırda bulunan birçok hastanenin ve diğer sağlık tesisinin modern sağlık bakım hizmetlerini vermeye uygun teçhizat ve yapısı bulunmamaktadır. Bu bağlamda sağlık sektörüne yönelik yeniliklerin beraberinde finansal ihtiyaçlar artış göstermiştir. Artan bu ihtiyaçlar ile baş edebilmek için ülkelerin yeni modeller üzerinde çalışmaları zarurieti doğmuştur (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006).

Sağlık sektöründe KÖO modelinin avantaj ve dezavantajlarını başlıklar halinde inceleyelim.

2.1.1. Sağlık Sisteminde KÖO Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Sağlıkta KÖİ Derneği tarafından 2017 yılında belirlenen avantaj ve dezavantajlar aşağıdaki başlıklarda verildiği gibidir.

2.1.1.1. Sistemin Avantajları

Şehir hastanelerinin sağlık sistemine kattığı çeşitli avantajları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Finansman özel şirket tarafından karşılandığından kamuda yapım dönemi için ödenek ayrılması söz konusu değildir. Sözleşmeye konu olan yatırım tesisinin yatırım bedeli işletme süresince kullanım bedeli şeklinde ödenmektedir. Ödemeler tesis/ler bittikten sonra yani faaliyete başladıktan sonraki süreçte başlamaktadır.
- Projeye konu olan kamusal sağlık tesisleri, işletilme süresince kullanılabilirliğine göre kiraya verilmektedir. Proje yanlışları, uygulama sorunları, sorunlu malzeme temini vb. nedenlerden dolayı hizmetin yavaşlamasına sebep olan engeller ve kusurlar çözümlenmediği sürelerde ceza uygulanarak kullanılma karşılığı olan ödemeden düşülmekte olup bu durum ilgili kamu kurumu için olumlu bir uygulamadır.
- Projenin geliştirilmesi istekliler tarafından yapıldığı için projenin sorumluluğu “yüklenici” firma yani özel sektör firması olan müteahhit firmadır. İşletilme sürecinde proje üzerinde değişiklik gerektiğinde firma proje müellifi’de olmasından dolayı sorunlarla karşılaşması mümkün olmayacaktır.
- Kamu kontrolünde özel şirketlerin potansiyelinin, insanlara hizmette kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Yatırım ve yatırıma ait tüm finansman riskleri yüklenici firmaya devredilmektedir.
- Sözleşmeye konu olan yatırım tesisi için işletme süresi sonunda Bakanlık tarafından ayrıca bir bedel ödenmeyecektir.
- KÖO modelinin hastanelerde, trijenerasyon, izolatör, kapalı otopark, kapalı bölümlerde dünya standartlarında artış, kapalı alanlarda yürüyen merdivenler gibi faydası bulunmaktadır.

2.1.1.2. Sistemin Dezavantajları

Şehir hastanelerinin sağlık sistemine kattığı çeşitli dezavantajları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Sözleşmeye konu olan yatırım tesisine ilişkin, yatırım tutarlarının uzun vadede ödenmesi, toplumda yatırımların pahalı olduğunun düşünülmesine sebep olmaktadır.
- Söz konusu yatırımlara ilişkin sözleşmelerin karmaşık bir yapıda olması, uygulama sırasında kavram kargaşası ve uygulama zorluğu ile karşı karşıya kalınmaktadır.
- Sözleşmeye konu olan yatırım tesisinin uzun zamanda tamamlanmasından dolayı firma, olası riskleri elinden geldikçe fiyata yansıtmak istemektedir.
- Sözleşmeye konu olan tesisin işletilme süresince özel şirket ve kamu ortaklık faaliyetlerinde sorunlar doğacaktır. Söz konusu bu sorunlar, uzun vadede yüklenici ve idarenin değiştirilen personelinin, sözleşme ve evrakları idrak edebilmesinden doğan anlaşmazlıklar meydana gelecektir.
- Yatırıma ait finansman borçlanması özel sektörde yapılmaktadır. Bunun neticesinde kaynak maliyeti nispeten yüksek görülmekte ve bu durum firma açısından bir risk içermektedir.
- Sözleşmeye konu olan tesisin işletilme dönemi süresince sözleşme taraflarınca KÖO modeli hususunda tecrübesiz olmasından dolayı sorunların çözümü yavaş ilerlemektedir. Bu yüzden konu ile ilgili olarak yeni alt mevzuatlara gereksinim bulunmaktadır.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı

Bütün dünyadaki gibi ülkemizde de sağlık sektöründe modern tedavi sistemlerine sahip olan hastanelere ihtiyaç ve bu ihtiyaçlara yönelik finansman ihtiyacı her geçen gün artış göstermektedir. Bu ihtiyaçlar ilgili kamu kurumlarını özel sektöre yöneltmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de sağlık sektöründe de KÖO modeli tercih edilmektedir. Bu sayede kamuya daha hızlı ve kaliteli hizmet sağlanmaktadır. Bu başlık altında Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığının tarihsel süreçte nasıl geliştiğinden bahsedilecektir.

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi

Türkiye’de kamu hizmetleri ve yatırımlarının özel sektör ortaklığıyla gerçekleştirilen projeleri olmuştur. Günümüze kadar süreçte bu projelerde YİD, Yİ, YK, İmtiyaz, gibi modeller kullanılmıştır. Günümüzde 1910 yılında yayımlanan kanun yürürlükte olup kullanılmaktadır. Söz konusu bu kanun değerlendirildiğinde kamu hizmetlerinde imtiyaz modelinin hukuksal sınırlarını belirlemektedir. Cumhuriyetin ilanından sonraki süreçte birkaç örnek harici imtiyaz modeline başvurulduğu görülmemiştir. Bu dönemde kamu tarafından verilen hizmetler genel olarak devlet tarafından ifa edilmiştir.

Türkiyede yapılan KÖO projelerini tarihsel süreçte değerlendirdiğimizde 1980’li yıllarda meydana gelen özelleştirmelerle birçok uygulamanın denendiğini görmekteyiz. KÖO modeli çok daha yeni uygulama alanı bulan bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son yıllarda sağlık sektöründe, yaşanan finansman sorunları nedeniyle Kamu Özel Ortaklığı uygulaması gündeme gelmiş ve uygulanmaya başlamıştır. Ülke içerisinde KÖO modeli ile alakalı çeşitli görüşler bulunmaktadır. Fakat var olan kanun çerçevesinde, KÖO’ nın çeşitlerinden olan YİD modeli 2005 senesindeki düzenlemeyle birlikte Sağlık Sistemine dâhil olduğu ve uygulanabilmeye başladığı gözlemlenmektedir (Yılmaz, “Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”).

Türkiye’de KÖO modelini yıl yıl değerlendirecek olursak (Gümüştekin, 1992; Tekin, 2004a; Tekin, 2004b; Tekin, 2007);

- 1984 tarihli, 3096 sayılı Kanun ve ardından çıkarılan 4283 sayılı Yİ Modeli Hakkında Kanun ile o dönemde öncelikli görülen elektrik üretimi alanında, YİD, İşletme Hakkı Devri ve Yİ yöntemleri uygulanmaya başlamıştır.
- Ülkemizde KÖO yöntemleri özellikle 1990’lı senelerde gündem içerisine alınmış, çeşitli alanlarda YİD ve Yİ türleri uygulanmıştır. Ancak siyasi, ekonomik ve hukuksal altyapı ile siyasi istikrarsızlık ve sözleşme düzenlemesinde yapılan hatalar, özel sektör ve kamu ortaklığı açısından ciddi olumsuzluklar getirmiştir. Bunun sonucunda toplumda bu modellerin güvenilirliği sorgulanır hale gelmiştir.

- Avrupa Birliği'nin, birlik üyesi ülkelerinin altyapı yatırımlarının, KÖO modeli ile yapılması için, attığı adımlar ve sunduğu bütçeler neticesinde, Türkiye'de özellikle 2003 yılındaki, özel şirketlerin bu alana yönelmesiyle, devlet tarafından somut düzenlemelerin yapılmasını gündeme getirmiştir.
- 1994'te kabul edilen 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun" ile birçok farklı alanda KÖO projeleri sorunsuz uygulanmaktadır. Şuan geçerliliği devam eden 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çerçevesinde YK yöntemi ile yapılacak şehir hastaneleriyle kanun yeni bir ivmeye ulaşmıştır. Bunlara ek olarak 652 sayılı "Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile milli eğitim yerlerinin, 351 sayılı "Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu" ile de yurtlar ve bunun gibi ikamet yerlerinin de KÖO yöntemiyle yapılabilmesi mümkün kılınmıştır. (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

Sağlık sektöründe KÖO uygulamaları hizmet alımı şeklinde başlamıştır. 4 Ocak 1985'te bakanlığın kamu hastanelerindeki temizlik işlerinin dışarıdan temin edilmesi için yayınladığı genelge yayınlanmıştır (Tatar, 1993:286). KÖO, temizlik hizmetlerinin dışında, güvenlik, mutfak, vb. birçok tıbbi olmayan destek hizmetlerin özel firmalardan temin edilmesi ile de süreç devam etmiştir (Gider ve Top, 2007).

2.3. Şehir Hastaneleri

2017 yılında Türkiye'de şehir hastaneleri dönemi başlamıştır. Bu dönem adını yeni açılarak, hizmete başlayan şehir hastanelerinden almıştır. Şehir hastanelerinin yapımı ve hizmete sunumu ile Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde en üst seviyeye ulaşabilmesi hedeflenmiştir. Hizmete giren yeni hastanelerde en yeni teknoloji sağlık ekipmanları, en yeni sağlık teknoloji ürünlerinin de bulunması ve hizmet vermesi öngörülmüştür. Bu öngörü ile yapılan çalışmalar sonucunda Türkiye'nin sağlık sektöründe en yüksek seviyede sağlık hizmeti veren ülkelerin seviyesine ulaşması beklenmektedir. Bu öngörü, plan, proje vb. faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için

çalışan planlamasından finansmana, sağlık hizmet fiyatlarından ek ödeme sistemine, kadar birçok alanda yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

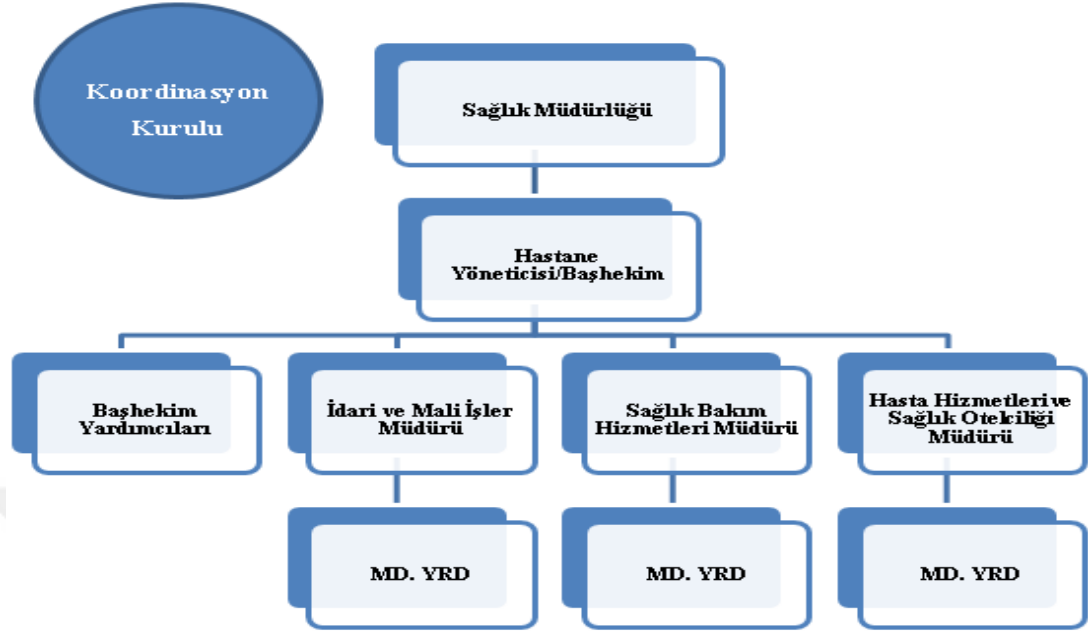
Şehir hastanelerinin KÖO modeli ile yapılması sadece kamunun finansman sıkıntısını çözmesi açısından önem teşkil etmemektedir. Devletlerin sağlık sektöründe birincil önceliğinin, hasta memnuniyeti olması gerektiği, yadsınamaz bir gerçektir. Anayasal bir hak olan sağlık hakkının vatandaşlar tarafından en iyi şekilde alınması, tedavi kalitesinin artması, en iyi teknolojilerle sağlık turizmine katkı sağlaması, şehir hastanelerinin önemini artırmaktadır. Ayrıca, Anadolu'nun çeşitli şehirlerinden, büyük metropollere tedavi amaçlı seyahatin azalması da amaçlanmaktadır.

Yerinde sağlık hizmeti ile, vatandaşların her türlü sağlık problemlerinin çözümü için, Türkiye'nin bir çok ilinde şehir hastaneleri inşa edilmektedir. Projelerde tedavi kalitesinin yanı sıra vatandaşların konforu da düşünülmüştür. Hastanelerin yatak kapasiteleri artırılmış ve ihtiyacın maksimum seviyede karşılanması amaçlanmaktadır. Ayrıca devlet tedavi maliyetlerini düşürmeyi de hedeflemektedir.

Bazı büyük şehirlerde inşa edilen sağlık kampüsleri, içerisinde bir çok dal hastanesini barındırmaktadır. Vatandaşların çeşitli hastalıklar için aynı kampüsü tercih etmeleri, yeni teknoloji ve ekipmanla iyi hizmet almaları, donanımlı sağlık personeli ile sağlık haklarından yararlanmaları hedeflenmektedir. Uzun yıllar Türkiye' de kullanılan ve ihtiyacı karşılamakta zorluk çeken birçok hastanenin yerini alacak olan şehir hastaneleri, kapasiteleri, konforu, tedavi kalitesi ve kısalan tedavi süreleriyle en iyi hizmeti sunma yolunda büyük bir adım olacaktır.

Sağlık sektöründe şehir hastanesinin çok etkisinde kalan diğer taraf da kurumlarda çalışan personeldir. Şehir hastanelerinde sağlık personellerinin çalışma şartlarının iyileştirilmesi de, hedefler arasında bulunmaktadır. Hekim başına düşen hasta sayısının düşürülmesi tedavi kalitesinin artması açısından önem teşkil etmektedir. Yapılan bu araştırmada sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi de hedeflenmiştir. Bu bağlamda hazırlanan anket soruları ile sağlık çalışanlarının görüşleri belirlenmiştir. Toplanan bu görüşlere ait sonuç ve yorumlar üçüncü bölümde detaylı bir şekilde verilmiştir.

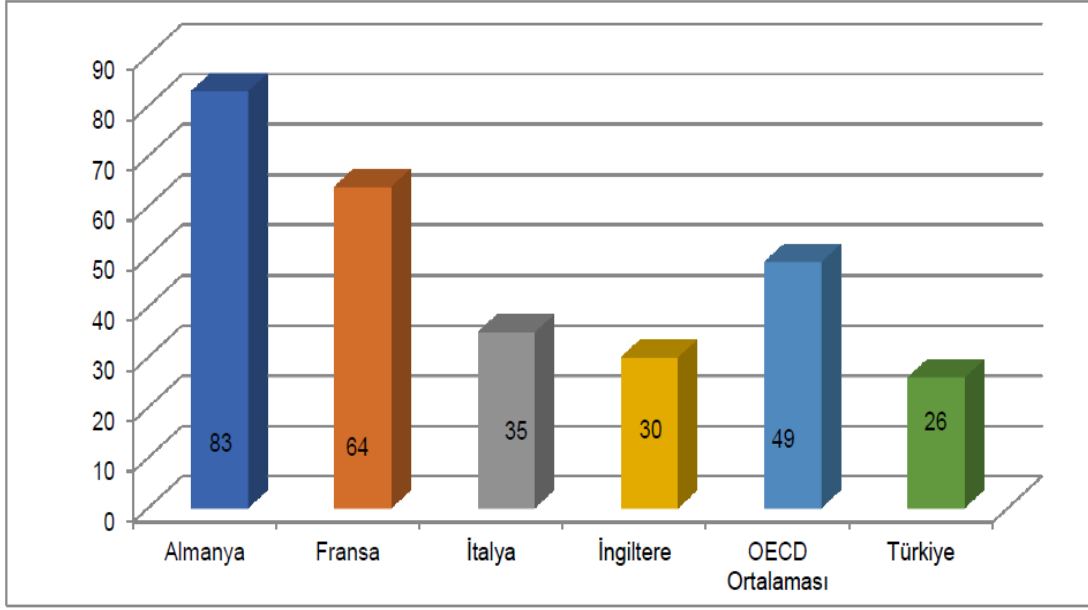
Şehir Hastaneleri Yönetim Modeli şekil 1’de verilmiştir (Çakır, 2017).



Şekil 1: Şehir Hastaneleri Yönetim Modeli

Şekil 1’de şehir hastanelerinin yönetim modeli şematik bir şekilde verilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere en tepede Sağlık Müdürlüğü yer almaktadır. Sağlık müdürlüğünün altında Hastane Yöneticisi yani Başhekimi yer almaktadır. Başhekime bağlı 3 (üç) müdür, bu 3 (üç) müdüre bağlı 3 (üç) tanede müdür yardımcısı bulunmaktadır. Ayrıca bu 3 (üç) müdüre ek olarak başhekim yardımcılarını görev almaktadır.

Dünya genelinde hastaneleri ve kapasitelerini incelediğimizde Avrupa ülkelerine kıyasla en düşük yatak kapasitesine Türkiye sahiptir. Şehir hastaneleri ile yatak kapasitelerinin ciddi oranda artırılması amaçlanmaktadır. Açılan, inşaat süreci devam eden, ve proje aşamasında olan şehir hastaneleri açıldığında, bir çok Avrupa ülkesindeki yatak kapasitesinin üzerine çıkılacaktır. 2017 verilerine göre Avrupa ülkeleri ve Türkiye’ye ait hastane yatak kapasite bilgileri şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2: 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayıları

Kaynak: Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

Şekil 2’de görüldüğü üzere en yüksek yatak kapasitesine sahip ülke Almanya’dır. Onu takip eden ülke ise Fransa’dır. Türkiye, OECD ülkelerinin ortalama rakamının altında kapasiteye sahiptir.

2.3.1. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Projeleri ve Kapasite Bilgileri

2018 yılı itibarıyla Türkiye’de 5 şehir hastanesi açılmış ve faaliyetine başlamıştır. 2018 yılı sonuna kadar 4 projenin daha açılması hedeflenmektedir. Henüz ön fizibilite aşamasında olan İstanbul - Sancaktepe şehir hastanesi 4200 yatak kapasitesiyle Türkiye’nin en büyük şehir hastanesi olarak planlanmaktadır. Türkiye’de gerçekleştirilen Şehir Hastaneleri Projeleri ve bu hastanelere ait kapasite bilgileri tablo 1 ve 2’de verilmiştir.

Tablo 1: Onaylanmış ve Sözleşme yapılmış Şehir Hastaneleri Projeleri

Proje Aşaması	İller	Yatak Sayısı	Açılış Tarihleri
Yapımı Tamamlananlar	Yozgat	475	Açıldı
	Isparta	755	Açıldı
	Mersin	1.294	Açıldı
	Adana	1.550	Açıldı
	Kayseri	1.607	Açıldı
İnşaatı Devam Edenler	Ankara (Bilkent)	3.704	2018
	Manisa	558	2018
	Elazığ	1.038	2018
	Eskişehir	1.081	2018
	Ankara (Etlik)	3.557	2019
	Konya (Karatay)	838	2019
	Bursa	1.355	2019
	Kütahya	600	2019
	Tekirdağ	480	2019
	FTR-YGAP *	2.400	2019
	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	-	2019
	Gaziantep	1.875	2020
	Kocaeli	600	2020
	İzmir Bayraklı	1.700	2020
	İstanbul (Başakşehir)	2.682	2020
Şanlıurfa	1.700	2020	
Toplam		28.149	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TBMM 2018 Yılı Plan Bütçe Komisyon Sunumu

*Fizik Tedavi Rehabilitasyon-Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri

*Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Tablo 2: Projelendirme Dönemindeki Şehir Hastaneleri Projeleri

Proje Aşaması	İller	Yatak Sayısı
İhale süreci Devam Edenler	Samsun	900
	Denizli	1.000
	Diyarbakır	750
	Aydın	950
	Antalya	1.000
Yüksek Planlama Kurulu	Ordu	900
	İzmir (Tınaztepe)	1.200
Ön Fizibilite	Trabzon	1.150
	Sakarya	1.000
	Rize	1.000
	İstanbul (Sancaktepe)	4.200
Toplam		14.050
Genel Toplam		42.199

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TBMM 2018 Plan Bütçe Komisyon Sunumu

Tablo 1 ve 2'deki bilgileri incelediğimizde; Türkiye'nin bir çok ilinde yatak kapasitesi yüksek şehir hastanelerinin yapıldığını görmekteyiz. Bu durum artan nüfus, yaygın ve salgın hastalıklar değerlendirildiğinde çok büyük öneme sahip olduğunu söylemek mümkündür.

2.3.2. Türkiye'deki Şehir Hastaneleri Finansmanı ve Finansman Sorunları

Sağlık sektöründe verilen hizmetlerin sunumu ve kalitesi önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda hizmetlerin kalitesini arttırmak için daha fazla finansman kaynağına ihtiyaç duyulmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerini aksama olmadan modern ekipmanla ve yeteri kadar yatak kapasiteli hastanelerle vermesi zarurieti vardır. Ancak projelerin çokluğu finansman kaynaklarının azlığı nedeniyle dış finansman kaynaklarına yönelinmektedir. Devletin bütün yatırımlarını tek başına üstlenmesi kamuya orta ve uzun vadede sıkıntı yaratacak bir durumdur. Buradaki en önemli nokta finansmanı en ekonomik şekilde temin etme girişimidir. Bunun için arayışlar içerisinde olunmalıdır. Bu bağlamda detaylı çalışmalar yapılarak ve dünya genelindeki modeller incelenerek en uygun yöntemler tercih edilmektedir. Bu durumun sonucunda zamanla dış kaynak bulunması ve kullanılması konusunda uzmanlaşmaktadır (Ak, 2001:1304-1311).

Dış finansman kaynaklarının bulunması konusunda uzmanlaşılması bu kaynakların bulunması ve kullanılmasında yöntemin iyi bilinmesi, etkin kullanılması anlamına gelmektedir. Dış finansmanı kullanma çağdaş bir anlayış olarak kabul görmektedir. Türkiye’de faaliyet gösteren hastanelerin yönetilmesinde yeni yaklaşımlara yeteri kadar yer verilmemektedir. Bu yüzden ülkemizde hastane işletmelerinin durumu istenilen verimlilikte ve ekonomik avantajlara erişemediği görülmektedir (Ak, 2001:1304-1311).

Ülkemizde yaşanan çeşitli finansman sorunları nedeniyle, uzun yıllar aynı hastanelerin kullanılması, yeterli sayıda tıbbi ekipman ve ihtiyaç oranında yatak kapasitesine ulaşılması gecikmektedir. Hastanelerin yeni olması, en iyi ekipmanla hizmet vermesi, teknolojik yenilikleri takip etmesi, kapasiteye karşılık verebilmesi, yoğunluk ve karışıklıklardan uzaklaştırılması gerekmektedir.

Modern yapıya kavuşturulmaları geç kalınmış bir uygulamadır. Hastaneleri çağdaş yapıya kavuşturmalı ve bunun sürekliliği sağlanmalıdır. Bu bağlamda hastaneler yenilenmeli ve uzmanlık dallarına göre ayrılmalıdırlar.

Arzu edilen çağdaş yapıya ulaşılabilmesi için hastanelerin hizmet üreten kurumlar olduğunun farkına vararak, çağdaş anlayışlara açık olarak, hastanelerin yöntemlerini gerçekleştirmesi gereklidir (Ak, 2001). Bu sayede dış kaynaklar kullanılarak rekabet ön plana çıkacaktır. Hastanelerdeki çeşitli bölümler dışarı bırakılarak, belirli bir ya da birkaç alanda uzmanlık hastanelerine dönüşecektir. Öte yandan personel sayısı azalacak ve daha çok iş yapılırken daha verimli bir çalışma ortamı doğacaktır (Kaplan, 2001:1527-1539).

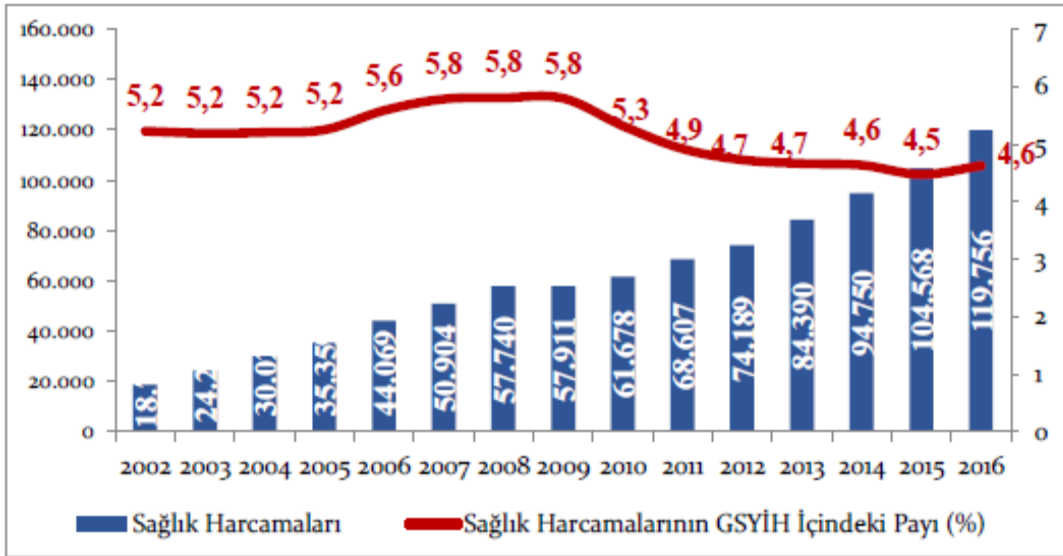
KÖO ile yapılan hastaneler ile ülke yönetimleri bazı riskleri kendi üzerlerinden işi yapan özel firmaya başka bir deyişle özel sektöre devretmiş olmaktadır. KÖO modeli tek başına finansman yöntemi olmaktan öte, devletin elini güçlendiren ve ilerde yaşayabileceği sorunları kısmen de olsa devredebilmesine olanak vermektedir. Bu bağlamda KÖO modeli ile özel sektöre devredilen bazı riskler tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: KÖO Modeli İle Özel Sektöre Devredilen Bazı Riskler

Riskler	Açıklama
Maliyet Aşım Riski	Projenin tasarım ve inşaat döneminde gerçekleşen maliyetin planlanan maliyeti aşma riski
Bakım Onarım Riski	Tesislerin bakım-onarım maliyetinin planlanandan farklı olması
Teknoloji Riski	Hizmeti sağlayacak tarafın teknolojik yeniliklere ayak uyduramamasından dolayı kullanacağı teknik girdilerin güncelliğini kaybetme riski
Ticari Alan Riski	Ticari alan gelirlerinin planlanandan az olması ihtimali
İflas Riski	Yüklenici firmanın veya hissedarlarından herhangi birinin iflas ihtimali
Siyasi Risk	Siyasi iradenin bir projenin tamamlanmasını ve işletimini ya da özel sektör finansörlerinin beklenen yatırım karlılığını esastan ve olumsuz olarak etkileyecek şekilde hareket etme ihtimali.
Kalifiye Eleman Riski	Projenin hayata geçirilip idamesi için gerekli olan yetenekli elemanların bulunamama riski.
Güvenlik Riski	Tesislerin terör ve hırsızlık olaylarına karşı korunamama riski.

Kaynak: Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

Tablo 3’de görüldüğü üzere özel sektöre devredilen riskler ciddi zaman kayıplarına ve zarara neden olabilecek risklerdir. Söz konusu bu kayıp ve zararlar sadece zaman bazlı değil, aynı zamanda finansman olarak da zarar olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Şekil 3:** Türkiye de Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı (%) (2002-2016)

Kaynak: TÜİK

2002 ile 2016 yılları arasındaki sağlık hizmetlerinde meydana gelen gelişmelere baktığımızda, sağlık harcamalarına ait payın GSYH içindeki oranı %5,2'den %4,6'ya düştüğü görülmektedir. Bu düşüş özellikle 2009 yılından sonra meydana gelmiştir. 2006-2009 yıllarında gerçekleşen oran ise dönemin en yüksek oranı olarak gerçekleşmiştir.

Son 15 yılda Türkiye'de sağlık alanında meydana gelen büyük dönüşüme rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının düşmesi, iyi çalışmalar yapıldığını gösterir niteliktedir (Atasever vd., 2018).

Türkiye'nin sağlık sisteminde, şehir hastanelerinin hizmete geçişi ve sunumuna başlandığından beri finansal sorunlar yaşanmamıştır. Söz konusu bu sorunsuz çalışan sistemin bugünden sonra da sorunsuz çalışması beklenmektedir. Bu bağlamda sistemin kontrollü bir şekilde finansal yönetiminin sağlanması gerekmektedir. 2018 yılının ilk iki çeyreğinde henüz sisteme ait bir sorun yaşanmamış olup, hali hazırda sorunsuz bir şekilde çalışmaya devam etmektedir. Diğer taraftan şehir hastanelerine ait geri ödemeler 2017 yılında başlamıştır (Aydın, 2017). 2017 yılında başlayan ödemelerin, sistemin geri dönüşünün nasıl olduğunu gösterirken, gelen nakit akışı sisteme finansman konusunda nefes aldıracaktır.

2.3.2.1. Şehir Hastaneleri SWOT Analizi

SASAM tarafından şehir hastanelerine yönelik yapılan SWOT analizini incelediğimizde aşağıdaki bilgilere ulaşmaktayız. Bu bilgiler aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

2.3.2.1.1. Güçlü Yönler

Yapılan SWOT analizine ait "Güçlü Yönler" aşağıdaki gibidir.

- Hasta odaklı düzenlenmiş olması,
- Rahat ve konforun yüksek olduğu hastaneler olması,
- En iyi Teknolojik ekipmanla donatılması,

- Tek bir kampüste bir çok hizmetin verilmesi
- Tüm branşlarda aynı alanda hizmet veriliyor olması,
- Hasta sevklerinin önüne geçilmesi,
- Konaklama için uygun alanların oluşması,
- Sağlık turizmi açısından iyi reklamın yapılabilmesi,
- Devlet desteğinin olması şeklinde sıralanabilir.

2.3.2.1.2. Zayıf Yönler

Yapılan SWOT analizine ait “Zayıf Yönler” aşağıdaki gibidir.

- Yöntem beyanının açık ve net olmaması,
- Yönetim modelinin esnek kurgulanmaması,
- KÖO modeli ile ilgili eğitimlerin yetersizliği,
- Çalışanlar için uygun/ yeterli fiziki mekânların oluşturulmaması,
- Yöneticilerin sık değişmesi,
- Çalışan sayısının yeterli olmaması,
- Şehir hastaneleri paydaş sorumluluklarının ve yetkilerinin netleştirilememesi,
- Şehir Hastanelerinde iş akış süreçlerinin olmaması,
- İletişim kurgusunun iyi yapılamaması,
- Şehir hastaneleri için işletme mevzuatı oluşturulamaması,
- KÖO mevzuatı açısından uzman personelin olmaması/az olması şeklinde sıralanabilir.

2.3.2.1.3. Tehditler

Yapılan SWOT analizine ait “Tehditler” aşağıdaki gibidir.

- Uzun dönemde ekonomik sıkıntılar oluşursa hastalara ücret yansıtılması,

- Yeni hastanelerin devlet bütçesine getirdiği yük,
- Kamu ve özel sektör arasında doğabilecek anlaşmazlıklar,
- Yaşanması muhtemel trafik sorunları,
- Hizmet maliyetlerinin yüksek olması,
- KÖO sözleşme türlerinin 25 yıl gibi uzun dönemli olması,
- İç kontrol sisteminin oluşturulmamış olması şeklinde sıralanabilir.

2.3.2.1.4. Fırsatlar

Yapılan SWOT analizine ait “Fırsatlar” aşağıdaki gibidir.

- Bölgesel hizmet sunma potansiyeli oluşturması Vatandaş memnuniyeti,
- Vatandaş memnuniyeti,
- Sağlık turizmi için önemli bir hamle olması,
- Bütün hizmetlerin aynı yerde verilebilmesi,
- Çalışan memnuniyetlerinin artmasına zemin hazırlaması,
- Yüklenici firma çalışanlarının hizmet kalitesine katkısı şeklinde sıralanabilir (Sasam, 2017).

2.3.2.2. Maliyeti

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılan şehir hastanelerinin finansmanı Yüklenici firma tarafından karşılanmaktadır. Türkiye’de kamu özel ortaklığı modelinin uygulanması devlet için, yatırımlardaki finansmanın daha ekonomik ve vadeli kullanılması amacını taşımaktadır.

2017 yılının sonunda, sözleşmesi imzalanan ve proje dönemindeki şehir hastanelerinin sabit yatırım bedeli toplam 30 Milyar TL civarındadır. Söz konusu bu projeler KÖO modelindedir. Bu projelerin yatırımlarında %20’si öz kaynak, %80’i kredi olarak gerçekleşmektedir (Birinci, 2017).

Yapılan şehir hastaneleri için, Sağlık Bakanlığı yüklenici firmaya iki tür ödeme yapmaktadır. Bunlardan birincisi kullanım bedeli ödemesi, ikincisi ise hizmet ödemeleridir (Canbey, 2017).

Kullanım bedeli ödemesi, yüklenici firmanın şehir hastanesi için yaptığı yatırım bedelidir. 25 yıl boyunca bakanlık tarafından her üç aylık dönemin başında ödenir. Hizmet ödemeleri ise yüklenicinin işletme dönemi boyunca sunulması karşılığında, ihtiyari ve mecburi hizmetlerin ödemesidir ve aylık olarak yapılır. Verilen hizmetleri ve bakım onarım maliyetlerini karşılamaktadır.

Sağlık Bakanlığınca sözleşmesi yapılması planlanan toplamda 21 projenin sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşmesi imzalanmış olan bu 21 projenin tıbbi cihazlarına yönelik olarak yatırım tutarı yaklaşık olarak toplam 3 Milyar TL'dir. Bu yatırım tutarının dağılımı ise; medikal ekipman yatırımı 2,5 Milyar TL, mefruşat yatırımı yarım Milyon TL şeklindedir. Ayrıca Proje aşamasında olan yatırımların toplamı ise 1 Milyar TL'dir (Taflan, 2017).

2.4. Dünya'da Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı ve Uygulamaları

Dünya genelinde yapılan çalışmaları incelediğimizde KÖO modelinin birçok ülkede, çok uzun yıllardır kullanıldığını görmekteyiz. Bu model özellikle 1980'li yıllarda popüler olmuş, yaygın bir şekilde uygulanmaya başlamıştır. O yıllarda özel sektörün kamu sektöründe kullanılması düşüncesi gündeme gelmiş ve kamu mal ve hizmet sunumunda piyasa koşulları uygulanmaya başlamıştır (Morledge ve diğerleri, 2006:233-249).

90'lı yıllarda birçok ülkede, piyasa temelli ve yeni kamu yönetimini etkisi altına alarak yönlendirmiştir. Kamu ve özel sektörün arasında daha fazla ortaklığın oluşması, taraflar ve imzalanan anlaşmalar gereği iç bağımsızlığın artması ve daha karmaşık sorunlara çözüm bulunması gerekliliği bu durumu ortaya çıkartmıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2006; Hemming, 2006:58).

Özellikle Avrupa ülkelerinde başarılı KÖO modeli örneklerini görmek mümkündür. Kendi ülke yönetim yapılarına uygun KÖO modelleri geliştiren ve

uygulayan başlıca Avrupa ülkeleri arasında İrlanda, Portekiz, İspanya, İtalya, Almanya, Yunanistan ve Hollanda bulunmaktadır. Orta ve Doğu Avrupa’da Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Bulgaristan ve Litvanya dâhil çok sayıda ülkede, çok önemli altyapı ihtiyacıyla beraber ciddi bütçe kısıtlamalarının sonucunda KÖO modeli uygulanmaya başlanmıştır (IFSL, 2003). Bu ülkeler özellikle YİD modelinin uygulandığını ve başarılı sonuçlar elde edildiğini söylemek mümkündür.

Avustralya’da firmaların yönettiği kamu hastanelerinin sermaye maliyetlerinin, kamudaki hastanelerle kıyaslama yapıldığında %20 oranında daha da düştüğü ve ayrıca devletin yönettiği hastanelere kıyasla klinik hizmetlerinin daha ucuza sunulduğu gözlemlenmiştir (Dutz, 2003; Nikolic ve Maikisch, 2006; Yescombe, 2007). Bu durumda kamu hastanelerini özel firmaların inşa etmesi ve/veya işletmesi hastaneyi hükümetin inşa ederek, işletmesinden daha avantajlı olduğu gözlemlenmektedir.

Brezilya’da devletin yaptığı on iki yeni hastanenin sözleşmelerle özel şirketlere devri gerçekleştirilmiştir. Brezilya hükümeti söz konusu bu uygulama sayesinde kamu hastanelerinin verimliliğini ve kalitesini yükselterek arttırmayı hedeflemiştir. Avrupa ülkelerinden KÖO ile ilgili örnekler vermek gerekirse, İsveç ve İngiltere verilebilir. İsveç’te bir özel hizmet sunucusuna kiraya verilmiş olan hastane, işletilme maliyetlerinde %30 oranında tasarruf yapılmasını sağlamıştır.

İngiltere’de ise son 20 yıl içerisinde bir çok hastanenin yapılmasında KÖO yöntemi tercih edilmiştir (Barlow, 2007; Shaoul vd., 2008).

2.5. Türk Sağlık Sisteminde KÖO Uygulanma Gerekçeleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri; verimli, etkili, ve ulaşılabilir olması, çağdaş yapıya ulaştırılması, finansmanının karşılanması hedeflenen, sürdürülebilir Türkiye modeli olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” 2003 senesinde uygulanmaya başlanmıştır (Atasever, 2014).

Devletin hızlı nüfus artışına karşın, sağlık hizmetlerini daha verimli hale getirmesi gereklidir. Yeni hastaneler yapmak ve teknolojisini yenilemek ertelenemez

bir hamledir. Uzun yıllardır hizmet veren binalar ömürlerini tamamlamıştır. Bu sebepten, kamuya finansman sıkıntısı vermeyecek, uzun vadeli bir modeli kullanarak, devlet bütçesine yük getirmeden yatırımları hayata geçirmek gerekmektedir.

2000’li yıllara gelindiğinde artan ülke nüfusu, yaygın ve salgın hastalıkların varlığı gibi nedenlerden dolayı Türkiye’nin özellikle modern ekipmanlara sahip hastanelere olan ihtiyacı gün yüzüne çıkmıştır. Devletin sağlık hizmetlerini aksama olmadan vermesi, teknolojik yeniliklerle daha iyi hizmet sunması kaçınılmazdır. Bu bağlamda her anlamda yenilenme gerekmektedir. Bilimsel olarak sürekli kendini yenileyen sağlık sektörü, hastaların ihtiyaçlarına cevap verebilecek teknik donanım, kalite ve konforu ön planda tutmalıdır. Eski binaların bakım ve onarımı yüksek maliyetler gerektirmektedir. Olması mümkün olan bir depremin gerçekleşmesi durumunda, insan hayatı tehlikede olacaktır.

Yeni hastane yapımı için gerekli finansman desteği için, yeni model arayışları gerekli olmuştur. Devlet için en faydalı ve ekonomik modelin uygulanması gerekmektedir. Sorumluluğun özel sektörle paylaşıldığı, finansman getirisi sağlayacak sistemlerle yeni binalar yapılması önem taşımaktadır. Dünya da bir çok ülkede kullanılan KÖO modelleri ile çok başarılı sonuçların alındığı görülmüştür. Yapılacak doğru maliyet hesaplamasıyla kamuya avantajlar sağlamanın önü açılmalıdır. Kullanılacak model ile hem kamu finansmanına katkı sağlanmalı, hem de daha kaliteli hizmet vermek arzusunda olunmalıdır. Bu bağlamda Türkiye’de kamu hastaneleri yapımında klasik yöntemlerin dışına çıkarak KÖO gibi modellerin kullanılması zorunlu ve önemli bir hale gelmiştir. Eski yöntemlerle bina inşa etmenin risklerini ve hüsrana dolu sonuçlarını Türkiye çok uzun yıllar boyunca acı tecrübeler ile birlikte yaşamıştır (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).

2.6. Türk Sağlık Sisteminde KÖO Kapsamı ve Uygulanması

Türkiye’de tercih edilen KÖO yöntemindeki sözleşmeler, özel hukuk hükümlerine bağlıdır. Sözleşmeye konu olan kamu tesisinin ve ticari hizmet alanlarının yapımı, bakımı, onarımı, sözleşmedeki süre tamamlandığında tesisin bütün borçları kapatılarak, bakımı yapılmış, çalışıyor ve kullanıma hazır olmasından, devlete devrinden, özel firma sorumludur.

Sözleşmeye konu olan kamu tesisinin yapımı bitmeden ödeme yapılmamaktadır. Tüm bunlara ek olarak yüklenici firma; rehabilitasyon, görüntüleme, sterilizasyon, laboratuvar, gibi tıbbi destek hizmetleri ile bakım onarım, temizlik, çamaşır, yemek, bilgi işlem ve güvenlik gibi destek hizmetlerinin de sunumunu gerçekleştirmektedir. Kamunun şehir hastanesiyle olan bağı sözleşme süresinde dahil olmak üzere devam etmektedir. KÖO Modeli ile, şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmekte, sadece hizmetin finansmanı özel sektör tarafından karşılanmaktadır (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).





ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİN BELİRLENMESİ: YOZGAT İLİ ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlıkta dönüşüm Programı çerçevesinde uygulanmaya başlanmış olan Şehir hastanelerinin, Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılması, Anayasal bir hak olan sağlık hakkının daha verimli, ekonomik ve kaliteli sunulması amacıyla yürürlüğe girmiştir. Şehir hastanelerinin açılmasıyla, modelin ne kadar faydalı olduğunun araştırılması, öngörülen fayda ve zararların tespit edilmesi gerekliliği doğmuştur.

Bu araştırmanın amacı Türkiye’de sağlık alanında uygulanmaya başlanmış olan KÖO modeli hakkında, hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin değerlendirilmesi, kamu özel ortaklığı modelinin öncesi ve sonrasının karşılaştırılması, şehir hastanesinden alınan hizmet ile memnuniyetlerin araştırılması, ve modelin sağlık çalışanları ile hastalar için yeterince faydalı olup olmadığını tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Problem Durumu

Türkiye’de Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hizmet sunucuları ve Hizmet yararlanıcılarına göre uygun bir yöntem midir?

3.3. Alt Problemler

- KÖO modeli hizmet sunucularına göre uygun bir yöntem midir?
- KÖO modeli hizmet yararlanıcılarına göre hizmet memnuniyetinin artışı için uygun bir model midir?

3.4. Araştırma Hipotezleri

- H1: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının görüşleri göreve göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- H2: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının görüşleri hizmet yılına göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- H3: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşleri yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- H4: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşleri eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- H5: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucuların görüşleri şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- H6: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının görüşleri sağlık sektörü için uygun olup olmama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- H7: Hizmet sunucuları ve yararlanıcılarının sorulan ortak ifadelere katılım düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir.

3.5. Varsayımlar ve Sınırlılıklar

Bu çalışmadaki anket sorularının araştırmanın amacına uygun olarak hazırlandığı ve ankete katılan bireylerin sorulara samimi cevaplar verdikleri varsayılmaktadır. Bu çalışmada Anket uygulaması ile veriler toplanmakta ve bireylerin hiçbir şekilde kişisel bilgileri alınmamaktadır. Ankete katılan bireylerin KÖO modeli hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı da varsayılmaktadır.

3.6. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada, 400 sağlık çalışanı ve 400 hasta üzerinde, 5 li likert şeklinde anket uygulanmıştır. Ve anketlerde 20 soru bulunmaktadır. Hizmet sunucularına ve yararlanıcılara ait demografik bilgiler ve verilen ifadeler katılım düzeylerinin dağılımını frekans analizi ile incelenmiştir.

Hizmet sunuculara ve yararlanıcılara verilen ifadelerin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla varimax döndürme metodu ile temel bileşenler analizi (faktör analizi) yapılmıştır. Belirtilen faktör yapısına göre; faktör skorları elde edilmiş ve bu faktörlerin demografik bilgilere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir.

Hizmet sunuculara ve yararlanıcılara sorulan ortak sorulara katılım düzeyinin gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Ölçek alt boyutlarının güvenilirliğinin tespit edilmesi için güvenilirlik analizi yapılmış ve chronbach alfa katsayısı elde edilmiştir. Analizler %95 güven düzeyinde SPSS 20.0 yazılımı ile yapılmıştır.

3.7. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Yozgat şehir hastanesinde çalışan 1060 sağlık personeli ve çalışmanın yapıldığı tarihte 418.650 kişi nüfusa sahip, Yozgat ilinde yaşayan, şehir hastanesinden hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklemi 400 sağlık çalışanı ve 400 hasta oluşturmaktadır. Ölçeğin oluşturulmasında benzer çalışmalardan ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Belli olan evrenler için kabul edilen örneklem büyüklükleri göz önüne alındığında elde edilen anket verileri temsil etmesi açısından yeterli görülmüştür.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, birincil derece veri toplama yöntemlerinden anket yoluyla toplanmıştır. Çalışma için iki ayrı anket formu oluşturulmuş ve Yozgat şehir hastanesinden hizmet alan bireyler ve şehir hastanesinde çalışan sağlık personeli ile yüzyüze anket uygulanmıştır. Ankette demografik soruların dışında 5 li likert tipi toplam 20 soru sorulmaktadır. Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kısmen katılıyorum (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle katılıyorum (5), şeklinde kodlama yapılmış ve puanlandırılmıştır.

3.9. Verilerin Analizi ve Bulgular

Çalışmamıza ait analiz sonuçları aşağıdaki gibidir.

"Verilerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Kolomgorv Smirnov ve Shapiro Wilks testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmüştür. "

Sağlık Sektöründe KÖO Modeli Hakkında Hizmet Sunucularının Görüşlerinin Değerlendirmesi Geçerlilik Analizi

Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının görüşleri ile ilgili ifadelere katılım düzeylerinin geçerlilik çalışmasının yapılması amacıyla temel bileşenler analizi varimax döndürme metodu uygulanarak yapılmıştır. Öncesinde veri setinin analiz için uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla KMO katsayısı elde edilmiş ve Bartlett Küresellik testi yapılmıştır.

Yapılan KMO ve Bartlett testi sonuçları tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: KMO ve Bartlett test sonuçları

KMO		0,933
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	5093,358
	sd	190
	p	0,000

Tablo 4'te verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

- KMO katsayısı 1'e yakın olduğu ve Bartlett Küresellik testi anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olduğu için veri seti analiz için uygundur.
- Temel bileşenler analizi sonucu elde edilen ve aşağıda verilen açıklanan varyans tablosuna göre; özdeğeri 1'den büyük olan faktör sayısı 3 olduğu için 20 maddenin 3 faktör altında ağırlıklandığı görülmektedir.

Elde edilen birinci faktör toplam varyansın %47,28'ini, ikinci faktör tek başına toplam varyansın %8,74'ünü, üçüncü faktör ise toplam varyansın %8,23'ünü açıklamakta olup üç faktör birlikte toplam varyansın %64,25'ini açıklamaktadır.

Açıklanan varyansa ait veriler tablo halinde tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Açıklanan varyans tablosu

Bileşen	Başlangıç Özdeğeri			Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	9,46	47,28	47,28	9,46	47,28	47,28
2	1,75	8,74	56,02	1,75	8,74	56,02
3	1,65	8,23	64,25	1,65	8,23	64,25
4	0,87	4,36	68,61			
5	0,78	3,92	72,53			
6	0,67	3,36	75,90			
7	0,60	2,98	78,87			
8	0,52	2,59	81,46			
9	0,49	2,44	83,91			
10	0,45	2,26	86,17			
11	0,39	1,97	88,14			
12	0,35	1,77	89,91			
13	0,32	1,61	91,52			
14	0,30	1,50	93,01			
15	0,29	1,43	94,44			
16	0,27	1,36	95,80			
17	0,25	1,26	97,06			
18	0,23	1,13	98,19			
19	0,20	0,99	99,17			
20	0,17	0,83	100,00			

Tablo 5’te verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Maddelerin hangi faktör altında ağırlıklandığını gösteren faktör ağırlık matrisi aşağıda verilmiştir. Çıkarılan faktör sayısına karar verebilmek için her bir yöntemde döndürülmüş faktör matrisine bakılması gerekmektedir. Literatüre baktığımızda, bir faktörün minimum 3 maddeden oluşması belirtilmiş ve vurgulanmıştır (Maccallum vd, 1999).

Faktör yükleri faktörlerin kararlılığını belirtmektedir. Bir faktörün kararlı olabilmesi için minimum 3 madde olması ve faktör yüklerinin de yüksek olması gerekmektedir (Ford, MacCallum ve Tait, 1986; Hogarthy vd., 2005; Maccallum vd, 1999). Bir değişkenin birden fazla faktöre verdiği faktör yükler arasındaki farkın minimum 0,1 olması gereklidir (Stevens, 2002). Tabachnick ve Fidell’in 2013 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre bir maddenin bir faktöre olan faktör yükünün minimum 0,32 olması gereklidir. Buna göre yapılan analiz sonucunda Hizmet sunucularına ait verilen ifadelerin faktör ağırlık matrisi tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Hizmet sunucularına ait verilen ifadelerin faktör ağırlık matrisi

	Faktör		
	1	2	3
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır	0,805		
Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu'dan büyük kentlere tedavi seyahat azalmıştır	0,753		
Şehir hastanelerinin açılması özel hastaneler karşısında rekabet gücünü arttırmıştır.	0,727		
KÖOM kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir	0,703		
KÖOM ile kurulan şehir hastanelerinin teknik donanım ve altyapısı diğer hastanelere göre daha iyidir	0,692		
KÖOM ile sağlık çalışanlarının daha verimli ve motivasyonu yüksek şekilde çalışmasına katkı sağlanabilir	0,686		
KÖOM ile kurulan ve bünyesinde birden fazla hastane yer alan şehir hastaneleri sağlık truzimine yönelik hizmet sunma imkanı sağlayacaktır	0,679		
Sağlıkta KÖOM hizmetlerin daha ekonomik sunulmasını sağlayabilir	0,666		
Kamu özel ortaklığı modeli istihdamı artırabilir	0,640		
KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir	0,605		
KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunmaktadır	0,566		
Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir		-0,827	
KÖOM 'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır		-0,793	
KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır		-0,760	
KÖOM'nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum		-0,745	
Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı kamu özel ortaklığı modelinin uygulanması risk taşımaktadır		-0,619	
Türkiye'de kamu özel ortaklığı konusunda yeterince seminer konferans vb bilgilendirme yapılıyor			0,706
Kamu özel ortaklığı modeli hakkında sağlık çalışanları için daha çok bilgilendirme gereklidir			-0,681
KÖOM ile yapılan şehir hastanesinde çalışıyor olmaktan memnunum			0,612
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır			0,600

Tablo 6'da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Elde edilen faktör ağırlık matrisinde aynı faktör altında yer alan maddelerin ortak özellikleri incelenerek faktörler isimlendirilmiştir. Buna göre birinci faktör “KÖO Modeli pozitif bakış açısı”, ikinci faktör “Şehir Hastaneleri hakkında negatif düşünceler” üçüncü faktör ise “Şehir hastaneleri memnuniyeti” olarak adlandırılmıştır.

Güvenirlilik Analizi

Yapmış olduğumuz bu araştırma çalışmasında kullanmış olduğumuz ölçeğin güvenilirlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda cronbach alfa katsayısı elde edilmiştir.

Cronbach's Alfa Katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütü aşağıdaki gibidir;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Çalışmamıza ait yapmış olduğumuz analiz sonucunda elde edilen cronbach alfa katsayıları tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Chronbach alfa katsayıları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	0,929	11
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	0,864	5
Şehir hastaneleri memnuniyeti	0,787	4

Tablo 7'de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Ölçeğimizin oldukça güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

Hizmet Sunucularının Demografik Bilgilerinin Dağılımı

Katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı frekans analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda elde edilen analiz sonuçları aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Çalışmaya ait hizmet sunucularının yaş grubuna göre dağılımı tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8: Hizmet sunucularının yaş gruplarına göre dağılımı

		n	%
Yaş	18-25	113	28,3
	26-35	129	32,3
	36-45	74	18,5
	46-55	62	15,5
	56 yaş ve üstü	22	5,5
	Total	400	100,0

Tablo 8’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde; 18-25 yaş grubu kişilerin oranı %28,3, 26-35 yaş grubu kişilerin oranı %32,3, 36-45 yaş grubu kişilerin oranı %18,5 iken 46-55 yaş grubu kişilerin oranı %15,5, 56 ve üzeri yaş grubu kişilerin oranı ise %5,5’tir.

Çalışmaya ait hizmet sunucularının cinsiyete göre dağılımı tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9: Hizmet sunucularının cinsiyete göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	211	53,0
	Kadın	187	47,0
	Total	398	100,0

Tablo 9’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Erkeklerin oranı %53 iken kadınların oranı %47’dir.

Çalışmaya ait hizmet sunucularının medeni durumuna göre dağılımı tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 10: Hizmet sunucularının medeni duruma göre dağılımı

		n	%
Medeni Durum	Bekâr	151	37,8
	Evli	249	62,3
	Total	400	100,0

Tablo 10’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda; Katılımcıların %37,8’i bekâr, %62,3’ü ise evlidir.

Çalışmaya ait hizmet sunucularının öğrenim durumuna göre dağılımı tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11: Hizmet sunucularının öğrenim durumlarına göre dağılımı

		n	%
Öğrenim Durumu	İlkokul	1	,3
	Ortaokul	16	4,0
	Lise	112	28,0
	Ön Lisans	76	19,0
	Lisans	129	32,3
	Yüksek Lisans veya Doktora	66	16,5
	Total	400	100,0

Tablo 11’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Öğrenim durumuna göre dağılım incelendiğinde; ilkokul mezunu olanların oranı %0,3, ortaokul mezunu olanların oranı %4, lise mezunu olanların oranı %28’dir. Önlisans mezunu olanların oranı %19 iken lisans mezunu olanların oranı %32,3’tür. Lisans mezunu oranı %32,3, yüksek lisans veya doktora mezunu oranı ise %16,5’tir.

Çalışmaya ait hizmet sunucularının göreve göre dağılımı tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Hizmet sunucularının göreve göre dağılımı

		n	%
Sağlık kurumundaki görev	Doktor	48	12,0
	Hemşire	111	27,8
	Yönetici	12	3,0
	Memur	46	11,5
	Teknik personel	37	9,3
	Diğer	146	36,5
	Total	400	100,0

Tablo 12’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Sağlık kurumundaki göreve göre dağılım incelendiğinde doktorların oranı %12, hemşirelerin oranı %27,8, yönetici oranı ise %3’tür. Memur oranı %11,5 olup

teknik personel oranı %9,3, diğer personel oranı ise %36,5'tir. Çalışmaya ait hizmet sunucularının hizmet yılına göre dağılımı tablo 13'de yer almaktadır.

Tablo 13: Hizmet sunucularının hizmet yılına göre dağılımı

		n	%
Hizmet yılı	1-5 yıl	155	38,8
	6-10 yıl	88	22,0
	11-15 yıl	78	19,5
	16-20 yıl	44	11,0
	21 yıl ve üstü	35	8,8
	Total	400	100,0

Tablo 13'de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Hizmet yılına göre dağılım incelendiğinde 1-5 yıl hizmeti olanların oranı %38,8, 6-10 yıl hizmeti olanların oranı %22, 11-15 yıl hizmeti olanların oranı ise %19,5'tir. 16-20 yıl hizmeti olanların oranı %11 iken 21 yıl ve üzeri süre ile hizmeti olanların oranı %8,8'dir.

Çalışmaya ait hizmet sunucularının Kamu özel ortaklığı modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre dağılımı tablo 14'de yer almaktadır.

Tablo 14: Hizmet sunucularının Kamu özel ortaklığı modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre dağılımı

		n	%
Kamu özel ortaklığı modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi misiniz?	Evet	259	64,8
	Hayır	141	35,3
	Total	400	100,0

Tablo 14'de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Kamu özel ortaklığı modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde; katılımcıların %64,8'i bilgi sahibi olduğunu, %35,3'ü ise bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucularının İfadelere Katılım Düzeyi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucuların ifadelere katılım düzeyleri frekans analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları tablo halinde verilmiştir.

Tablo 15: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucuların ifadelere katılım düzeyleri frekans analizi

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
KÖOM ile yapılan şehir hastanesinde çalışıyor olmaktan memnunum	21	5,3	85	21,3	63	15,8	167	41,8	64	16,0	3,4
Türkiye'de kamu özel ortaklığı konusunda yeterince seminer konferans vb bilgilendirme yapılıyor	41	10,3	158	39,5	123	30,8	62	15,5	16	4,0	2,6
Kamu özel ortaklığı modeli hakkında sağlık çalışanları için daha çok bilgilendirme gereklidir	22	5,5	47	11,8	33	8,3	175	43,9	122	30,6	3,8
KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir	23	5,8	86	21,5	113	28,3	111	27,8	67	16,8	3,3
KÖOM ile kurulan ve bünyesinde birden fazla hastane yer alan şehir hastaneleri sağlık turizmine yönelik hizmet sunma imkânı sağlayacaktır	3	7,5	100	25,0	127	31,8	76	19,0	67	16,8	3,1
KÖOM ile kurulan şehir hastanelerinin teknik donanım ve altyapısı diğer hastanelere göre daha iyidir	7	1,8	16	4,0	91	22,8	160	40,1	125	31,3	4,0
KÖOM 'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır	28	7,0	77	19,3	48	12,0	115	28,8	132	33,0	3,6
KÖOM' nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum	55	13,8	85	21,3	25	6,3	123	30,8	112	28,0	3,4
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır	72	18,0	88	22,1	67	16,8	141	35,3	31	7,8	2,9
KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunmaktadır	13	3,3	17	4,3	109	27,3	161	40,4	99	24,8	3,8
Kamu özel ortaklığı modeli istihdamı artırabilir	23	5,8	98	24,5	150	37,5	86	21,5	43	10,8	3,1
KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır	41	10,3	113	28,3	77	19,3	107	26,8	61	15,3	3,1
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır	12	3,0	65	16,3	60	15,0	136	34,0	127	31,8	3,8
Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir	19	4,8	98	24,5	51	12,8	135	33,8	97	24,3	3,5
Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu'dan büyük kentlere tedavi seyahat azalmıştır	32	8,0	101	25,3	126	31,6	103	25,8	37	9,3	3,0
KÖOM kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir	90	22,6	124	31,2	39	9,8	119	29,9	26	6,5	2,7
Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı kamu özel ortaklığı modelinin uygulanması risk taşımaktadır	30	7,5	119	29,9	95	23,9	93	23,4	61	15,3	3,1
Sağlıkta KÖOM hizmetlerin daha ekonomik sunulmasını sağlayabilir	113	28,3	91	22,8	58	14,5	115	28,8	23	5,8	2,6
KÖOM ile sağlık çalışanlarının daha verimli ve motivasyonu yüksek şekilde çalışmasına katkı sağlanabilir	54	13,5	98	24,6	84	21,1	113	28,3	50	12,5	3,0
Şehir hastanelerinin açılması özel hastaneler karşısında rekabet gücünü artırmıştır.	53	13,3	102	25,5	90	22,5	93	23,3	62	15,5	3,0

Tablo 15’te verilen analiz sonuçlarına baktığımızda, Hizmet sunucularının, KÖO modeli hakkında sağlık çalışanları için daha çok bilgilendirme gereklidir, KÖOM ile kurulan şehir hastanelerinin teknik donanım ve altyapısı diğer hastanelere göre daha iyidir, KÖO ile yapılan şehir hastaneleri diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunmaktadır, KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla, hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır, KÖOM’nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır, KÖOM’nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum, Şehir hastanesinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir gibi ifadelere ortalamanın üzerinde olarak katıldıkları belirlenmiştir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin yaş gruplarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans sonuçları tablo 16’da yer almaktadır.

Tablo 16: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	18-25	113	3,20	0,84	0,18	0,95
	26-35	129	3,22	0,92		
	36-45	74	3,22	0,92		
	46-55	62	3,16	0,92		
	56 yaş ve üstü	22	3,35	0,83		
	Total	400	3,21	0,89		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	18-25	113	3,44	1,03	1,73	0,14
	26-35	129	3,15	1,06		
	36-45	74	3,43	1,05		
	46-55	62	3,43	0,97		
	56 yaş ve üstü	22	3,23	0,98		
	Total	400	3,33	1,04		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	18-25	113	3,27	0,70	0,18	0,95
	26-35	129	3,22	0,74		
	36-45	74	3,18	0,82		
	46-55	62	3,23	0,74		
	56 yaş ve üstü	22	3,18	0,58		
	Total	400	3,23	0,73		

Tablo 16’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; KÖO Modeli pozitif bakış açısı, Şehir hastaneleri negatif düşünceler ve Şehir hastaneleri memnuniyeti düzeyleri yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile farklı yaş gruplarının Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşünceleri aynıdır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir. t testi sonuçları tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Erkek	211	3,19	0,89	-0,54	0,59
	Kadın	187	3,24	0,89		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Erkek	211	3,35	1,06	0,25	0,80
	Kadın	187	3,32	1,02		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Erkek	211	3,29	0,73	1,91	0,06
	Kadın	187	3,15	0,73		

Tablo 17’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; KÖO Modeli pozitif bakış açısı, Şehir hastaneleri negatif düşünceler ve Şehir hastaneleri memnuniyeti düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p<0,05$). Diğer bir ifade ile farklı kadın ve erkeklerin KÖO modeli hakkında hizmet sunucularının düşünceleri aynıdır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Medeni Duruma Göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 18: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni durum		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Bekâr	151	3,23	0,88	0,25	0,80
	Evli	249	3,20	0,90		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Bekâr	151	3,33	1,08	0,03	0,98
	Evli	249	3,33	1,01		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Bekâr	151	3,23	0,74	0,13	0,89
	Evli	249	3,22	0,73		

Tablo 18’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; KÖO Modeli pozitif bakış açısı, Şehir hastaneleri negatif düşünceler ve Şehir hastaneleri memnuniyeti düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p < 0,05$). Diğer bir ifade ile evli ve bekârların Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşünceleri aynıdır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin eğitim durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans sonuçları tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 19: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Ortaokul	16	3,34	0,78	0,250	0,910
	Lise	112	3,24	0,89		
	Ön Lisans	76	3,23	0,94		
	Lisans	129	3,16	0,88		
	Yüksek Lisans veya Doktora	66	3,22	0,89		
	Total	399	3,21	0,89		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Ortaokul	16	3,39	1,26	2,714	0,030*
	Lise	112	3,17	1,02		
	Ön Lisans	76	3,32	1,01		
	Lisans	129	3,56	0,97		
	Yüksek Lisans veya Doktora	66	3,16	1,12		
	Total	399	3,33	1,04		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Ortaokul	16	3,19	0,76	1,513	0,197
	Lise	112	3,34	0,69		
	Ön Lisans	76	3,22	0,78		
	Lisans	129	3,22	0,77		
	Yüksek Lisans veya Doktora	66	3,06	0,65		
	Total	399	3,23	0,74		

* $p < 0,05$ Tablo 19’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; şehir hastaneleri negatif düşünceleri alt boyutuna katılım düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), KÖO ortaklığı modeli pozitif bakış açısı ve şehir hastaneleri memnuniyet düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Anlamlı farklılık gösteren şehir hastaneleri negatif düşünceler alt boyutu için farklılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Şehir hastaneleri negatif düşünceler alt boyutu için; lisans mezunlarının şehir hastanelerinin negatif düşüncelerine ilişkin algısı lise mezunlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Göreve Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin göreve göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans sonuçları tablo 20’de yer almaktadır.

Tablo 20: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Göreve Göre Dağılımı

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Doktor	48	3,29	0,87	2,97	0,01*
	Hemşire	111	3,22	0,90		
	Yönetici	12	4,05	0,63		
	Memur	46	3,24	0,97		
	Teknik personel	37	2,96	0,97		
	Diğer	146	3,17	0,83		
	Total	400	3,21	0,89		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Doktor	48	3,03	1,09	3,91	0,00*
	Hemşire	111	3,32	1,00		
	Yönetici	12	2,65	1,02		
	Memur	46	3,19	1,02		
	Teknik personel	37	3,81	0,98		
	Diğer	146	3,42	1,02		
	Total	400	3,33	1,04		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Doktor	48	3,09	0,64	2,73	0,02*
	Hemşire	111	3,32	0,81		
	Yönetici	12	3,82	0,35		
	Memur	46	3,24	0,83		
	Teknik personel	37	3,06	0,84		
	Diğer	146	3,19	0,63		
	Total	400	3,23	0,73		

*p<0,05

Tablo 20’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; KÖO modeli pozitif bakış açısı, şehir hastaneleri negatif düşünceler ve şehir hastaneleri memnuniyeti alt boyutları göreve göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

KÖO Modeli pozitif bakış açısı için; yöneticilerin pozitif bakış açısı düzeyi hemşire, teknik personel ve diğer personelden anlamlı derecede daha yüksektir.

Şehir hastaneleri negatif düşünceler için; teknik personelin şehir hastaneleri risk algısı doktor ve yöneticilerden anlamlı derecede daha yüksektir.

Şehir hastaneleri memnuniyeti için; yöneticilerin memnuniyet düzeyi doktor ve teknik personelden anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Hizmet Yılına Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin hizmet yılına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans sonuçları tablo 21’de yer almaktadır.

Tablo 21: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Hizmet Yılına Göre Dağılımı

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	1-5 yıl	155	3,26	0,85	3,968	0,004*
	6-10 yıl	88	3,32	0,82		
	11-15 yıl	78	3,12	1,06		
	16-20 yıl	44	2,79	0,77		
	21 yıl ve üstü	35	3,47	0,78		
	Total	400	3,21	0,89		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	1-5 yıl	155	3,32	1,08	3,142	0,015*
	6-10 yıl	88	3,13	1,04		
	11-15 yıl	78	3,52	1,02		
	16-20 yıl	44	3,64	0,83		
	21 yıl ve üstü	35	3,05	0,97		
	Total	400	3,33	1,04		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	1-5 yıl	155	3,23	0,73	3,101	0,016*
	6-10 yıl	88	3,34	0,67		
	11-15 yıl	78	3,17	0,90		
	16-20 yıl	44	2,93	0,52		
	21 yıl ve üstü	35	3,43	0,62		
	Total	400	3,23	0,73		

*p<0,05

Tablo 21’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; KÖO modeli pozitif bakış açısı, şehir hastaneleri negatif düşünceler ve şehir hastaneleri memnuniyeti alt boyutları göreve göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

KÖO Modeli pozitif bakış açısı için; 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 21 yıl ve üzeri süre çalışma süresine sahip kişilerin pozitif bakış açısı düzeyi 16-20 yıl süre ile çalışanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Şehir hastaneleri negatif düşünceler için; 11-15 yıl ve 16-20 yıl süre ile hizmet süresi olanların risk algısı 6-10 yıl ve 21 yıl ve üzeri süre ile hizmet süresi olanların risk algısından anlamlı derecede daha yüksektir.

Şehir hastaneleri memnuniyeti için; 6-10 yıl ve 21 yıl ve üzeri süre hizmeti olanların memnuniyet düzeyi 16-20 yıl hizmet süresi olanların memnuniyet düzeyinden anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile Kurulan Şehir Hastaneleri Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin Kamu özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir. t testi sonuçları tablo 22’de yer almaktadır.

Tablo 22: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile Kurulan Şehir Hastaneleri Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi misiniz?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Evet	259	3,51	0,87	10,26	0,00*
	Hayır	141	2,66	0,62		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Evet	259	3,03	1,05	-8,68	0,00*
	Hayır	141	3,89	0,75		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Evet	259	3,44	0,73	8,63	0,00*
	Hayır	141	2,83	0,57		

*p<0,05

Tablo 22’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; KÖO modeli pozitif bakış açısı, şehir hastaneleri negatif düşünceler ve şehir hastaneleri memnuniyeti alt boyutları Kamu özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05).

Kamu özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olanların KÖO modeli pozitif bakış açısı ve şehir hastaneleri memnuniyet düzeyi bilgi sahibi olmayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Kamu özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibi olmayanların şehir hastaneleri negatif düşünceler algısı bilgi sahibi olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile Kurulan Şehir Hastaneleri Hakkında Bilgi Alınan Yere Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin Kamu özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi alınan yere göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti

için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans sonuçları tablo 23’de yer almaktadır.

Tablo 23: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin Kamu Özel Ortaklığı ile Kurulan Şehir Hastaneleri Hakkında Bilgi Alınan Yere Göre Dağılımı

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Sağlık Bakanlığında	61	3,45	0,88	1,29	0,27
	İnternette	58	3,59	0,78		
	Sosyal medyadan	37	3,75	0,83		
	Meslek örgütleri ve sendikalardan	29	3,39	0,88		
	Diğer	81	3,42	0,92		
	Total	266	3,51	0,86		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Sağlık Bakanlığında	61	2,91	0,98	2,11	0,08
	İnternette	58	2,82	0,87		
	Sosyal medyadan	37	2,99	1,13		
	Meslek örgütleri ve sendikalardan	29	2,94	0,98		
	Diğer	81	3,29	1,16		
	Total	266	3,02	1,05		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Sağlık Bakanlığında	61	3,32	0,71	1,48	0,21
	İnternette	58	3,59	0,67		
	Sosyal medyadan	37	3,56	0,63		
	Meslek örgütleri ve sendikalardan	29	3,39	0,60		
	Diğer	81	3,39	0,81		
	Total	266	3,44	0,72		

*p<0,05

Tablo 23’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre KÖO modeli pozitif bakış açısı, şehir hastaneleri negatif düşünceler ve şehir hastaneleri memnuniyeti kamu özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri ile ilgili bilginin alındığı yere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin KÖOM'nin Sağlık Sektörü için Uygun Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet sunucularının düşüncelerinin KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olup olmama durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki anlamlı farklılığın olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir. t testi sonuçları tablo 24'de yer almaktadır.

Tablo 24: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuların Düşüncelerinin KÖOM'nin Sağlık Sektörü için Uygun Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
KÖO Modeli pozitif bakış açısı	Evet	165	4,06	26,26	0,00*
	Hayır	235	2,62		
Şehir Hastaneleri Hakkında Negatif Düşünceler	Evet	165	2,44	-20,52	0,00*
	Hayır	235	3,95		
Şehir hastaneleri memnuniyeti	Evet	165	3,81	17,64	0,00*
	Hayır	235	2,82		

*p<0,05

Tablo 24'de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bağımsız gruplarda t testi, şehir hastaneleri negatif düşünceler ve şehir hastaneleri memnuniyeti alt boyutları KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olup olmadığını düşünme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<9,95). KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünenleri KÖO modeli pozitif bakış açısı düzeyi ve şehir hastaneleri memnuniyet düzeyleri KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olmadığını düşünenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olmadığını düşünenlerin şehir hastaneleri negatif düşünce algısı uygun olduğunu düşünenlerden anlamlı derecede daha yüksektir.

Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirmesi Geçerlilik Analizi

Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yaralanıcıların görüşleri ile ilgili ifadelere katılım düzeylerinin geçerlilik çalışmasının yapılması amacıyla temel bileşenler analizi varimax döndürme metodu uygulanarak yapılmıştır. Öncesinde veri setinin analiz için uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla KMO katsayısı elde edilmiş ve Bartlett Küresellik testi yapılmıştır. KMO katsayısı elde edilmiş ve Bartlett Küresellik testi sonuçları tablo 25’de yer almaktadır.

Tablo 25: KMO ve Bartlett Küresellik Testleri Sonuçları

KMO		,941
Barlett Küresellik Testi	Ki kare	4261,558
	sd	190
	p	0,000

Tablo 25’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

KMO katsayısı 1’e yakın olduğu ve Bartlett Küresellik testi anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olduğu için veri setinin analiz için uygun olduğu söylenir.

Temel bileşenler analizi sonucu elde edilen ve aşağıda verilen açıklanan varyans tablosuna göre; özdeğeri 1’den büyük olan faktör sayısı 3 olduğu için 20 maddenin 3 faktör altında ağırlıklandığı görülmektedir. Elde edilen birinci faktör toplam varyansın %46,25’ini, ikinci faktör tek başına toplam varyansın %7,31’ini, üçüncü faktör ise toplam varyansın %5,42’sini açıklamakta olup üç faktör birlikte toplam varyansın %58,97’sini açıklamaktadır. Açıklanan Varyans sonuçları tablo 26’da yer almaktadır.

Tablo 26: Açıklanan Varyans Tablosu

Bileşen	Başlangıç Özdeğer			Başlangıç Özdeğer		
	Total	Varyans %	Kümülatif %	Total	Varyans %	Kümülatif %
1	9,25	46,25	46,25	9,25	46,25	46,25
2	1,46	7,31	53,55	1,46	7,31	53,55
3	1,08	5,42	58,97	1,08	5,42	58,97
4	0,96	4,78	63,75			
5	0,84	4,20	67,95			
6	0,74	3,71	71,66			
7	0,72	3,59	75,25			
8	0,61	3,07	78,32			
9	0,56	2,80	81,12			
10	0,49	2,43	83,55			
11	0,47	2,37	85,92			
12	0,44	2,22	88,15			
13	0,39	1,96	90,10			
14	0,37	1,86	91,96			
15	0,34	1,70	93,67			
16	0,30	1,48	95,14			
17	0,29	1,44	96,59			
18	0,26	1,32	97,91			
19	0,22	1,12	99,03			
20	0,19	0,97	100,00			

Maddelerin hangi faktör altında ağırlıklandığını gösteren faktör ağırlık matrisi aşağıda verilmiştir.

Tablo 27: Hizmet Yararlanıcılarına Ait Verilen İfadelerin Faktör Ağırlık Matrisi

	Faktör		
	1	2	3
KÖOM'nin devlet ve halk için faydalı olduğunu düşünüyorum	0,829		
Şehir hastanelerinde personelin hastaya olan ilgi ve alakasından memnunum	0,786		
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunulmaktadır	0,745		
Şehir hastaneleri halkın sağlık ihtiyaçlarını tamamen karşılamaktadır	0,731		
Şehir hastanelerinde hastaların tedavi kalitesi rahat ve konforu artmıştır	0,714		
Şehir hastanesinden aldığım hizmetten memnunum	0,684		
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde yeterli düzeyde tıbbi cihaz ve ekipmanın olduğunu düşünüyorum	0,660		
Kamu özel ortaklığı modeli kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir	0,659		
KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti arttırılabilir	0,620		
Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadoludan büyük kentlere tedavi amaçlı seyahat azalmıştır	0,608		
KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri beklentimi karşılamamaktadır	-0,560		
Şehir hastanelerinin açılması özel hastanelere olan ilgiyi azaltacaktır	0,553		
KÖOM sağlık hizmetlerinde olduğu gibi her alanda uygulanmalıdır.	0,553		
Kamu özel ortaklığı modeli sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir	-0,462		
Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir		-0,732	
Şehir hastanelerinin sağlık turizmine yönelik hizmet sunacak olması yerli hastaları mağdur edebilir		-0,660	
KÖOM'nun devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum		-0,445	
KÖOM'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır			0,734
Kamu özel ortaklığı modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim			0,686
Kamu özel ortaklığı modeli ülke kaynaklarının israf edilmesine yol açabilir			0,543

Anketlerdeki birkaç soru, Sabiha Keskin 2011, Türkiye’ de sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı modeli tez çalışmasından alınmıştır. Tablo 27’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Elde edilen faktör ağırlık matrisinde aynı faktör altında yer alan maddelerin ortak özellikleri incelenerek faktörler isimlendirilmiştir. Buna göre birinci faktör “hasta memnuniyeti”, ikinci faktör “Öngörülen dezavantajlar” üçüncü faktör ise “Kamu zararı odaklı bakış açısı” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 28: Chronbach Alfa Katsayıları

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Hasta memnuniyeti	0,788	14
Öngörülen dezavantajlar	0,779	3
Kamu zararı odaklı bakış açısı	0,816	3

Tablo 28’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Ölçeğimizin oldukça güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

Demografik Bilgilerin Dağılımı

Hizmet yararlanıcılarının yaş gruplarına göre dağılımı tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29: Hizmet Yararlanıcılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		n	%
Yaş	18-25	28	7,0
	26-35	41	10,3
	36-45	115	28,8
	46 yaş ve üstü	216	54,0
	Total	400	100,0

Tablo 29’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde; 18-25 yaş grubu kişilerin oranı %7, 26-35 yaş grubu kişilerin oranı %10,3, 36-45 yaş grubu kişilerin oranı %28,8 iken 46 yaş ve üzeri kişilerin oranı %54’tür. Katılımcıların %42,5’i erkek, %57,5’i ise kadındır.

Hizmet yararlanıcılarının Medeni Durumuna göre dağılımı tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30: Hizmet Yararlanıcılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

		n	%
Medeni durum	Bekâr	94	23,7
	Evli	302	76,3
	Total	396	100,0

Tablo 30'da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bekâr olanların oranı %23,7 iken, evli olanların oranı %76,3'tür.

Hizmet yararlanıcılarının Öğrenim Durumuna göre dağılımı tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31: Hizmet Yararlanıcılarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

		n	%
Öğrenim durumu	İlkokul	95	23,9
	Ortaokul	72	18,1
	Lise	141	35,4
	Ön Lisans	37	9,3
	Lisans	47	11,8
	Lisansüstü	6	1,5
	Total	398	100,0

Tablo 31'de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Öğrenim durumuna göre dağılım incelendiğinde; ilkokul mezunu olanların oranı %23,9, ortaokul mezunu olanların oranı %18,1, lise mezunlarının oranı ise %35,4'tür. Ön lisans mezunları oranı %9,3, lisans mezunları oranı %11,8 iken lisansüstü mezunları oranı %1,5'tir.

Hizmet yararlanıcılarının mesleğe göre dağılımı tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32: Hizmet Yararlanıcılarının Mesleğe Göre Dağılımı

		n	%
Meslek	Memur	48	12,0
	İşçi	50	12,5
	Serbest meslek	45	11,3
	Öğrenci	28	7,0
	Ev hanımı	112	28,1
	Emekli	73	18,3
	Diğer	43	10,8
	Total	399	100,0

Tablo 32’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Mesleklere göre dağılım incelendiğinde; memur oranı %12, işçi oranı %12,5, serbest meslek oranı %11,3’tür. Öğrenci oranı %7, ev hanımı oranı %28,1, emekli oranı %18,3 olup diğer meslek sahipleri oranı %10,8’dir.

Hizmet yararlanıcılarının Sosyal Güvence Durumuna göre dağılımı tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33: Hizmet Yararlanıcılarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

		n	%
Sosyal Güvence	SGK	349	87,3
	Özel sağlık sigortası	29	7,3
	Sosyal güvencem yok	22	5,5
	Total	400	100,0

Tablo 33’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Sosyal güvence durumuna göre dağılım incelendiğinde; SGK güvencesi olanlar %87,3, özel sağlık sigortası olanların oranı %7,3 olup sosyal güvencesi olmayanların oranı %5,5’tir.

Tablo 34: Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının ifadelerine katılım düzeyleri frekans analizi

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ortalama
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kamu özel ortaklığı modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim	119	29,8	179	44,8	23	5,8	66	16,5	13	3,3	2,2
KÖÖM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir	4	1,0	39	9,8	33	8,3	234	58,5	90	22,5	3,9
Şehir hastaneleri halkın sağlık ihtiyaçlarını tamamen karşılamaktadır	19	4,8	25	6,3	19	4,8	204	51,3	131	32,9	4,0
KÖÖM ile yapılan şehir hastanelerinde yeterli düzeyde tıbbi cihaz ve ekipmanın olduğunu düşünüyorum	9	2,3	32	8,0	26	6,5	196	49,1	136	34,1	4,0
KÖÖM'nin devlet ve halk için faydalı olduğunu düşünüyorum	25	6,3	23	5,8	54	13,5	200	50,0	98	24,5	3,8
Şehir hastanelerinin açılması özel hastanelere olan ilgiyi azaltacaktır	23	5,8	38	9,5	50	12,5	189	47,3	100	25,0	3,8
Şehir hastanesinden aldığım hizmetten memnunum	5	1,3	31	7,8	17	4,3	138	34,7	207	52,0	4,3
KÖÖM'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır	50	12,6	176	44,2	106	26,6	51	12,8	15	3,8	2,5
Kamu özel ortaklığı modeli sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir	35	8,8	182	45,6	86	21,6	52	13,0	44	11,0	2,7
KÖÖM ile yapılan şehir hastanelerinde diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunulmaktadır	6	1,5	27	6,8	23	5,8	160	40,0	184	46,0	4,2
Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu'dan büyük kentlere tedavi amaçlı seyahat azalmıştır	5	1,3	37	9,4	45	11,4	217	54,9	91	23,0	3,9
Kamu özel ortaklığı modeli ülke kaynaklarının israf edilmesine yol açabilir	66	16,5	195	48,9	70	17,5	45	11,3	23	5,8	2,4
Şehir hastanelerinde hastaların tedavi kalitesi rahat ve konforu artmıştır	3	,8	22	5,5	24	6,0	132	33,1	218	54,6	4,4
Kamu özel ortaklığı modeli kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir	15	3,8	26	6,5	46	11,5	225	56,3	88	22,0	3,9
Şehir hastanelerinin sağlık turizmine yönelik hizmet sunacak olması yerli hastaları mağdur edebilir	3	,8	96	24,1	136	34,1	135	33,8	29	7,3	3,2
Şehir hastanelerinde personelin hastaya olan ilgi ve alakasından memnunum	4	1,0	26	6,5	33	8,3	215	53,8	122	30,5	4,1
KÖÖM'nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum	65	16,3	211	52,8	81	20,3	21	5,3	22	5,5	2,3
KÖÖM ile yapılan şehir hastaneleri beklentimi karşılamamaktadır	120	30,0	214	53,5	17	4,3	40	10,0	9	2,3	2,0
Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir	11	2,8	167	41,9	132	33,1	73	18,3	16	4,0	2,8
KÖÖM sağlık hizmetlerinde olduğu gibi her alanda uygulanmalıdır.	7	1,8	18	4,5	25	6,3	233	58,7	114	28,7	4,1

Tablo 34’te verilen analiz sonuçlarına baktığımızda, KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir, Şehir hastaneleri halkın sağlık ihtiyaçlarını tamamen karşılamaktadır, KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde yeterli düzeyde tıbbi cihaz ve ekipmanın olduğunu düşünüyorum, KÖOM’nin devlet ve halk için faydalı olduğunu düşünüyorum, Şehir hastanelerinin açılması özel hastanelere olan ilgiyi azaltacaktır, Şehir hastanesinden aldığım hizmetten memnunum, KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunulmaktadır, Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu’dan büyük kentlere tedavi amaçlı seyahat azalmıştır, Şehir hastanelerinde hastaların tedavi kalitesi rahat ve konforu artmıştır, KÖOM kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir, Şehir hastanelerinde personelin hastaya olan ilgi ve alakasından memnunum, KÖOM sağlık hizmetlerinde olduğu gibi her alanda her alanda uygulanmalıdır, gibi ifadelere ortalamanın üzerinde katıldıkları belirlenmiştir.

Bunun yanında, KÖOM konusunda yeterli bilgiye sahibim, KÖOM ülke kaynaklarının israf edilmesine yol açabilir, KÖOM’nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum, KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri beklentimi karşılamamaktadır, gibi ifadelere ortalamanın altında katılmadıkları belirlenmiştir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Yaş Gruplarına göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin yaş gruplarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans analiz sonuçları tablo 35’de verilmiştir.

Tablo 35: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Yaş Gruplarına göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hasta memnuniyeti	18-25	28	2,43	1,06	27,38	0,00*
	26-35	41	2,85	1,24		
	36-45	115	4,23	0,20		
	46 yaş ve üstü	216	4,10	0,44		
	Total	400	3,90	0,79		
Öngörülen dezavantajlar	18-25	28	3,83	0,79	24,27	0,00*
	26-35	41	3,79	0,91		
	36-45	115	2,27	0,36		
	46 yaş ve üstü	216	2,73	0,61		
	Total	400	2,77	0,78		
Kamu zararı odaklı bakış açısı	18-25	28	3,50	0,80	14,81	0,00*
	26-35	41	3,05	0,62		
	36-45	115	2,17	0,37		
	46 yaş ve üstü	216	2,10	0,67		
	Total	400	2,31	0,71		

*p<0,05

Tablo 35’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; hasta memnuniyeti, ön görülen dezavantajlar ve kamu zararı odaklı bakış açısı yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hasta memnuniyeti alt boyutu için; 36-45 ile 46 yaş ve üzeri yaş grubu kişilerin hasta memnuniyeti düzeyi 18-25 ve 26-35 yaş grupları hasta memnuniyeti düzeyinden anlamlı derecede daha yüksektir.

Öngörülen dezavantajlar alt boyutu için 18-25 ile 26-35 yaş grubu kişilerin öngördükleri dezavantaj düzeyi 36-45 ve 46 ve üzeri yaş grubu kişilerin öngördükleri dezavantaj düzeyinden anlamlı derecede daha yüksektir.

Ek olarak 46 yaş ve üzeri yaş grubu kişilerin öngördükleri dezavantaj düzeyleri 36-45 yaş grubu kişilerden anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu zararı odaklı bakış açısı alt boyutu için; 18-25 yaş ve 26-35 yaş grubu kişilerin kamu zararı odaklı bakış açısı düzeyi 36-45 ve 46 ve üzeri yaş grubu kişilerin kamu zararı odaklı bakış açısından anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Cinsiyete Göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir. t testi analiz sonuçları tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Cinsiyete Göre Değişimi

Cinsiyet		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hasta memnuniyeti	Erkek	170	3,70	0,93	-1,95	0,05*
	Kadın	230	4,02	0,68		
Öngörülen dezavantajlar	Erkek	170	3,08	0,78	3,01	0,00*
	Kadın	230	2,60	0,74		
Kamu zararı odaklı bakış açısı	Erkek	170	2,57	0,68	2,87	0,01*
	Kadın	230	2,16	0,68		

*p<0,05

Tablo 36'da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre hasta memnuniyet, öngörülen dezavantajlar ve kamu zararı odaklı bakış açısı cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Kadınların hasta memnuniyeti düzeyi erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek iken öngörülen dezavantajlar ve kamu zararı odaklı bakış açısı algısında erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir. t testi analiz sonuçları tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hasta memnuniyeti	Bekâr	94	3,09	1,14	-3,60	0,00*
	Evli	302	3,99	0,69		
Öngörülen dezavantajlar	Bekâr	94	3,50	0,98	3,23	0,00*
	Evli	302	2,69	0,72		
Kamu zararı odaklı bakış açısı	Bekâr	94	2,70	0,84	1,86	0,07
	Evli	302	2,26	0,69		

Tablo 37’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre hasta memnuniyet ve öngörülen dezavantajlar medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < 0,05$), kamu zararı odaklı bakış açısı medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Evlilerin hasta memnuniyet düzeyi bekârlardan anlamlı derecede daha yüksek iken, bekârların öngördükleri dezavantaj düzeyleri evlilerden anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Eğitim Durumuna Göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin eğitim durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans analiz sonuçları tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yaralanıcılarının Görüşlerinin Eğitim Durumuna Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hasta memnuniyeti	İlkokul	95	4,18	0,20	7,167	0,000*
	Ortaokul	72	4,17	0,27		
	Lise	141	3,82	0,89		
	Ön Lisans	37	4,01	0,78		
	Lisans	47	2,92	1,20		
	Total	398	3,90	0,79		
Öngörülen dezavantajlar	İlkokul	95	2,87	0,59	6,623	0,000*
	Ortaokul	72	2,32	0,32		
	Lise	141	2,62	0,86		
	Ön Lisans	37	2,89	0,60		
	Lisans	47	3,64	0,99		
	Total	398	2,77	0,78		
Kamu zararı odaklı bakış açısı	İlkokul	95	2,12	0,63	2,585	0,042*
	Ortaokul	72	2,18	0,59		
	Lise	141	2,33	0,74		
	Ön Lisans	37	2,33	0,53		
	Lisans	47	2,88	0,89		
	Total	398	2,31	0,71		

*p<0,05

Tablo 38’de verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; hasta memnuniyeti, ön görülen dezavantajlar ve kamu zararı odaklı bakış açısı eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hasta memnuniyeti alt boyutu için; lisans mezunu kişilerin hasta memnuniyeti düzeyi diğer yaş grupları hasta memnuniyeti düzeyinden anlamlı derecede daha küçüktür. Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Öngörülen dezavantajlar alt boyutu için; lisans mezunlarının öngördüğü dezavantajlar düzeyi ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının öngördükleri dezavantaj düzeyinden anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Kamu zararı odaklı bakış açısı alt boyutu için; lisans mezunlarının kamu zararı odaklı bakış açısı ilkokul mezunlarının kamu zararı odaklı bakış açısından anlamlı derecede daha küçüktür.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Mesleğe Göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin mesleğe göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans analiz sonuçları tablo 39’da verilmiştir.

Tablo 39: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Mesleğe Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Hasta memnuniyeti	Memur	48	3,28	1,18	6,820	0,000*
	İşçi	50	3,39	1,08		
	Öğrenci	45	2,98	1,38		
	Ev hanımı	112	4,19	0,25		
	Emekli	73	3,98	0,57		
	Diğer	71	4,37	0,22		
	Total	399	3,90	0,80		
Öngörülen dezavantajlar	Memur	48	3,36	0,93	6,422	0,000*
	İşçi	50	3,11	1,04		
	Öğrenci	45	3,78	0,96		
	Ev hanımı	112	2,48	0,57		
	Emekli	73	2,87	0,57		
	Diğer	71	2,24	0,30		
	Total	399	2,78	0,79		
Kamu zararı odaklı bakış açısı	Memur	48	2,71	0,83	4,741	0,001*
	İşçi	50	2,72	0,69		
	Öğrenci	45	3,33	0,34		
	Ev hanımı	112	2,12	0,63		
	Emekli	73	2,12	0,68		
	Diğer	71	2,09	0,30		
	Total	399	2,32	0,71		

*p<0,05

Tablo 39’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçların göre; hasta memnuniyeti, öngörülen dezavantajlar ve kamu zararı odaklı bakış açısı mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Hasta memnuniyeti için ev hanımlarının hasta memnuniyeti memur ve işçilerden, diğer meslek sahiplerinin hasta memnuniyet düzeyi memur, işçi ve öğrencilerin hasta memnuniyet düzeylerinden anlamlı derecede daha yüksektir.

Öngörülen dezavantajlar alt boyutu için; memur ve öğrencilerin öngördükleri dezavantaj düzeyi ev hanımı ve diğer meslek gruplarından anlamlı derecede daha yüksektir. Ek olarak işçilerin öngördükleri dezavantaj düzeyi diğer meslek sahiplerinden anlamlı derecede daha yüksektir.

Kamu zararı odaklı bakış açısı için; öğrencilerin kamu zararı odaklı bakış açısı ev hanımı, emekli ve diğer meslek grupları kamu zararı odaklı bakış açısından daha yüksektir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Değişimi

Kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin sosyal güvence durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir. Varyans analiz sonuçları tablo 40’da verilmiştir.

Tablo 40: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Değişimi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Hasta memnuniyeti	SGK	349	3,90	0,80	0,14	0,87
	Özel sağlık sigortası	29	4,15	0,40		
	Sosyal güvencem yok	22	4,07	0,20		
	Total	400	3,90	0,79		
Öngörülen dezavantajlar	SGK	349	2,79	0,79	1,00	0,37
	Özel sağlık sigortası	29	2,67	0,00		
	Sosyal güvencem yok	22	2,00	0,00		
	Total	400	2,77	0,78		
Kamu zararı odaklı bakış açısı	SGK	349	2,30	0,72	0,60	0,55
	Özel sağlık sigortası	29	2,17	0,23		
	Sosyal güvencem yok	22	2,84	0,23		
	Total	400	2,31	0,71		

Tablo 40’da verilen analiz sonuçlarına baktığımızda;

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre hasta memnuniyeti, öngörülen dezavantajlar ve kamu zararı odaklı bakış açısı sosyal güvenceye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p<0,05$).

Hizmet Sunucuları ve Yararlanıcıların İfadelere Katılım Düzeylerinin Karşılaştırması

Hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcılarının ifadelere katılım düzeyleri ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir. t testi analiz sonuçları tablo 41’de verilmiştir.

Tablo 41: Hizmet Sunucuları ve Yararlanıcıların İfadelere Katılım Düzeylerinin Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti arttırılabilir	Hizmet Sunucu	400	3,28	1,15	-8,767	0,000*
	Hizmet Yararlanıcılar	400	3,92	0,88		
KÖOM 'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır	Hizmet Sunucu	400	3,62	1,31	13,447	0,000*
	Hizmet Yararlanıcılar	398	2,51	0,99		
KÖOM'nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum	Hizmet Sunucu	400	3,38	1,43	-9,851	0,000*
	Hizmet Yararlanıcılar	400	4,22	0,94		
KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunmaktadır	Hizmet Sunucu	399	3,79	0,97	-1,486	0,138
	Hizmet Yararlanıcılar	395	3,89	0,91		
KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır	Hizmet Sunucu	400	3,75	1,15	-8,284	0,000*
	Hizmet Yararlanıcılar	399	4,35	0,88		
Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir	Hizmet Sunucu	400	3,48	1,23	-4,876	0,000*
	Hizmet Yararlanıcılar	400	3,86	0,96		
Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu'dan büyük kentlere tedavi seyahat azalmıştır	Hizmet Sunucu	399	3,03	1,10	9,745	0,000*
	Hizmet Yararlanıcılar	400	2,31	0,99		
KÖOM kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir	Hizmet Sunucu	398	2,67	1,29	-1,562	0,119
	Hizmet Yararlanıcılar	399	2,79	0,91		

*p<0,05

Buna göre;

- KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti arttırılabilir
- KÖOM 'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır
- KÖOM'nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum

- KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır
- Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir
- Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu'dan büyük kentlere tedavi amaçlı seyahat azalmıştır

İfadelerine katılım düzeyi hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcıları arasında anlamlı farklılık göstermektedir.

- KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir
- KÖOM'nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum
- KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyeti artmıştır
- Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir

İfadeleri için hizmet yararlanıcılarının katılım düzeyi hizmet sunucularından anlamlı derecede daha yüksek iken;

- KÖOM'nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır
- Şehir hastanelerinin açılmasıyla Anadolu'dan büyük kentlere tedavi seyahat azalmıştır

İfadeleri için hizmet sunucularının ifadelere katımlı düzeyi hizmet yararlanıcıların ifadelere katılım düzeyinden anlamlı derecede daha yüksektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kamu özel ortaklığı modeli ile devlet, gerçekleştirmesi gereken yatırımlarını ve hizmetlerini, özel sektör ile işbirliği yaparak hayata geçirmek arzusunda. Buradaki en temel amaç, daha iyi hizmet sunma ve kamunun yatırım finansmanında yaşadığı sıkıntıları uzun vadeye yayarak çözme arayışıdır. Özel sektörün ise bu ortaklıktaki temel amacı şüphesiz ki yüksek kar beklentisidir. Bu bağlamda devletin, maliyet hesaplarını çok iyi analiz etmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ve yatırımlarının hiçbir aksamaya sebebiyet vermeden sunulması birincil öncelikler arasında olmalıdır. Sağlıkta dönüşüm programı ile bu doğrultuda yapılan yasal düzenlemeler ve yatırımlar, tedavi kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmak hedefiyle yürürlüğe girmiştir. Şehir hastanelerinin yapılmasıyla Sağlık hizmetlerinin çağdaş yapıya ulaştırılması ve Avrupa standartlarının üzerine çıkılması hedeflenmektedir.

Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılan Şehir hastanelerinin, teknolojik altyapı ile hizmet vermesi, tedavi kalitesi ve konforun artması, yerinde sağlık hizmetinin verilebilmesi, sağlık turizmi için fırsat yaratması ve istihdama katkıda bulunması gibi çeşitli faydalarının olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, özel sektörün kamu özel ortaklığı modelinin kendisine sağladığı avantajla, hastane işletimini elinde bulundurması, sağlık hizmetinin verilmesi önceliğini göz ardı ederek, sadece kar etmeye odaklanması tehlike yaratacak bir durumdur. Yüksek maliyetler dolayısıyla hastalara fark ücretlerinin yansıtılmasının önüne geçilmesi gereklidir. Ayrıca özel sektörün, planlanandan farklı maliyetler çıkarması devlet için risk teşkil etmektedir. Devlet bu bağlamda denetim mekanizmasını iyi işletme yükümlülüğündedir. Şehir hastanelerinin yapım ve işletim süreci çok uzun sürdüğü için, toplumda bu sürelerle bağlı olarak devletin zarara uğradığı algısı da oluşmaktadır.

Yozgat Şehir Hastanesinde Kamu Özel Ortaklığı Modeli hakkında Sağlık çalışanlarının ve hizmet alan bireylerin görüşlerini, modele ve şehir hastanesine bakışlarını analiz ettiğimiz bu çalışma genel olarak beklenen sonuçları vermiştir.

Bu çalışma ile KÖO modeline pozitif bakış açısı açısından, yöneticilerin pozitif bakışı, hemşire, teknik personel ve diğer personelden anlamlı ölçüde yüksektir. KÖO modeline hizmet sunucuları arasında özellikle yöneticiler daha olumlu yaklaşırken, teknik personelin daha negatif bakış açısına sahip olduğu söylenebilir. Şehir hastanesi memnuniyetleri açısından da, yöneticilerin memnuniyeti, doktor ve teknik personelden yüksektir.

Çalışmadaki Önemli bulgulardan biri, KÖO modeli hakkında hizmet sunucuları açısından yeterince seminer, konferans ve bilgilendirmenin yapılmadığı, model hakkında sağlık çalışanları için daha çok bilgilendirmenin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

Genel anlamda Hizmet sunucuları açısından, Yapılan şehir hastanelerinin, teknik donanım ve altyapı olarak iyi olduğu, diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunduğu, hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu dolayısıyla memnuniyetlerinin arttığını düşündükleri görülmüştür. Buna karşın, hizmet sunucularının likert tekniğinde 2,5 ortalamasının üzerinde olarak, KÖO modelinin uygulamasında şehir hastanesinin yönetiminin tamamen kamuya ait olması gerektiği ve modelin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Çıkarılan bulgulardan biri de, hizmet yararlanıcılarının KÖO modeli hakkında bilgilerinin oldukça düşük olduğudur. Genç hastaların memnuniyetlerinin diğer yaş grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Hastane deneyimleri düşük olduğu için, hastaneler hakkında daha yüksek beklentiye girdikleri ve bu yüzden memnuniyetlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Genel anlamda hizmet yararlanıcılarının modele olumsuz bakmadığı, büyük çoğunluğunun şehir hastanesinden aldıkları hizmetten oldukça memnun oldukları, hastanenin sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşıladığını düşündükleri görülmüştür. Bu durumu, Hastaların hizmet memnuniyeti dolayısıyla modele olumsuz bakmadığı şeklinde yorumlayabiliriz.

Kamu özel ortaklığı modelinin hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcıları için genel anlamda faydalı bir sistem olduğu, ancak hizmet sunucuları açısından bir

takım soru işaretlerinin belirlediği ve kamuya yükler getirebileceği konusunda düşüncelerinin olduğu belirlenmiştir.

Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılan şehir hastanelerinin bir çok açıdan faydalarının olduğu, buna karşın, maliyet hesaplamalarının iyi yapılması gerektiği tespit edilmiştir. Şehir hastanesi öncesi tedavi maliyetleri ile, şehir hastanesi sonrası tedavi maliyetleri hesaplanarak karşılaştırılmalı ve bunun sonucunda ekonomik avantaj sağlayıp sağlamadığı veriler ile ortaya konulmalıdır. Hizmet sunucuları ve hizmet yararlanıcıları açısından bilgilendirmenin yetersiz olduğu görülmüş, bu bağlamda daha fazla bilgilendirme yapılmalı, hizmet sunucularının model ve şehir hastanesi konusunda bilgilendirilmesi ve şeffaf bir yönetim anlayışı ile gelişmelerden haberdar edilmesi gereklidir.

Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılan şehir hastaneleri, devletin sağlık hizmetlerini daha iyi sunması için faydalı olmakla birlikte, kamuya getirdiği yük açısından uzun dönemde sıkıntıların yaşanmasına sebep olabilmektedir. Özel sektörün bu yatırımı çok karlı görerek yönelmesi, yatırımda kullanılacak finansmanın büyük çoğunluğunun kredilendirilmesi, modele olumsuz bakılmasına sebep olmaktadır. Çünkü devletin de kredi kullanarak bu yatırımları yapması ve özel sektörü sağlık hizmetlerine hiç ortak etmemesi, daha faydalı bir adım olarak görülmektedir.

Devletin KÖO modeli ile ekonomik avantaj sağlaması ve finansman sıkıntısı çekmemesi, Sağlık hizmetlerinin yapılan şehir hastaneleri ile çağdaş yapıya kavuşturulması, hastaların sağlık haklarının sorunsuz karşılanması ve hasta memnuniyetinin yüksek seviyede sağlanması, birincil amaçlar arasında olmalıdır. Çünkü Sağlık hakkı, Anayasal bir haktır.



KAYNAKÇA

- Acartürk, E. (2002), “Yerel Yönetimlerin Hizmet Sunumunda Alternatif Yöntemler”, Yerel Yönetim ve Denetim Dergisi, İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Kontrolörleri Derneği Yayını, Cilt: 7, Sayı: 6, Ankara, Haziran 2002.
- Ak, B. (2001), “Hastane İşletmelerinin Özellikleri ve Profesyonel Hastane Yöneticiliği”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 40, 1304-1311.
- Akintoye, A., Beck M. ve Hardcastle C. (2003). Public Private Partnerships: Managing Risk and Opportunities. Blackwell Science, Oxford, UK.
- Atasever ve ark. (2017). Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Açıdan Sürdürülebilir Mi?, Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış, Hakemli Dergi, 2017/1, Ankara.
- Atasever ve ark. (2018). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ile İlişkisi, ANKARA MEDICAL JOURNAL Vol. 18, Num. 1, 2018 / Cilt: 18, Sayı: 1
- Aydın E.S. (2017). Sağlık Finansmanı, Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürü, Tüsap Sağlık Platformu-Vizyon Toplantıları Sunusu, 22.09.2017, İstanbul.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2006). Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective. Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Boz, S. S. (2013). Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 4 Sayı:2 Yıl 2013.
- Barlow, J. (Eylül 2007). Redefining healthcare infrastructure: integrating services and the built environment. Revaluing Construction 2007-Crossing Boundaries, Health and Care Infrastructure Research and Innovation Centre-HaCIRIC, Copenhagen.
- Birinci Ş. (2017). Sağlık Hizmet Sunumu, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı, Tüsap Sağlık Platformu- Vizyon Toplantıları Sunusu, 22.09.2017, İstanbul

- Canbey E. (2017). Sağlıkta PPP Modeli Finans Aşaması, Rönesans Sağlık Yatırım Sunusu, Nisan 2017.
- Çekirge, H. L. (2006). Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, 2006, s. 5.
- Çelik, F. E. (2013). “Hizmet Sunumuna Katılım ve Kamu Özel Ortaklıkları”, s. 1, www.yayed.org/uploads/yuklemeler/inceleme-21.pdf, e.t. 21.02.2013.
- Dutz, M. (2003). PPP Systems for good governance of public service provision: A menu of support options for contract design, bidding and monitoring. Draft Discussion Document, The World Bank Group. http://info.worldbank.org/etools/docs/library/86466/ses2.1_pppsystemsgoodgov.pdf.
- Ersöz, M. (2010): Avrupa Birliği ve Türk Hukuku Işığında Public Private Partnership Uygulamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Farquharson, E. (2006). Overview of PPP. Partnerships UK.
- Green Paper on Public Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions (2004). 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, paragraf 23, dipnot 27, s. 11.
- Güney, E. (2005), “Kamu Hizmetleri ve Altyapıda Kamu- Özel İşbirliği”, E-Yaklaşım Dergisi, Sayı: 19, Şubat 2005.
- Güzelsarı S. (2009), "Kamu Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme", Barış Övgün (Ed.) Kamu Yönetimi: Yapı-İşleyiş-Reform, KAYAUM Yayınları, Ankara, ss.43-77.
- Gider, Ö. ve Top, M. (2007). Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye’de Yansımaları. <http://www.ekonomist.net/kamu-hastane-sektorunde-liberallesme-ve-turkiyede-yansimalari/>

- International Financial Services London (IFSL). (2003). Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları: Uluslararası Pazarlar için İngiltere Uzmanlığı. Trade Partners UK, KPMG, Norton Rose, PriceWaterhouseCoopers, Partnerships UK.
- Hemming, R. (2006). Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk. International Monetary Fund, Washington D.C.
- Kalkınma Bakanlığı (2014), Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı (2012). Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kasım 2012.
- Kaplan, A. (2001), “Sağlığın Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceler”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 40, 1527-1539.
- Klijn, E.H. ve Teisman, G.R. (2003). Institutional and strategic barriers to public-private partnership: an analysis of dutch cases. Public Money and Management.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M. ve Eke, E. (2012). “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, SDÜİİBFD., Y. 2012, C. 17, S. 3, s. 4;
- Keskin, S. (2011). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu – Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği), Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Aydın.
- Nikolic, I. A. ve Maikisch, H. (2006). Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience. HNP Discussion Paper.
- Peters, B.G. (1998). With A Little Help From Our Friends: Public-Private Partnerships As Institutions and Instruments. J. Pierre (Eds). Partnerships in Urban Governance: European and American Experience. Macmillan Press, Basingstoke and London, 11-33.

Price, D. (2011), “Dünyada Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Kavram ve Değişimler”, Konuşma Metni, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011, s. 21.

Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011, Sonuç Bildirgesi, s. 274.

Sağlık Bakanlığı, (2010). Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2012). Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2011). Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, TBMM 2018 Yılı Plan Bütçe Sunumu, 14 Kasım 2017, Ankara

Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2013). T.C. Resmi Gazete, 28582, 21 Şubat 2013.

Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği, (2014/6282). T.C. Resmi Gazete, 28995, 09 Mayıs 2014.

Sağlıkta Kamu Özel İşbirliği Derneği, (2017). Sorularla Sağlıkta Kamu Özel İşbirliği/PPP, Ankara.

Sağlık-Sen, SASAM Enstitüsü (2016), Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi, Sağlık-Sen Yayınları-36, Ankara.

Sağlık-Sen, SASAM Enstitüsü (2017), Sağlık Bakanlığı İle Bağlı Kurum Ve Kuruluşlarda Çalışanların Döner Sermaye Ek Ödemelerinde Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Çalıştay Raporu, Sağlık- Sen Yayınları- 39, Ankara

Sarısü, A. (2009):Kamu&Özel İşbirlikleri, (Public&Private Partnerships-PPP) Ankara, (Kamu&Özel İşbirlikleri).

- Shaoul, J., Stafford, A. ve Stapleton, P. (2008). The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals. *Public Money ve Management*, April, 101-108.
- Şenel Tekin, P.(2010). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2010, s. 48.
- Taflan S. (2017). Türkiye’de Sağlık Yatırımları Proje Yatırım Stoku, Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürü, Sağlıkta KÖİ Derneği toplantısı Sunusu.
- Tatar, F. (1993), *Privatization and Turkish Health Policy*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, University of Nottingham, Nottingham.
- Teker, D. (2008), “Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi”, Okan Üniversitesi.
- Tekin, A.G. (2004a). Özelleştirmede Yeni Yaklaşım: Özel Sektör Kamu İşbirlikleri (Public Private Partnerships veya PPP Modelleri). *Ekonomistler Bülteni*, Mayıs.
- Tekin, A.G. (2004b). Özelleştirmede İkinci Dalga: Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri (PPP Modeli). *Ekonomistler Bülteni*, Haziran.
- Tekin, A.G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu-Özel Ortaklıkları/Public Private Partnerships veya PPP Modelleri. *İdarecinin Sesi Dergisi*, 21, 122.
- Türkiye Bilişim Derneği (2011). Kamu Bilgi İşlem Merkezleri Yöneticileri Birliği, Kamu Bilişim Platformu XIII, “Kamu Özel Sektör İşbirliği Çerçevesinde BT Alım Yöntemleri, Nihai Rapor, Nisan 2011”, s. 39, <http://www.tbd.org.tr>, e.t. 18.02.2013.
- Uz, A. (2007). “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP), (Kavram ve Hukuksal Çerçeve)”, *GÜHFD.*, C. XI, S. 1-2, Y. 2007, s. 1172-1173.

Usta, S. ve Bilgiç, E. (2016). Yerel Yönetimlerde Hizmet Sunumu: Kamu Özel Ortaklığı Modeli, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2016/1, Sayı:23.

Yılmaz, I. C. “Türkiye’ de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”. Gümüştekin, A. (1992). Build-Operate-Transfer Model For Investment Projects: A Comparison with Social Benefit-Cost Analysis. Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Ankara.

Yescombe, E.R. (2007). Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance, Elsevier, UK.

EKLER**EK-1: Anket Formu****SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ
HAKKINDA HİZMET SUNUCULARININ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Sayın Katılımcı; Bu çalışma Atılım Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programı Tez çalışmasına veri oluşturmak için yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler kesinlikle 3. Şahıslar ile paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederim.

ÖNDER BAŞ

1. Yaşınız:

- 1-() 18-25
- 2-() 26-35
- 3-() 36-45
- 4-() 46-55
- 5-() 56- +

2. Cinsiyetiniz:

- 1-() Erkek
- 2-() Kadın

3. Medeni durumunuz:

- 1 -() Bekâr
- 2-() Evli

4. Öğrenim Durumunuz:

- 1-() İlkokul
- 2-() Ortaokul
- 3-() Lise
- 4-() Ön Lisans
- 5-() Lisans
- 6- () Yüksek lisans veya Doktora

5. Sağlık Kurumundaki Göreviniz:

- 1-() Doktor
- 2-() Hemşire
- 3-() Yönetici
- 4-() Memur

5-) Teknik Personel

6-) Diğer

6. Hizmet Yılımız:

1-) 1 - 5 yıl

2-) 6 – 10 yıl

3-) 11 – 15 yıl

4-) 16 – 20 yıl

5-) 21 - +

7. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi sahibimisiniz?

1-) Evet

2-) Hayır

8. Bu bilgiyi nereden edindiniz?

1-) Sağlık Bakanlığından

2-) İnternette

3-) Sosyal medyadan

4-) Meslek örgütleri veya sendikalardan

5-) Diğer

9. KÖOM'nin sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

1-) Evet

2-) Hayır

10. Uygun buluyorsanız neden?

.....

Sayın katılımcı; Bu anket; Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM) hakkında hizmet sunucularının görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.		(1) Kesinlikle Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kısmen Katılmıyorum	(4) Katılıyorum	(5) Kesinlikle Katılıyorum
1	KÖOM ile yapılan Şehir hastanesinde çalışıyor olmaktan memnunum.					
2	Türkiye’de Kamu özel ortaklığı konusunda yeterince seminer, konferans vb. bilgilendirme yapıyor.					
3	Kamu özel ortaklığı modeli (KÖOM) hakkında, sağlık çalışanları için daha çok bilgilendirme gereklidir.					
4	KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir.					

5	KÖOM ile kurulan ve bünyesinde birden fazla hastane yer alan şehir hastaneleri sağlık turizmine yönelik hizmet sunma imkanı sağlayacaktır.					
6	KÖOM ile kurulan şehir hastanelerinin teknik donanım ve alt yapısı diğer hastanelere göre daha iyidir.					
7	KÖOM' nin uygulamasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.					
8	KÖOM' nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum.					
9	KÖOM ile yapılan Şehir hastanelerinde, sağlık çalışanlarının memnuniyeti artmıştır.					
10	KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunmaktadır.					
11	Kamu özel ortaklığı modeli istihdamı artırabilir.					
12	KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır.					
13	KÖOM ile yapılan Şehir hastanelerinin açılmasıyla hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu, dolayısıyla memnuniyeti artmıştır.					
14	Şehir hastanelerinde, özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir.					
15	Şehir hastanelerinin açılmasıyla, Anadolu'dan büyük kentlere tedavi amaçlı seyahat azalmıştır.					
16	KÖOM, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir.					
17	Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı kamu özel ortaklığı modelinin uygulaması risk taşımaktadır.					
18	Sağlıkta KÖOM, hizmetlerin daha ekonomik sunulmasını sağlayabilir.					
19	KÖOM ile sağlık çalışanlarının daha verimli ve motivasyonu yüksek şekilde çalışmasına katkı sağlanabilir.					
20	Şehir hastanelerinin açılması, özel hastaneler karşısında rekabet gücünü artırmıştır.					

EK-2: Anket Formu

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ
HAKKINDA HİZMET YARARLANICILARININ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Sayın Katılımcı; Bu çalışma Atılım Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programı Tez çalışmasına veri oluşturmak için yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler kesinlikle 3. Şahıslar ile paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederim.

ÖNDER BAŞ

1. Yaşınız:

- 1-() 18-25
- 2-() 26-35
- 3-() 36-45
- 4-() 46 ve üstü

2. Cinsiyetiniz:

- 1-() Erkek
- 2-() Kadın

3. Medeni durumunuz:

- 1 -() Bekâr
- 2-() Evli

4. Öğrenim Durumunuz:

- 1-() İlkokul
- 2-() Ortaokul
- 3- () Lise
- 4-() Ön Lisans
- 5-() Lisans
- 6- () Lisansüstü

5. Mesleğiniz:

- 1-() Memur
- 2-() İşçi
- 3-() Serbest Meslek
- 4-() Öğrenci
- 5-() Ev Hanımı
- 6-() Emekli

7-) Diğer

6. Sosyal Güvenceniz:

1-) SGK

2-) Özel Sağlık Sigortası

3-) Sosyal Güvencem Yok

Sayın katılımcı; Bu anket; Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli hakkında hizmet yararlanıcılarının görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.		(1) Kesinlikle Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kısmen Katılıyorum	(4) Katılıyorum	(5) Kesinlikle Katılıyorum
1	Kamu özel ortaklığı modeli (KÖOM) konusunda yeterli bilgiye sahibim.					
2	KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir.					
3	Şehir hastaneleri halkın sağlık ihtiyaçlarını tamamen karşılamaktadır.					
4	KÖOM ile yapılan Şehir hastanelerinde yeterli düzeyde tıbbi cihaz ve ekipmanın olduğunu düşünüyorum.					
5	KÖOM'nin devlet ve halk için faydalı olduğunu düşünüyorum.					
6	Şehir hastanelerinin açılması, özel hastanelere olan ilgiyi azaltacaktır.					
7	Şehir hastanesinden aldığım hizmetten memnunum.					
8	KÖOM'nin uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır.					
9	Kamu özel ortaklığı modeli sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir.					
10	KÖOM ile yapılan şehir hastanelerinde, diğer devlet hastanelerinden daha iyi hizmet sunulmaktadır.					

11	Şehir hastanelerinin açılmasıyla, Anadolu'dan büyük kentlere tedavi amaçlı seyahat azalmıştır.					
12	Kamu özel ortaklığı modeli ülke kaynaklarının israf edilmesine yol açabilir.					
13	Şehir hastanelerinde, hastaların tedavi kalitesi, rahat ve konforu artmıştır.					
14	Kamu özel ortaklığı modeli, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir.					
15	Şehir hastanelerinin Sağlık Turizmüne yönelik hizmet sunacak olması, yerli hastaları mağdur edebilir.					
16	Şehir hastanelerinde personelin, hastaya olan ilgi ve alakasından memnunuz.					
17	KÖOM' nin devleti zarara uğratan bir sistem olduğunu düşünüyorum.					
18	KÖOM ile yapılan şehir hastaneleri beklentimi karşılamamaktadır.					
19	Şehir hastanelerinde özel sektör kar odaklı çalışacağından, hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir.					
20	KÖOM sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, her alanda uygulanmalıdır.					

EK-3: Anket İzin Formları

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - YOZGAT İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
23/07/2018 15:23 - 92198657 - 771 - E.9521



Sayı : 92198657-771
Konu : Önder Baş Anket Çalışması Hk.

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ

İlgi : 19.07.2018 tarihli ve 20757759-044-3522 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden Atılım Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Önder BAŞ' ın "Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını sağlık çalışanlarına ve poliklinik hastalarına yönelik 20 Temmuz 2018 ile 20 Ağustos 2018 tarihleri arasında yapması kaydıyla, sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, anket yapılacak sağlık çalışanlarının ve poliklinik hastalarının rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü

EK:
Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu (1 Sayfa)

Develik Mah. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT
Faks No:0354 217 60 07

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

Bilgi için:Şule ARIKAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:354 217 50 70 / 1202

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 270d47a0-c6e2-493b-ba23-9f85d2fbdac3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/11/2018-7135



T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 59394181-302.99-E.7135
Konu : Önder BAŞ Hakkında

01/11/2018

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 24/10/2018 tarihli ,20757759-302.99-E.6948 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı 17316927003 numaralı öğrencisi Önder BAŞ'ın "Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi; Yozgat İli Örneği" başlıklı bilimsel araştırma proje önerisi "ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU" üyeleri tarafından onaylanmıştır.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Serkan ERYILMAZ
Rektör Yardımcısı

Bilgi için: Gül ŞAHİN TANER (Semiha ŞENER
Vekaletiyile)
Unvanı: Uzman
Tel No: 8303

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

Önder Baş

ORIJINALLIK RAPORU

% **12**

BENZERLIK ENDEKSI

% **9**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **3**

YAYINLAR

% **8**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	adumilas.adu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	cdn.hitit.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to Suleyman Demirel University Öğrenci Ödevi	% 1
6	KARAMAN, Haydar, ATAR, Burcu and AKTAN, Derya ÇOBANOĞLU. "Açımlayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması", Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi, 2017. Yayın	<% 1
7	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Önder BAŞ
Doğum Yeri ve Tarihi : Trabzon – 1982

Öğrenim Durumu

Lise : Maçka Sağlık Meslek Lisesi 1996-2000
Lisans : Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
İşletme Bölümü, 2001-2005
Yüksek Lisans : Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık
Yönetimi, 2016-2018
Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Teknomedika Sağlık Danışmanlık Med.; Genel Müdür, 2007-2012
Apm Grup Danışmanlık, Müşavirlik; Genel Müdür, 2012- Halen

İletişim

e-posta: onderbas_61@hotmail.com