

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

**VATANDAŞLARIN VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR**  
**HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ:**  
**ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Merve ÖZZEYBEK TAŞ**

**Ankara - 2018**



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

**VATANDAŞLARIN VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR**  
**HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ:**  
**ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

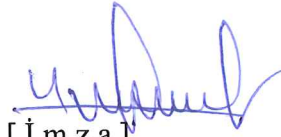
**Merve ÖZZEYBEK TAŞ**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

**Ankara -2018**

## KABUL VE ONAY

Merve Özzeybek Taş tarafından hazırlanan “VATANDAŞLARIN VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİN BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ” başlıklı bu çalışma, 06.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği /oy çokluğu ile kabul edilmiştir.



[ İ m z a ]

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Başkan)



[ İ m z a ]

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Danışman)



[ İ m z a ]

Doç. Dr. Gonca GÜZEL (Üye)

## ETİK BEYAN

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Atılım Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun ..... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

06.06.2018 (İmza)



Merve Özzeybek Taş

## ÖZ

Özzybek Taş, Merve. Sağlık Çalışanlarının ve Vatandaşın Şehir Hastaneleri İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu araştırma Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulaması olan entegre sağlık kampüslerinin sunacağı hizmetle ilgili vatandaşın ve sağlık çalışanlarının ayrı ayrı beklentilerini araştırmak, bu iki grup bireyler arasındaki bilgi, düşünce ve görüş farklılıklarını incelemek, Ankara İli'ndeki şehir hastanesi hizmet vermeye başlamadan önce bireylerin tutumlarını detaylı bir şekilde analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Ankara İli'nde yaşayan bireyler ve sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklemi 446 sağlık çalışanı ve 440 sağlık çalışanı olmayan vatandaşlarımız oluşturmaktadır. Bu çalışma nicel bir araştırma olup, bu çalışma için kullanılan ölçme aracı anket formlarıdır. Araştırmadaki veriler IBM SPSS Statistics 23 paket programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıkları incelerken bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıkları incelerken ise tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için "Tukey" çoklu karşılaştırma testinden yararlanılmıştır.

Yapılmış olan açımlayıcı faktör analizi sonucunda hizmet vermeye başlayacak şehir hastaneleri uygulaması hakkındaki görüşleri analiz eden 23 maddenin 3 faktöre ayrıldığı görülmüştür. Bu faktörler kendi arasında şehir hastanelerinin negatif etkileri, pozitif etkileri, sağlık turizmi ve rekabete etkileri olarak ayrılmıştır.

Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulaması hakkında vatandaşlara oranla daha olumsuz görüşlere sahip olduğu, özellikle hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre şehir hastaneleri uygulamasının negatif etkilerinin daha fazla olduğunu düşündüğü ve eğitim düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının da şehir hastaneleri uygulaması hakkında olumsuz görüşlere katıldığı söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Entegre sağlık kampüsü, Kamu özel ortaklığı, Şehir hastanesi

## ABSTRACT

Özzybek Taş, Merve. Determination of Opinions of Health Workers and Citizens on City Hospitals: Sample of Ankara Province, M.Sc. Thesis, Ankara, 2018.

This research aims to investigate the individual expectations of citizen and health workers related to the service to be presented by the integrated private health care campus which is a Public Private Partnership model and to examine the differences of knowledge, thoughts and opinions between these two groups of individuals and to analyze the attitudes of the individuals in detail before the city hospital in Ankara province started to serve.

The sample of the research consists of individuals and health workers living in Ankara. The sample is composed of 440 health workers and 446 non-health workers. This study is a quantitative research and the survey tool used for this study is the questionnaire form. Analyzes were completed by transferring the data to the IBM SPSS Statistics 23 package program. When examining the differences between the two independent groups, independent sample T-test was used and the differences between two independent groups were examined, one way variance analysis was used. The "Tukey" multiple comparison test was used to analyze which groups the difference originated in the case of differences as a result of the one-way analysis of variance. As a result of the exploratory factor analysis, 23 factors, which analyze the opinions about the implementation of city hospitals to start serving, were found to be divided into 3 factors. These factors are divided among themselves as negative effects, positive effects, health tourism and competition effects of city hospitals.

As a result of the study, it can be said that the health care workers have more negative opinions about the application of the city hospitals than the citizens, especially the doctors think that the negative effects of the city hospitals are higher than the other health workers think and the health workers with higher education levels also participate in the negative opinions about the city hospitals.

**Key words:** Integrated health campus, Public private partnership, City hospital

## TEŞEKKÜR

Bu alıőmanın her aőamasında bilgi birikimi ile bana yol gösteren ve zaman ayıran değerli danışman hocam Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu'na sabrı ve anlayışı için teşekkür bor bilirim.

alıőmalarım sırasında manevi destekleri ile her zaman yanımda olan biricik anneme ve yardımlarını esirgemeyen kıymetli eőime sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

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

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ VE ÖZELLİKLERİ

1.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli.....	3
1.1.1. Kamu Özel Ortaklıklarının Özellikleri.....	6
1.1.2. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Avantaj ve Dezavantajları.....	8
1.2. Dünya’da KÖO Modeline Geçiş Süreci .....	9
1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelleri ve Türkiye Uygulaması .....	10
1.3.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin Yapısı.....	10
1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Uygulanması .....	12
1.5. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Projeleri.....	15
1.6. Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması .....	17
1.7. Şehir Hastaneleri Mali Analiz, Proje ve Uygulama Örneği .....	19

### İKİNCİ BÖLÜM

#### KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN VATANDAŞ VE SAĞLIK PERSONELİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

2.1. Vatandaş Üzerindeki Etkiler.....	21
2.1.1. Coğrafi Etkiler.....	21
2.1.2. Ekonomik Etkiler .....	21
2.1.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim .....	22
2.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Üzerindeki Etkiler .....	22

2.2.1. Esnekleşme Politikaları.....	24
-------------------------------------	----

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BİREYLERİN ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

<b>3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....</b>	<b>27</b>
3.1.1. Problem ve Alt Problemler .....	27
3.1.2. Sayıtlılar .....	27
<b>3.2. Araştırmanın Yöntemi.....</b>	<b>28</b>
<b>3.3. Veri Toplama Aracı .....</b>	<b>28</b>
<b>3.4. Evren ve Örneklem .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5. Analiz ve Bulgular.....</b>	<b>29</b>
3.5.1. Şehir Hastaneleri İle İlgili İfadeler İçin Faktör Analizi ve Güvenirlikler.....	29
3.5.2. Vatandaşlar İle İlgili Analizler.....	32
3.5.3. Sağlık Çalışanları İle İlgili Analizler .....	37
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>53</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>63</b>
Ek-1: Anketler.....	63
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>76</b>

**KISALTMALAR**

<b>DB</b>	: Dünya Bankası
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>KÖO</b>	: Kamu Özel Ortaklığı
<b>OECD</b>	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>ŞH</b>	: Şehir Hastaneleri

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b>	Proje Sayısının Sektöre Göre Dağılımı.....	13
<b>Tablo 2:</b>	Açımlayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlikler .....	29
<b>Tablo 3:</b>	Şehir Hastaneleri ile İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklara Göre Dağılımlar .....	32
<b>Tablo 4:</b>	Cinsiyete Göre Dağılımlar .....	32
<b>Tablo 5:</b>	Yaşa Göre Dağılımlar .....	32
<b>Tablo 6:</b>	Medeni Duruma Göre Dağılımlar.....	33
<b>Tablo 7:</b>	Eğitim Durumlarına Göre Dağılımlar.....	33
<b>Tablo 8:</b>	Düzenli Olarak Sosyal Medya Kullanma Durumlarına Göre Dağılımlar .....	33
<b>Tablo 9:</b>	Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler .....	34
<b>Tablo 10:</b>	Şehir Hastaneleri Bilgi Kaynaklarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	34
<b>Tablo 11:</b>	Cinsiyete Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	35
<b>Tablo 12:</b>	Yaşa Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	35
<b>Tablo 13:</b>	Medeni Durumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	36
<b>Tablo 14:</b>	Eğitim Durumuna Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	36
<b>Tablo 15:</b>	Düzenli Sosyal Medya Kullanım Durumlarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	37
<b>Tablo 16:</b>	Mesleklere Göre Dağılımlar .....	37
<b>Tablo 17:</b>	Hizmet Yıllarına Göre Dağılımlar .....	38
<b>Tablo 18:</b>	Görevlere Göre Dağılımlar .....	38
<b>Tablo 19:</b>	Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımlar .....	38
<b>Tablo 20:</b>	Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımlar.....	39
<b>Tablo 21:</b>	Düzenli Olarak Sosyal Medya Kullanma Durumlarına Göre Dağılımlar .....	39
<b>Tablo 22:</b>	Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler .....	39
<b>Tablo 23:</b>	Mesleklere Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	40
<b>Tablo 24:</b>	Hizmet Yıllarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	41
<b>Tablo 25:</b>	Görevlere Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	41

<b>Tablo 26:</b> Çalışılan Kurumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	42
<b>Tablo 27:</b> Eğitim Düzeylerine Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	42
<b>Tablo 28:</b> Düzenli Sosyal Medya Kullanım Durumlarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	43
<b>Tablo 29:</b> Şehir Hastaneleri ile İlgili İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımları.....	44
<b>Tablo 30:</b> Şehir Hastaneleri Bilgi Kaynaklarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	45
<b>Tablo 31:</b> Cinsiyete Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	46
<b>Tablo 32:</b> Yaşa Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi .....	46
<b>Tablo 33:</b> Medeni Durumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	47
<b>Tablo 34:</b> Durumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	47
<b>Tablo 35:</b> Eğitim Durumlarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi.....	48
<b>Tablo 36:</b> Vatandaş ve Sağlık Çalışanlarının Şehir Hastaneleri İle ilgili İfadelere Verdiği Yanıtlara Göre Farklılıklarının İncelenmesi .....	48

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** Şehir Hastanelerinin Kurulacağı İller ..... 18
- Şekil 2:** TÜİK Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması..... 22

## GİRİŞ

Kamu Özel Ortaklığı ya da bir başka deyişle Kamu Özel İşbirliği anlaşmaya dayalı olacak şekilde, yatırım ve hizmetlerin maliyet risk ve getirilerinin özel sektör ve kamu arasında dengeli olacak şekilde paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesini ifade etmektedir. Ülkemizde özel sektör ile kamunun işbirliğine yönelik çalışmaların Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzandığını söylemek mümkündür. Bahsi geçen dönemde bir takım kamu hizmetlerinin sunulmasına özel sektör katkıda bulunmuştur.1990'lı yıllardan sonra sosyal,siyasal ve ekonomik anlamda yaşanan dönüşümler ve etkileşimlere bağlı olarak, altyapı hizmetlerinde kamunun rolünde değişiklikler olmuştur. Politika düzenleyen ve uygulayan devlet anlayışına doğru yaşanan dönüşüm, hizmet üreten ve işleten anlayıştan uzaklaşmıştır. Kamu hizmetinin üretiminin devamlılığı hususunda problemler yaşanması nedeniyle hizmet alanlarında yap-işlet, yap-kirala devret, yap işlet devret, gibi yöntemler kullanılarak kamu yatırımlarının özel sektör üzerinden gerçekleşmesine imkan sağlanmıştır. Altyapı, ulaşım gibi farklı sektörlerle başlayan girişimler sağlık ve eğitim alanlarında da uygulanmaya başlamıştır. Sağlık, diğer alanlardan daha farklı reformlar üzerinden yatırımlar gerçekleştirilen bir alan olmuştur. Devletin özel sektör ile Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile işbirliği yapması ve oluşacak riski paylaşması Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel ve yapısal dönüşümü açısından önemli bir girişimdir.

Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalamak adına yapılan girişimler hastanelerin işletme haline getirilmesi esasına dayanmaktadır. Sağlıkta maliyet etkin politikalar çerçevesinde hastanelerin gelir ve giderlerine göre bir performans doğrultusunda işletilmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda kurgulanması aynı zamanda özel sektörün teşvik edilmesini gerektirmiştir.

Şehir hastaneleri uygulaması Entegre sağlık kampüslerinin yapılacağına dair söylemlerin hükümet programında yer almasından sonra sağlık kampüsleri Yıllık Programa (RG:23.10.2012, Sayı: 28450) alınmıştır. KÖO uygulamaları için Yüksek Planlama Kurulu'ndan izin verilen sektör sağlık olmuştur. KÖO modeli ile 2012

yılında projelendirilen toplam on yedi milyar iki yüz milyon liralık entegre sağlık kampüsü yapılmasına ilişkin sözleşme imzalanmıştır.

Adana, Mersin, Isparta, Yozgat illerinde hizmete başlayan şehir hastaneleri uygulaması sonrası kısa bir süre içerisinde memnuniyet anketleri ile değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır. Bu anketler sonuçları da göz önünde bulundurularak çok yakın bir zamanda Ankara İli'nde faz faz hizmet vermeye başlayacak olan şehir hastaneleri hakkında sağlık çalışanlarının ve vatandaşın görüşlerini analiz etmek, vatandaş ile sağlık çalışanlarının fikirlerini ayrı ayrı ele alıp değerlendirmek amacıyla yapmış olduğum çalışmam üç temel bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kamu özel ortaklığı modelinin ne olduğuna, gelişim sürecine, Dünya'da ve Türkiye'deki benzer uygulamalarına, modelin olumlu ve olumsuz yanlarına değinilmiştir. İkinci bölümde ise şehir hastaneleri uygulamalarının vatandaş ve sağlık çalışanları üzerinde ayrı ayrı ne gibi etkileri olduğu ve nelere sebep olabileceği ifade edilmiştir. Çalışmanın son bölümünde genel olarak araştırmanın amaç ve önemine, anket çalışması uygulayarak elde edilen verilerin analizi sonucu ulaşılan bulgulara, konu hakkındaki sonuç ve değerlendirmelere yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ VE ÖZELLİKLERİ

#### 1.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli

Halkın ihtiyacını karşılayabilecek hizmet ve mal sunabilmek için kamu harcaması yapılırken kamu gelirlerinin önemsenmeli, yapılan kamu harcamalarının kamu gelirlerine uygun olması gerektiği düşünülmeli. Bu şekilde hareket edilmediğinde kamu gelirlerinin kamu harcamalarını finanse edebilmesinin zorlaşacağı kaçınılmaz olur ve haliyle çözüm arayışında farklı finansman yolları gündeme gelir. Devletin kendi tekelinde gerçekleştirdiği politikaların sorumluluğu devlete aitken, özelleştirme politikalarının devletin gücünün kaybetmesi ile ilgili endişeleri gündeme getirmiştir. Bu gelişmelerin sonucu olarak Kamu Özel Ortaklığı modeli doğmuştur.

Dünya bankası, Kamu özel ortaklığı modelini, özel sektör kuruluşlarının risk ve yönetim sorumluluğu üstlenerek kamu hizmetlerinin sağlanması için özel kesim ve devlet kurumlarının uzun süreli yaptığı sözleşme olarak tanımlamaktadır.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ise Kamu Özel Ortaklığını, bir yada daha fazla ortağın devletin hizmet sunmak amacı ile özel sektörün kâr elde etme amacını bir araya getirerek genel anlamda verilecek hizmetin özel sektör tarafından üstlenildiği ve bu anlaşmanın yine özel sektörün risk transferine bağlı olduğu bir uzlaşma olarak tanımladığı görülmektedir.

Bir başka tanım olarak Devlet Planlama Teşkilatı Kamu Özel Ortaklığını karşılıklı yapılacak bir sözleşme çerçevesinde projeye yönelik maliyet, getiri ve risk gibi kalemlerin kamu ve özel sektöre paylaşılması olarak ifade etmiştir.

Kamu Özel Ortaklığı modelinin benimsenmesini sağlayan varsayımlar, özel kesim ile kamu kesiminin birbirinden farklı görevleri olduğunu, toplam riskin kamu ve özel sektör arasında bölüştürülmesinin büyük ölçekli yatırımların verimliliğini

artırabileceğini, bu sayede maliyetlerin düşürülüp kamu ve özel kesimin birlikte faydalanabileceği bir ortaklığın mümkün olduğunu ileri sürmektedir. Makro ölçekle planlama yapabilme kamu kesiminin uzmanlık alanına girerken, zamanı iyi kullanabilme ve finansman riskini doğru idare edebilme daha çok özel kesimin uzmanlık alanına girdiği düşünülmektedir. Bir diğer önemli özellik ise, proje finansmanının özel kesim tarafından gerçekleştirilmesidir. Hızlı bir şekilde klasik devlet yatırım ve hizmet üretim modelinin yerine geçen Kamu Özel Ortaklığı modeli tüm dünyada özellikle kriz öncesi dönemde yaygınlık kazanmış hem Dünya Bankası'nın hem Avrupa Komisyonu'nun desteklediği bir modeldir. Kamu özel ortaklığı modeli, özelleştirme modeli olarak görülse de klasik haliyle özelleştirme modelinden bazı hususlarda farklılaşmaktadır. Özelleştirmelerin devletin mülkiyetinde olan üretim araçlarının, özel sermayeye bir kısmının ya da tamamının devredilmesiyle gerçekleştiği görülmektedir. Özelleştirmelerin, gerek devletin elindeki malların miktarıyla gerek toplumun vereceği tepkilerle çizilen sınırları vardır. Bu hususta günümüzde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin gittikçe daha fazla gündem olmasının sebeplerinden birisi de klasik haliyle özelleştirmelerin politik ve ekonomik sınırlarına dokunulması olabilir. Çünkü, Kamu Özel Ortaklığı klasik özelleştirmelerdeki gibi, özel sektöre yeni bir piyasa alanı açmaktadır fakat Kamu Özel Ortaklığı Modelinin farkı, kaynak transferinin henüz tesisler ortaya çıkmamışken sözleşmeye bağlanması ve devlet ile özel arasındaki ticaret ilişkisinin tesis yapım sürecinden başlayarak, çalışmasına ve kamuya devredilmesine kadar geçen uzun bir süreci kapsamasıdır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli işletme ve yatırım aşamalarını da kapsamaktadır. Oysa standart özelleştirme modelinde devlet ile özel sermayenin ticaret ilişkisi tek seferde gerçekleşmektedir ve satış işlemi olarak kalmaktadır.

Temel kamu hizmet üretim sorumluluğu devlet otoritesinde iken özel kesiminde bu üretim sahasına dahil edildiği modeldir kamu özel ortaklığı modeli. Yalnızca kamu hizmetinin iyi şartlarla üretiminin sağlanması değil, özel sektörün büyümesinin desteklenmesi de modelin amaçları arasında yer almaktadır (NAO, 2011: 13)

Model devletin özel girişimcilerle ilişkisinde dördüncü tip olarak tanımlanır. Devletin özel sektörden hizmet ve mal almasından farklı olacak şekilde özel şirketlerin temel kamu hizmetinden farklı hizmetleri verebilmek için kendisi yada alt

müteahhitlerinin kamu hizmeti alanına uzun vadeli yerleşme durumudur (O. Karahanoğulları, 2011: 181) Bu modeldeki ortaklık uzun vadeli anlaşmalarla gerçekleştirilir. Kamu Özel İşbirliğinde kamu hizmeti sunumunun hemen hemen tüm süreçleri birden, yaklaşık 20 ile 50 sene kadar bir sürede sadece bir sözleşmede kapsamaktadır. Bu modeli en yaygın ve geniş anlamda kullanan ilk ülke Birleşik Krallık'tır. Dünyada kamu özel ortaklığı modellerinin en çok önem arz eden uygulamaları 1992'de Muhafazakar Parti'nin başlattığı ve İşçi Partisi'nin bir takım politikalarıyla güçlendirdiği Özel Finansman Girişimi modelidir. Birleşik Krallık'taki son 15 yılda gerçekleştirilen önemli kamu yatırımlarının hemen hemen tamamı bu model ile hayata geçirilmiştir. Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen okul, hastane, ulaştırma gibi projeler hazine verilerine bakıldığında yaklaşık 56 milyar sterlin değerindedir. (<http://pppforum.com/projects>, 2011).

En az bir kamu kuruluşunun bulunduğu iki yada daha fazla tarafı olan ve bu taraflara bir takım örgütsel sorumlulukların verildiği, para ve mal gibi kaynaklar sağlanıp transfer edilen, daimi ortak ve ortaklıkların bulunduğu, ekonomik ve sosyal sonuçlara yönelik risklerin ve görevlerin bölüştüğü bir biçime sahip olan model Kamu Özel Ortaklığıdır.(Grimsey ve Lewis; 2004; 13).

Model hakkında yapılan bu tanımlamaların ortak özelliği, hizmet veya mal üretimini gerçekleştirmek için özel sektör ve kamu arasındaki gerek risklerin gerek faydaların iki tarafında üstlenerek, karşılıklı değer yaratma fikrinden yola çıkarak gerçekleşmesidir (Klijn ve Teisman, 2003, ss.137-145).

Kamu Özel Ortaklığında geçen Ortaklık kelimesi özel sektörün ve kamunun konumlarına yapılan atfı göstermesi bakımından önemli görülmektedir. *Public Private Partnership* kavramı için literatürde genellikle ortaklık (*partnership*) sözcüğü kullanılırken Türkiye'de resmi evraklarda işbirliği (*cooperation*) sözcüğü kullanılmaktadır. İşbirliği kavramı devletin üstünlüğünü korumaktadır. Bu da devletin kendini özel sektörün yanına konumlandırmasıyla ilgili bir farklılaşmadır. KÖO modelinde kamu ve özel sektörün aynı amaca sahip olmaması durumu daha net ortaya koymaktadır. Örneğin literatüre yeni giren bir kavram olarak harcama değeri (*value for money*) kavramının kamu ve özel sektör için faydası farklılaşmaktadır. Harcama değeri, özel sektör için harcanan paranın ne kadar getirisinin olacağı ile ilgili iken

kavram, kamu için yatırımların ne kadar verimli olacağı ile ilgilidir. Dolayısıyla KÖO modeli ile özel sektör yatırım sonrası elde edilecek kar ile kamu ise yatırım esnasında yapılan tasarruflar ile ilgilenmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün yayınladığı *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money* isimli dokümanda ortaklık kavramına karşı çıkılarak işbirliği kavramının daha uygun olacağı (OECD, 2008: 18) belirtilmektedir. Bu doğrultuda kamu ile özel sektör arasında ortaklık yerine işbirliği kavramının tercih edilmesi anlaşılabilmektedir.

### 1.1.1. Kamu Özel Ortaklıklarının Özellikleri

Bettignies ve Ross (2004)'a göre KÖO'nun üç temel özelliği bulunmaktadır. Bunların ilki Kamu Özel Ortaklığının çok sayıda iş içeren sözleşmeler dahilinde oluşum göstermesidir. Yani Kamu Özel Ortaklığının temeli sözleşmedir. İkincisi ise iki veya fazla sayıda işin yalnızca bir tarafa yüklenmesiyle gerçekleşir. Bu durum bir yol yapımı, ve bakımında aynı ortağın bulunması şeklindedir. Ortaklardan biri hem yolun tasarımı hem de finansmanını gerçekleştirebilir. Son olarak üçüncüsü finansman işinde özel sektörün rol almasıdır. Birçok sektörde uygulama alanı olan Kamu Özel Ortaklığı Modelinin özellikleri yapılan araştırmalar sonucu ulaşılan bilgiler ışığında şöyle sıralanabilmektedir. Bunlar (IFSL, 2003, s.101; Akintoye ve diğerleri, 2003, ss. 4-5; Klijn ve Teisman, 2003, ss.137138; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.17-29):

- Kamu Özel Ortaklığı ile belirli hizmetlerin sonuçları özel sektörden alınır.
- Devlet istenen hizmeti standarda en uygun olacak şekilde sağlayacak bir zaman dilimi oluşturur.
- İstikrarlı hizmet sunabilmek için, doğru eğitim, güdüleme ve ödüllendirme sağlanır.
- Hizmet sağlayıcılar ile kullanıcı menfaatleri ortak bir noktada birleştirilir.
- Devlet ve özel sektör arasında tezatlığa değil, ortaklığa dayalı ilişki kurulur.
- Model büyük kaynak gerektiren projelerde uygulandığı gibi küçük kaynak gerektiren projelerde de uygulanır.

- Modelin en önemli özelliği kuşkusuz özel sektörün finansman sağlamasıdır. Projenin sermaye maliyeti ortak olanların öz sermayeleri ve proje finansman borçlanması ile karşılanmaktadır.
- Devletin yatırımlarını bu model ile gerçekleştirilmesi projelere artı değer sağlar. Bu artı değer duruma göre yenilik iken kimi zaman maliyetlerde düşüş şeklinde görülebilmektedir. (Bettignies ve Ross, 2004, s.49).
- Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları çoğunlukla tasarımı, işletimi, bakımı ve finansmanı entegre eden projelerdir. Maliyetlerin minimize edilmesi amacıyla tasarım, işletim, finansman gibi sorumluluklar tek bir firma içinde birleştirilir (Bettignies ve Ross, 2004, s.49).
- Modelin temelini devletle yapılan hizmet sözleşmesi oluşturur. Sunulacak hizmetle ilgili gerekli girdileri sağlayacak İlgili Kamu Kurumu ile Proje Sözleşmesi yapılır.
- Sunulacak mal veya hizmetin uygun ücretlerle, sürekli olarak belirli bir nitelikte olmasının güvencede tutulması çok önemlidir,
- Kamu Özel Ortaklık sözleşmeleri uzun vadeliidir. Genelde kamu hizmeti olan altyapı projelerinde uygulanır.
- Modelde devletin temel sorumluluğu organizasyonu sağlamak ve koordine etmektir. Bu devletin proje süresinde aktif rol almasını sağlar.
- Ortaklığın devamlılığı karşılıklı iletişim, güven duygusu, uzlaşmaya bağlı bir sözleşmeye dayanır.
- Ortaklar kaynaklara yatırım yapma hususunda gerek maddi gerek manevi yönden istekli olmalıdır.
- Kamu Özel Ortaklıklarında ayrı bir kurumsal yapı kurularak, sorumlulukları, hedef ve finansal yardımları tanımlar.
- Bu modelin uygulandığı projelerde tüm aktörler yaptıkları işlerin sonuçlarına katlanmaları gerektiğini bilirler.
- Ortaklık süresinde hizmetten faydalananlar özel sektöre ödeme yapmakla yükümlüdür.

- Kamu özel ortaklığı modelinin uygulandığı projelerde sözleşme süresi bitiminde tesisler devlete bırakılır.

Kamu Özel Ortaklıklarının yukarıda ifade ettiğimiz özelliklerinin yanında ele alınması gereken 4 temel ilkesi mevcuttur. (Rosenau, 1999, ss.10-30) Bu ilkeleri, taraflar bir başka deyimle aktörler veya paydaşlar, aktörler arasındaki ilişki, söz konusu olun proje ve ağ oluşturur.

Günümüzde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin uygulama alanı bulduğu projelerin gerçekleşmesi bazı kamu ve özel kesimleri için oldukça zor bir zaman dilimidir. Özel sektör daha aktif ve dinamik olarak düşünülürken, kamu sektöründe sosyal sorumluluk projelerine ve kamu çıkarlarına daha çok yönelim olmuştur. Üçüncü sektörü oluşturan sivil toplum kesimi ise daha insani duygularla hareket eder. Bu üç sektörün amaç ve faaliyetleri bu sektörlerin bazı noktalarda kesiştirmesine neden olmaktadır. (Bult-Spierung ve Dewulf, 2006, s.200).

### **1.1.2. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Avantaj ve Dezavantajları**

Bir uygulamadan daha fazla fayda sağlamak için onu her yönü ile ele almalıyız. Eğer uygulamada öngörülen avantajlar tehditlerden fazlaysa uygulamanın tercih edilebilirliği artacaktır. Kamu Özel İşbirliği ile ilgili birtakım çalışmalar özelleştirmenin negatif taraflarına değinerek toplumsal muhalefete baş kaldırabilmek için Kamu Özel İşbirliği'nin ortaya çıktığını ve uygulanmasının iyi sonuçlar vereceğini iddia etmektedir. Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları ile vücut bulan projeler bir çok örnekle sayılabilecekken, özel sektörcü desteklenmesinin en önemli nedeni yeni değerlendirme alanı yaratılmasıdır(TTB, 2011, s.1). Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarının devletin hizmet sunumuna nitelik getireceği ve hız kazanacağı bilinirken, tam anlamıyla bir çözüm olmadığı kaçınılmaz bir gerçektir (European Commission, 2003, s.5).

Kamu Özel Ortaklığının özellikle devlet açısından avantaj ve dezavantajlarına kısaca özetleyecek olursak, özel sektörün insan kaynağından faydalanma ve teknoloji imkanlarını kullanma, altyapı hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde özellikle siyasi alanda yapılan itirazların azaltılmasında rol alma, riskin paylaşılması , zamanlamaya

uygunluk ve yatırım bütçesiyle orantılılık gibi maddelerin en önemlileri olduğu unutulmamalıdır. Bunların yanı sıra ihalelerin zaman olarak uzun bir sürece yayılması, anlaşılması zor olan ve karmaşıklığa sebep veren sözleşmelerin bulunması, bütçenin dışına çıkan durumların oluşması ise dezavantajlar olarak sayılabilmektedir.

## 1.2. Dünya’da KÖO Modeline Geçiş Süreci

1980 li yıllar sonrasında devlet anlayışı, devletin sağlayacağı hizmetlerin sunumunda ve finansmanında etkili olmuştur. Bu da devletin hizmet sunumunda alternatif yöntemler oluşturulmasına gidilmiştir (Kerman, 2012).

Kamunun hizmet dönüşümü çağrısı 1990’lı senelerin başında harekete geçmiştir. 1970’li senelerin sonunda kamu hizmet sunum alanına doğru genişleyen sermayenin bazı yöneticilerin özelleştirme politikaları ile kamu hizmetlerinde artan özel sektör müdahalesinin daha güvenilir hale getirilmesini talep etmiştir. Özel sektör katılımının güvenilir ve istikrarlı hale gelmesini garanti etmek anlamına gelen Kamu Özel Ortaklıkları ismi Amerika Birleşik Devletleri ile İngiltere’nin deneyimlerinden yola çıkılarak konmuştur. ABD’de yaygın hizmet alanı bulan “ortak girişim” uygulamaları Kamu Özel Ortaklıklarının en ileri en gelişmiş hali olarak nitelenmiştir. 1992 senesinde John Major’ un İngiltere de başlattığı “özel finans girişim projesi” ve Blair dönemindeki “en iyi değer” projeleri Kamu Özel Ortaklığı Projelerininin yaygınlaşmasına destek olmuştur (Çelik, 2008).

1990 lı yıllardan 2009 senesine kadar Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarının neredeyse üçte ikisini yürütenin İngiltere olduğu bilinmektedir. İspanya da uygulamaların Uygulamaların % 10’unu yürüttüğü için bu konuda öncü kabul edilmektedir. Almanya, İtalya, Fransa ve Portekiz ise uygulamaların % 2,5’ini sürdürmüştür (JETRO,2012: 4; Kappeler ve Nemoz, 2010: 8).

KÖO kavramı kamu hizmetlerini yürütmekle görevli olan idarelerin bu hizmetleri yerine getirirken karşılaştıkları mali kaynak sıkıntısı sonucu, birçok ülkede 1990’lı yılların başından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Kamu Özel Ortaklık modelinin uygulandığı projelerin teşvik edilmesine dair ilk program İngiltere’de 1992 yılında başlatılan Özel Finansman İnsiyatifi Programıdır ve bu modeli düzenleyen ilk

özel yasa 1997 senesinde İngiltere’de kabul görmüştür. Kamu Özel Ortaklığı modeli Almanya, Kanada, İsveç İrlanda, Güney Afrika, Hollanda, İtalya ve İspanya gibi ülkelerde de bahsi geçen ve üzerinde çalışılan ve tartışılan bir uygulama modelidir. Kamu Özel Ortaklığı konusunda üye ülkelere yol göstermek için Avrupa Birliği, 2004 senesinde “Yeşil Kitap” adı verilen bir kitap yayımlamıştır. Almanya’da aynı dönemde hukuki düzenleme yapılmış; 2005 senesinde çıkarılan Kamu Özel Ortaklığı Modeli yatırım kanunu ile bütçe hukukunda kapsamlı değişiklikler yapılmıştır (Güneş, 2009).

Kamu Özel Ortaklığı Modeli birçok ülkede okul, hastane, hapisane, yol yapım bakım, toplu taşımacılık, gibi projelerde uygulanmıştır (Güneş, 2009).

Kamu Özel Ortaklığı ile ilgili tanımlamalar yapılırken diğer yandan 1990’lardan beri Kamu ve özel sektör ortaklığı projeleri için genel görüş devlet ve özel sektör ortaklarının güçlerinin birleştirilmesiyle daha etkin bir çerçevede daha nitelikli projelerin oluşturulup yürütülebileceği hususunda önem kazanmakta olmasındır (Mckinsey&Company, 2009: 4).

### **1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modelleri ve Türkiye Uygulaması**

Çalışmamızın önceki başlıklarında detaylı bir şekilde tanımlarına yer verdiğimiz Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devletin altyapı hizmetleri dahilinde projelerin gerçekleştirilmesi sebebiyle iyileştirilen, özel sektörün devletle uzun vadeli anlaşması üzerine kurulan bir sözleşmeye dayanan ve devletin sunacağı hizmetlerin yerine getirilmesini veya finansmanını gerçekleştirirken devlet ile özel sektörün birlikte katılmasını uygun gören, altyapı, finansman ve hizmet tedarik etmede kullanılan bir kavramı ifade etmektedir (Tan, 1995: 309).

#### **1.3.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin Yapısı**

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin yapısını 6 aşamada ele almak mümkündür. Bu aşamalar sırasıyla; projenin kapsamının çizilmesi, stratejilerin oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, anlaşmalara dayalı sözleşmelerin yapılması, hizmet sunumunun başlaması olacaktır.

### Proje kapsamının belirlenmesi

Proje konusunun sınırlarının çizilebilmesi için projeye neden olan ihtiyaçlar saptanır. Projenin ortaya çıkmasına hangi ihtiyaçların neden olduğu ve uygulandığında ne gibi yararları oluşturacağını tespit edilmesi bu safhada söz konusudur.

### Stratejinin oluşturulması

Projenin kapsamının belirlenmesinden hemen sonraki safha stratejilerin oluşturulma safhasıdır. Burada ihalenin stratejilerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda ihale grubu oluşturulur. Yine bu safhada, risklerin neler olduğunun tespit edilmesi de oldukça önemlidir. Bundan sonraki safhalarda planlanan stratejiye bağlı kalınır.

### Seçim süreci

Bu safhada, proje ile ilgilenen firmaların teklifleri gündeme gelir. Firmalar kendi olanaklarına göre teklif sunarlar. Teklif sunan firmaların öncelikli şartları sağlamaları gerekir.

### Müzakereler

Proje kapsamında söz konusu olan hizmet için ön elemeyi geçen firmalarla müzakereler gerçekleştirilir ve anlaşmaya dayalı olan sözleşme şartları doğrultusunda değerlendirmeler yapılır. İhaleyi kazanan firmayla uzlaşma yoluna gidilir. Uzlaşma için gereken şartların neler olduğu ise sonraki safhada daha da netlik kazanacaktır.

### Sözleşme yapılması

Tarafların ihale dönemine girmeleriyle dönem bitene kadar sözleşme şartlarının belirlenmesi ve yapılması gerekir. Doğal olarak tarafların yapılan sözleşmeye bağlı kalmaları beklenmektedir. Sözleşmede bulunan risk faktörlerinin neler olduğuna, paranın değerlendirildiğinden emin olunmasına ve ödenebilirlik şartlarına önem gösterilmeli, çok dikkat edilmelidir.

### Hizmet sunumunun başlaması

Hizmetin piyasaya sunulduğu aşamadır. Böylece Kamu Özel Ortaklığı süreci hizmet sunumu ile son bulur.

Türkiye’de 10 tip KÖO modeli uygulanmaktadır:

- 1- Al-Yap-İşlet
- 2- Yap-Sahip Ol-İşlet
- 3- Finanse et
- 4- Yap-İşlet-Devret
- 5- Tasarla-Yap-Finansa Et-İşlet
- 6- Yap-Sahip Ol-İşlet-Devret
- 7-İşlet ve Bakım Sözleşmesi
- 8- Tasarla-Yap
- 9- İşletme Ruhsatı
- 10- Yap-Kirala-İşlet-Devret

Araştırma konumuz olan şehir hastaneleri uygulamasını daha iyi kavrayabilmek için yukarıda gördüğümüz modellerden Yap-Kirala-İşlet-Devret modelinin uygulandığı sağlık hizmetlerinde kamu özel işbirliği sürecini analiz edelim.

#### **1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Uygulanması**

2003 yılında açıklanan Sağlıkta dönüşüm Programı’nın (SDP) en önemli bileşeni Türkiye’nin uluslararası alanda gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetlerine kavuşmasıdır.(Sağlık Bakanlığı, 2003). Sağlıkta dönüşüm projesi uygulanan yapısal reformların en önemlisidir. Bu proje kalite, verimlilik, vatandaş memnuniyeti gibi ilkeler üzerinden sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanın birbirinden ayrışmasına

dayanmaktadır. Ayrışma, devletin sağlık hizmetinin finansmanı için alternatif arayışlara girmesinin bir sonucudur. Kullanıcı öder ilkesine dayanan finansman yöntemi, vatandaşlar için Genel Sağlık Sigortası'nda (GSS); yatırımcılar içinse Kamu ÖZEL Ortaklığı modelinde somutlaşmıştır. Bu ilkeler çerçevesinde sağlığın dönüşmesi zorunlu olarak özel sektör ile işbirliği yapmayı gerektirmiştir (Akıllı, 2013: 92). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yap-kirala-işlet-devret modeli uygulanmıştır. Bu model devlet ile özel kesimin aralarında gerçekleştirdiği sözleşme dahilinde gelişmiş teknoloji ve düşük olduğunu söylemeyeceğimiz maddi kaynak ihtiyacı olan projelerin uygulanmasında kullanılmak amacıyla geliştirilen finansman modelinin uygulaması olup bir yapının özel kesim tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli görülen hallerde tasarlandığı, sınırları belirli bir dönem için idareye kiralandığı, kiralanın yapıların üzerinde bazı mal ve hizmet üretimlerinin yapımı tarafından gerçekleştirilebildiği ve yapının mülkiyet devrinin kira dönemi bittiğinde sözleşmede düzenlenmiş olması şartıyla devlete geçtiği modeldir (Kerman ve ark, 2012). Bu açıklamadan da anlaşılacağı üzere özel sektör ve kamu arasındaki ilişki bir taraf lehine işlerken diğer taraf aleyhine yürütülmektedir.

Kalkınma Bakanlığının Türkiye'de gerçekleşen 217 adet Kamu Özel Ortaklığı projesinin verilerine göre, aşağıdaki tabloda da görüldüğü üzere 21 i sağlıkta gerçekleşmektedir.

**Tablo 1:** Proje Sayısının Sektöre Göre Dağılımı

Proje Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı	
Karayolu	40
Havaalanı	18
Yat Limanı ve Turizm Tesisi	17
Demiryolu	1
Kültür ve Turizm Tesisi	1
Gümrük Tesisi	14
Endüstriyel Tesis	2
Sağlık Tesisi	21
Enerji	81
Liman	22
Toplam	217

**Kaynak:** Kalkınma Bakanlığı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde KÖO modelinin uygulanması ABD’den 10 yıl sonra, Avrupa Birliği ülkeleri ile aynı dönemde gerçekleşmiştir. 2000’li yıllarda “mevzuat” şekil almış, 2010 dan sonraki uygulamalar faaliyete başlanmıştır. 15/07/2005 tarihinde çıkarılan “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun” ile sağlıkta hizmet sunumunda Kamu Özel Ortaklığı projelerinin ilk adımı atılmıştır. Bu kanun ile Sağlık tesislerinin, Sağlık bakanlığı tarafından belirlenen standartları dahilinde gerçek yada özel hukuk tüzel kişilerine belirli bedel ve süre üzerinden kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla yaptırılacağı ibaresi konulmuştur. Bu madde sağlıkta Kamu özel ortaklığı modeline geçişte fikir vermektedir.

2006 yılında “Sağlık Tesislerinin Yapılması ve Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanlarının Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” önemli bir diğer adım olmuş ve hizmet alanı büyütülmüştür. 22/05/2010 tarihindeki 27588 sayılı Resmi Gazete’de bulunan değişiklikle daha çok “özel” iması yapılmış, Kamu Özel Ortaklığı alanı genişletilmiştir. 01/07/2011 tarih 27981 sayılı Resmi Gazete’de bulunan değişiklikle özel sektörü daha çok teşvik eden uygulamaya gidilmiştir. Konu olan yönetmeliklerin, iptali sonrasında yapılan düzenlemelerin kanunlaştırılması yöntemi benimsenmiştir. “Sağlık Bakanlığı’na Kamu Özel Ortaklığı Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” ile hizmet satın alınmasının uygulama alanı büyütülmüş ve sağlık hizmetleri bölümünde bulunan “hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” düzenlemesinin yolu açılmıştır..

Hastane ve sağlık kampüsleri alanında, Yap-Kirala-Devret modelinin İngilterede uygulanmakta olan PFI modelinden finansmanın sağlanması anlamında farklılaştığını vurgulamaktadır. İngiltere’de KÖO finansmanı “kullanıcılar” (yurttaşlar) tarafından sağlanırken, Türkiye’de kamu tarafından sağlanmaktadır. Ülkelerarası farklılık gösteren harcama değeri kavramı İskoçya’da hizmet yatırımı esasında kullanılırken; Avustralya’da yatırımlar bittikten sonra gelir getirici faaliyetler çerçevesinde kullanılmaktadır. (Güngör, 2012:14). Bu doğrultuda hastanelerin kamu yerine özel sektör tarafından yapılması durumunda ortaya çıkan tasarruflar İskoçya’daki gibi harcama değerine; şehir hastanelerinin tamamlanması ile birlikte

hastane hizmetleri kapsamında alışveriş merkezi, otelcilik, hastane kampüsü içinde yer alan özel sektör için gelir getirici faaliyetlerin yapılması (TTB, 2012: 8) ise Avustralya'daki sisteme örnek gösterilebilir.

Devletin yaptığı yatırım faaliyetlerinin KÖO uygulamalarından farkı oluşacak riskin özel sektöre ne oranda transfer edileceği ile anlaşılabilir. Buradaki risk (TTB, 2012: 20) kavramı yasal, siyasi ve ticari olmak üzere üç kategoride incelenir. Kamu yasal ve siyasi riskleri üstlenirken özel sektör ticari riskleri üstlenecektir. Ticari risk tüketici kararlarına bağlıdır ve talep değişikliklerinden etkilenirken kamu politik davranarak yatırım için gerekli olan kamuoyu desteğini sağlar. KÖO modelinin yaygınlaşmasında kaynakların verimli kullanımı hususunda uluslararası örgütlerin baskıları, kamu kaynakları üzerindeki mali baskının artması kamu projelerinin yüksek harcama değerine ulaştırılması isteği gibi gerekçeler yer almaktadır. (Güngör, 2012:4). Ancak Türkiye'de uygulanan KÖO (PFI modelinin ülkemize uyarlanmış hali olmasıyla birlikte) finansmanındaki "döner sermaye" ve "genel bütçe" ödemeleri tartışmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelere ödenen döner sermaye bütçeleri genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında toplanan primlerden, yani direk olarak "kullanıcı" (yurttaşların) katkılarından oluşmaktadır. GSS kapsamında ortaya çıkan bütçe açıkları ilaç, muayene, reçete katkı payları gibi ödemelerle "kullanıcılar" aracılığıyla kapatılmaya çalışılmaktadır.

Yapılan ödemelerin genel bütçe ayağını ise Devletin zor gücünü kullanarak elde ettiği vergiler oluşturmakta; yurttaşların direk katkısı söz konusu olmaktadır.

### **1.5. Türkiye'de Şehir Hastaneleri Projeleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programı felsefesinin hastaneler üzerine kurulu olduğu ifade edilmelidir. Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalamak adına yapılan girişimler hastanelerin işletme haline getirilmesi esasına dayanmaktadır. Sağlıkta maliyet etkin politikalar çerçevesinde hastanelerin gelir ve giderlerine göre bir performans doğrultusunda işletilmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda kurgulanması aynı zamanda özel sektörün alanda teşvik

edilmesini gerektirmiştir. Bu doğrultuda Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-kur, Emekli Sandığı ve gibi sosyal birimlerin özel sektörden aldığı hizmetlerin kapsamı genişletilmiştir. Türkiye, sağlık sektörünün dünyadaki gelişmelerini yakından takip etmektedir. Sağlık sektöründeki gidişat, halkın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, aynı zamanda sağlıkla ilgili risklerin azaltılması ve bu risklerden bireyleri korumanın yollarının araştırılıp tespit edilmesi üzerine tasarlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014).

Entegre Sağlık Kampüsleri Kamu-Özel Ortaklığı Modeliyle meydana gelmiş ve çok büyük finansman gerektiren projelerdir. Diğer adıyla şehir hastaneleri diye adlandırılan bu sağlık kampüslerinin Türkiye’ de geçmişte yaşanmış sağlık problemlerinin çözüme kavuşturulması gibi bir amacı olduğu söylenebilmektedir. Hastalara daha nitelikli hizmet sunmak amacıyla yapılan ve son derece konforlu olan entegre sağlık tesislerinin yapısı bu modelin tercih edilmesinin sebebi olduğu düşünülebilir. Hasta yakınlarının 5 yıldızlı otel konforunda konaklayabileceği odaların yapılması ve yatak kapasitesinin maksimum sayıya çıkarılması hedeflenmiştir. Bunların dışında şehir hastanelerinin ileri teknoloji laboratuvarlar, son derece gelişmiş düzeyde araştırma merkezleri sektöre rahatlık sağlayacaktır. Bunların yanı sıra hasta ve yakınlarının yararlanabileceği fonksiyonel sosyal tesisler, medikal otellerde konaklama olanakları, alışveriş merkezi gibi yapılar bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti göz önünde bulundurularak otopark ve peyzaj alanları, Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczaneler, kreşler yapılmıştır (Yılmaz ve Karakaş, 2011, s.44). Anlaşıldığı üzere özel sektör bu projelerde sağlık hizmetinin sunumundan ziyade finansman ve tesislerin inşası gibi durumlarda bulunurken devlet sağlık hizmetinin sunucusu konumundadır. Yani devletin özel sektörle birlikte üstlendiği uygulamalarda sadece hekimlik hizmetini verecek, diğer hizmetleri özel sektör üstlenecektir (Yücel, 2009: s.y).

Türkiye genelinde 29 ilde, 34 şehir hastaneleri yapımı planlanmaktadır. Bu illerin belirlenmesinde ilin mevcut kamu hastanelerin yatak doluluk muayene sayısı, ilin (sağlık) gelişmişliği, ildeki mevcut hastanelerin konumu yeterliliği nüfusun yoğunluğu gibi fizibilite çalışmalarının yapılmadığı popülist politikalar ile illerin

belirlendiği görülmektedir. Bu şehir hastaneleri ile 42.199 yatak kapasitesine ulaşılacak istenmektedir.

Türkiye’de SB’ye bağlı 850 kamu hastanesinin toplam kapalı alanı 19 milyon m<sup>2</sup>, yatak sayısı ise 137 bindir. Açılan 34 şehir hastanesinin toplam kapalı alanı tüm SB hastanelerinin toplam kapalı alanının %74’ü kadar olup 14 milyon m<sup>2</sup>’dir. Yatak sayısı ise 42.199 olup toplam SB hastaneleri yataklarının %30’u kadardır. SB yatak başına 138 m<sup>2</sup> düşerken şehir hastanelerinde yatak başına 331 m<sup>2</sup> düşmektedir.

### **1.6. Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması**

Sağlıkta bölge planlaması Behçet Uz dönemine kadar götürülebilir. SDP ile birlikte sağlıkta hizmet bölgeleri fikri uygulamaya konulmuştur. Yatak kullanımının verimli olmadığı düşüncesiyle sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlıkta bölgesel dengesizliklerin ortadan kaldırılması amacıyla 2010 yılında sağlıkta bölge planlamasına geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı belgelerde yer aldığı üzere (2010/50 – 27132 Sayılı Genelge) Türkiye sağlık alanında 29 hizmet bölgesine ayrılmış hiçbir il bölge dışında bırakılmamıştır. “29 sağlık hizmet bölgesi hasta akışı, bölge ihtiyacı, ulaşılabilirlik, bölgenin coğrafi, sosyo-ekonomik yapısı göz önünde bulundurularak belirlenmiştir.” Ancak hizmet bölgelerinin bu kriterler üzerinden oluşturulması politika belgelerinde yer aldığı gibi olmamış aksine tek kriter nüfus olarak belirlenmiştir. Nüfusun toplulaştırıldığı bölgelere şehir hastaneleri yapmak sermaye grupları açısından hizmet edilecek sayıyı garanti altına almak anlamına gelmektedir. Yukarıda yer alan ifadelerin yanı sıra sağlıkta bölge planlamasının sonucu olan şehir hastaneleri bölgeler arası farklılıkların azaltılmasına değil rekabetin sağlanmasına dayanmaktadır. Örneğin bir il için ihtiyaç fazlası olarak inşa edilen hastaneler diğer bölgelerden hasta getirmek için kıyasıya rekabete gireceklerdir. Bu doğrultuda bölge planlaması hastanelere dağıtılan paranın toplulaştırılmasını, denetimini ve yönetilmesini gerektirmektedir. Aynı şekilde vatandaşların da şehir hastanelerine toplu olarak yönlendirilmesi ile (hasta sevk sistemi üzerinden) özel sektöre verilen yatak doluluk garantisi sağlanacaktır.



İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi (2682 yatak)

İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 yatak)

Kayseri Şehir Hastanesi (1584 yatak)

Kocaeli Şehir Hastanesi (1180 yatak)

Konya Şehir Hastanesi (838 yatak)

Manisa Şehir Hastanesi (560 yatak)

Mersin Şehir Hastanesi (1250 yatak)

Yozgat Şehir Hastanesi (475 yatak)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu & Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü Kamu-Özel Ortaklığı İşbirliği uygulamasına dair entegre kampüslerde yapılması gereken görevleri şu şekilde sıralayabiliriz (Karasu, 2011, s.185):

1. Özel sektörün tıbbi destek hizmetlerini belirli bir bedel karşılığında vermesi, aldığı kira bedelinin karşılığı olarak sağlık tesisinin yapımına başlaması.
2. Sağlık hizmeti sunulan tesislerin ve bu tesislere bağlı hizmet verilecek binaların restore edilmesi ve onarımına ilgili işlemler.
3. Temizlik, yemekhane ve güvenlik gibi tıbbi hizmet dışındaki devletin sunacağı hizmetlerinde gerçekleştirilmesi.
4. Tesislerde ihtiyaç duyulan tıbbi ekipmanların sağlanması.
5. Türkiye de tıbbi hizmetler direkt devlet tarafından yürütülmelidir. Sağlık Bakanlığının yaptığı araştırma sonucu 2010 yılında yayımlandığı rapor tarafından 2010 yılında yayımlanan araştırma raporu sonucuna göre Türkiye’de tıbbi hizmetlerin % 5’inin satın alınması yolu ile piyasadan tedarik edildiği belirtilmiştir (Akdağ, 2010, s.30).

### 1.7. Şehir Hastaneleri Mali Analiz, Proje ve Uygulama Örneği

**Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri Mali Analiz Örneği:** Türkiye’de uygulamaya konulan GSS ve özel sektörün GSS havuzundan aldığı payın artması ile

kamu hastanelerinin 2016 geliri 25 milyar olurken, giderleri 28 milyar olarak gerçekleşmiştir. Gelirlerinin %114'ü dolayında gider gerçekleşmiştir. Mevcut yapıda SDP kamu hastanelerini gelir oranlarına tavan uygulamasını dayatmış artan görüntüleme, ilaç ve tıbbi sarf giderleri gider tutarlarını arttırmıştır. Yapımı süren Bilkent Şehir Hastanesinin planlaması şu şekildedir: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi projesi kapsamında kapanacak hastanelerin toplam yatak sayısı 3.929 olup yatak doluluk oranları Türkiye ortalamasının üstünde %77-95 aralığındadır. Ankara ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin toplam doluluk oranları ise %65 düzeyindedir. Ankara'da mevcut tüm hastanelerin doluluk oranları %75'in altındayken bu hastanelerde boş yatak bulunmamaktadır. Bu durumdayken 3929 yatak kapasiteli hastanelerin kapatılarak şehrin dışına 3.704 yatak kapasiteli Bilkent ŞH'yi ilde yatak sorunu çıkaracaktır. Yatak bulamayan hastaların yönlendirileceği sektör özel sektör olacaktır. Örneğin Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH 300 yatak kapasiteli olup yatak doluluk oranı %95'in üzerindedir. Bu durum bu hastanenin açılacak şehir hastanesinde yatak sayısının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ancak Kalkınma Bakanlığı'na göre açılacak Bilkent ŞH projesinde Rehabilitasyon hastanesinin yatak sayısı 300'dür. Eğer yatak ihtiyacı doğrultusunda planlama yapılırsa bu verilerin göz ardı edilmesi bahsedilen sorunların giderilmemesine neden olacaktır.

Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü için idarenin düzenlediği raporda, toplam yatırım tutarı 1.970 milyon TL dir. İhale komisyonunun verdiği kararda senelik kira bedeli 240 milyon TL dir. Bu sayısal verilere göre 25 senede şirketlere ödenmesi gereken kira bedeli 6 milyar TL'dir (TTB, 2012). Ödenecek bedel üzerinden Bilkent Şehir Hastanesi değerlendirildiğinde kamunun her sene ödeyeceği kira bedelinden Bilkent Şehir Hastanesi'nin kamu kaynağıyla yapılması mümkündür. Bilkent Şehir Hastanelerinin yıllık kira bedeli 240 milyon TL iken kapanacak yedi hastanenin yıllık geliri 900 milyon dolaylarındadır. Bu hastanelerin giderleri ise 1.100 milyon dolaylarında gerçekleşmektedir. Mevcut giderlerin en büyük payını personel giderleri oluşturmakta olup ikinci olarak ilaç tıbbi sarf malzemeler oluşturmaktadır. Üçüncü olarak giderlerde ana kalemi hizmet alım giderleri oluşturmaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN VATANDAŞ VE SAĞLIK PERSONELİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

#### 2.1. Vatandaş Üzerindeki Etkiler

##### 2.1.1. Coğrafi Etkiler

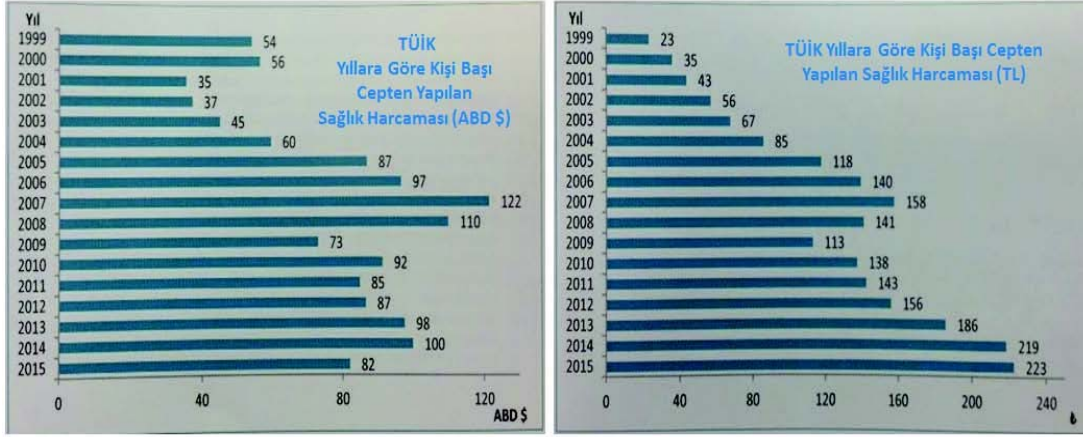
Şehir merkezlerindeki hastanelerin kapatılarak entegre sağlık kampüslerine taşınması halkın hastaneye ulaşımını zorlaştırabilir. Bir bölgede ve şehrin dışında planlanan şehir hastaneleri yaşlıların, engellilerin, uzak yerleşim yerlerinde ikamet eden insanların sağlık kampüslerine ulaşımında zorluk yaşamasına neden olabilir. Vatandaşın ikamet ettiği yerlere daha yakında bulunda kamu hastanelerinin kapanması acil sağlık hizmeti alınması gereken durumlarda bireylerin yerleşim yerlerine yakınlığı nedeniyle özel sağlık kuruluşlarına talebi artırabilir. ÇED raporunda bu olasılıkları doğrular niteliktedir.

Dünyadaki benzer uygulamalara bakacak olursak Ontario ve British Columbia'daki KÖO hastaneleri küçük yerleşim yerlerindeki hastaların ulaşmakta zaman zaman saatler süren yolculuklar yapmasını gerekli kılmıştır.

##### 2.1.2. Ekonomik Etkiler

2000 yılında sağlık hizmetlerinden yararlanma fiyatı yol ve ilaç katılım payından ibaret iken, Sağlıkta dönüşüm projesinin yarattığı ek finansman yükü ile yol ve ilaç katılım payına, reçete bedeli, muayene katılım bedeli gibi bedeller eklenmiştir.

TÜİK verilerine göre sağlık harcamalarının % 16,6 sını hane halkı karşılamaktadır. SDP reformlarının cepten sağlık harcamalarına etkisi aşağıda gösterildiği şekildedir.



Şekil 2: TÜİK Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması

Kaynak: TÜİK

### 2.1.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Hastanelerin 300 yatak sayısından az, 600 yatak sayısından fazla olmasının verimliliği düşürdüğü, yatak sayısındaki artışın hizmet etkinliğini artırmadığı ortaya konulmuştur.

Şehir hastanelerinde yatak başına 331 metrekare düşerken SB na bağlı hastanelerde yatak başına 138 metrekare alan düşmektedir. Bu yüksek alan verimsizliğe neden olabilir.

Yapılmış araştırmalara bakarak Mersin Şehir Hastanesi örneğine değinmek istiyorum. Mersin ilindeki en büyük iki hastane kapatılarak açılan Mersin şehir hastanesinde toplam hizmet alan hasta sayısı değişmemesine rağmen bina büyüklüğü çok artmış, bölümler arası ulaşımında sorunlar yaşandığı gözlemlenmiştir. Özellikle acil durumlarda uygulanan bir kod sistemi bulunmaktadır, ancak kod verildiği halde görevli ekip olay yerine zamanında ulaşmakta sorunlar yaşamıştır.

### 2.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Üzerindeki Etkiler

Hastaneler, çalışanlar ve hastalar için çok tehlikeli alanlardır. Sağlık çalışanları buldukları çalışma ortamında bir çok riskle karşı karşıyadır. Bu sebeple çalışma

ortamlarının sağlık koşullarına uygun olacak şekle getirilmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, karşılaşabilecekleri tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması yada en aza indirilmesi, çalışanların fizyolojik özelliklerine uygun çalışma düzeni, kullanılan materyallerin işe ve kullanan kişiye uyumunun gerçekleştirilmesi temel amaç olmalıdır.

şehir hastaneleri uygulaması ile ayrı ayrı yerlerde birbirinden bağımsız olarak çalışan birçok hastane tek bir kampüse taşınarak birbirinden farklı kurumların ve kurumsal yapıların iletişim kanallarıyla, kurum kültürüyle, sorunlarıyla bir çatı altında bir araya getirilerek aynı kampüs içinde bütünleşik olarak çalıştırılmaları söz konusu olan projelerdir. Yüzbinlerce sağlık çalışanının ücret, istihdam durumu, ulaşım, konut, çocuklarının eğitim durumu, iş alışkanlıkları gibi yaşamını şekillendiren önemli unsurlarla ilgili alınan kararlarda onların ve meslek temsilcilerinin göz ardı edilmesi, sağlık çalışanlarının sağlığına ve güvenliğine yönelik son zamanlardaki en ciddi saldırılardan biri olarak algılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanlarının sağlığının ve güvenliğinin sağlanması ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesinin en önemli koşullarından biri; güvenceli istihdam koşullarıyla çalıştırılan, yeterli sayıdaki sağlık emek gücünün varlığıdır. Türkiye halen Avrupa Birliği ortalamalarının gerisinde olsada sağlık sektöründe insan kaynakları açısından ciddi bir iyileşme olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Yıldırım 2013).

şehir hastaneleri; sermaye birikimine katkının esas olduğu şehir hastanelerinde çalışan sayısının göreli azlığı, kişi başına yapılan işlerin fazlalığı, iş yükü, ücretlerdeki değişiklikler ve ödenememe riski, zaman baskısı, şirketler nedeniyle emeğin bağımsız karar alma konusundaki sıkıntılarını, yönetsel çok-başlılık, ulaşım için ayrılan zamanın artması, taşerona verilecek işlerin artacağı yönlü kaygılar, mekanın büyüklüğü nedeniyle izolasyonun artması vb. nedenler psiko-sosyal riskler iş stresini artırabilir. İngiltere’de yaşanan deneyimler ve ülkemizde faaliyete geçen şehir hastaneleri, bazı sorularımıza cevap olmaktadır. İngiltere rneği verilirken ülkelerin iş yasaları, çalışanların aldıkları ücretler, çalışma saatleri, sosyal hakları, hemşire ve doktor oranları gibi sayısal veriler ve rakamlar hakkında da bilgi verilmeli ki nesnel bir değerlendirme yapılabilsin.

### 2.2.1. Esnekleşme Politikaları

#### Çalışma süresi esnekliği

Sağlıkta Dönüşüm Programının mali sürdürülebilirliği sağlık personeline çalışma süresi esnekliği olarak yansımıştır.

2002 yılında SB bünyesinde 22 bin uzman hekim görev yaparken, 2016 yılında %50 artış ile 38 bin uzman hekim görev yapmaktadır. Ayakta tedavi ve yatan hasta sayıları ise bu artışın üzerinde gerçekleşmiştir. 2002 yılında 4 milyon kişi yatarken 2016 bu sayı 7,5 milyon olarak gerçekleşmiştir. Ayakta tedavide ise 2002 yılında 109 milyon kişi muayenesi gerçekleşirken 2016'da bu sayı %200 üzerinde artış göstererek 336 milyon kişi olmuştur.

Kısacası SB'ye bağlı hastanelerde 2002 yılında kişi başı muayene sayısı 1,7 iken, 2016 4,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu artışlar çalışma süresinin esnekleşmesi ile sağlanmıştır.

#### İstihdam esnekliği

İstihdam temelli dönüşüm 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. 1980 sonrası personel rejimine yönelik ikinci kapsamlı düzenleme Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile yapılmak istenmiş olsa da Cumhurbaşkanlığı tarafından reddedilmiştir. Bu düzenlemeyle sağlık personelinin il özel idarelere ve belediyelere devri öngörülmüş ve bu hizmetlerin üçüncü kişilerden hizmet alımıyla karşılanabileceği ifade edilmiştir. Dünya Bankası 2008 yılında yapmış olduğu değerlendirmede "Hastanede çalışanların kamu çalışanı sınıfında olmayacağı ve bundan sonra sağlık sektöründe hayat boyu istihdam hakkının kalktığı vurgulanmaktadır." (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 44). Mevzuatta yapılan düzenlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde görev yapan memur kadrolarını eriterek tüm sağlık hizmetlerinin hizmet alım yöntemiyle gerçekleşmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç Anayasa Mahkemesi kararları ve Cumhurbaşkanlığı tarafından veto edilerek hayata geçmesi engellense de Kamu Özel Ortaklığı ve Şehir Hastaneleri Projeleri ile hayat bulmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı

uygulamalarıyla istihdam rejiminde memur kadroları yerine “taşeron” personel, Devlet’in yerini ise “yüklenici” (özel şirket) firmalar almaktadır. Mevcut yapıda sağlık hizmetlerinin sunumundan devlet çekilmekte olup memur sınıfı da tasfiye edilmektedir. KÖO’nun dayandığı temel argüman 4924 sayılı Kanunun 657 Sayılı Kanun’da yapmış olduğu değişikliktir. Bilindiği gibi Anayasanın 128. Maddesinde asli ve süreklilik gerektiren hizmetler devlet memurları eliyle yürütülebileceği ibaresi yer almaktadır.. Yani şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sınıfının taşeron hizmetler kapsamında hizmet alım yoluyla gördürülebileceği önündeki %5’lik kota kaldırılmıştır. Düzenleme ile hem bu rejimle çalıştırılacak personel sayısındaki sınırlama hem de çalıştırma alanlarındaki sınırlama kaldırılmıştır. KÖO kanununun 657 ve 4924 sayılı Kanunlarda yapmış olduğu değişiklik KÖO uygulanmasında personel rejimindeki esnekleşmenin önemini ortaya koymaktadır.

#### Ücret esnekliği

SDP döneminde artan sağlık harcamalarına rağmen SGK’nın sağlık harcamalarında oransal düşüşün ve gelir gider dengesinin nasıl sabit tutulduğunu sağlık emek gücünün geçim kaynağı olan maaş rejiminde yaşanan esnekleşme politikalarıyla açıklamaya çalışacağız. Genel itibariyle sağlık emek gücünün asgari ücretler karşısında maaşları 2000 yılı sonrası düşük tutularak sağlık emek gücünün performansa göre ödeme karşısında direnci kırılmış ve performansa göre ödemeye bağımlı kalınmıştır. Bunun karşısında uygulanan global bütçe ile performansa göre ödeme düzeyini belirleyen döner sermaye bütçesi enflasyon ve büyüme gibi gerçeklerin dışında tutularak sağlık personelinin gelirlerinde reel kayıplar yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin kamusal mallardan yarı kamusal ve özel mallara dönüşmesinin neden olduğu sağlık harcamalarında meydana gelen yükselişler bütçe politikalarıyla düzenlenmeye çalışılmıştır. Ortaya çıkan bütçe politikalarında meydana gelen verimlilik sorunları performansa göre ödeme yöntemiyle aşılmaya çalışılmıştır. Performansa dayalı ödeme esnekleşme politikalarının ücret esnekliği bölümünü oluşturmakta olup temel amacı mali sürdürülebilirliktir. Genel itibariyle sağlık hizmetlerinde uygulanan ücret politikası denetim ve yönetim aracı olarak kullanılmıştır. Bütçe temelli hedeflerin tutturulması

için ücretin yönetim aracı boyutu ortaya çıkmış ve düşük tutulan maaşlar karşısında performansa göre ödemenin güdüleyici özelliği kullanılmıştır.

Kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan genel bütçeden döner sermayeye geçiş birincil bölüşüm ilişkisi doğrultusunda kar-ücret ilişkisini kamu sağlık hizmetlerine taşımış ve hastaneleri bütçe temelli özerkleştirmiştir.

Bu dönem artan sağlık hizmetleri tüketimine rağmen SGK'nın yaptığı sağlık harcamaları %46'dan %41'e düşmüş ve gelir gider dengesi %60 düzeyinde seyretmiştir. Bu rakamlara göre SGK Global bütçe de yapmış olduğu telkin tutarları ile kamu sağlık personelinin gelirlerinde ana unsur olan döner sermaye bütçesinde baskıya neden olmuştur. Nitekim 2002 yılında SB bütçesindeki personel harcamalarının payı %66 iken 2013'te %67 düzeyinde kalmıştır. Bu durum SDP döneminde artan sağlık harcamalarının faturasının sağlık emek gücüne çıkarıldığını göstermektedir.

SDP döneminde reformların etkisiyle artan sağlık harcamalarının sağlık personelinin gelir düzeyinde yapmış olduğu etkiden yola çıkarak KÖO ve Şehir hastaneleri projelerinin kamu sağlık personeli üzerindeki ücret esnekliği politikalarını artıracığı, maliyet baskısıyla reel gelirlerde düşmeye neden olacağı ve bu hizmet alanlarının bütünüyle taşeronlaşacağını öngörmekteyiz. Finansman olarak tasarruf alanı olarak görülen sağlık emek gücüne daha düşük ücretler ile çalıştırmak için kamunun tüm sağlık hizmetlerini yükleniciden sağlayarak yüklenicilerin daha düşük ücret rejimine sahip taşeronlaşma eğilimine yönleneceğini söyleyebiliriz. Son dönemde artan sağlık personeli yetiştirme politikaları, yabancı hekim ve sağlık personeli çalıştırma sağlık hizmetlerinde ortaya çıkacak taşeronlaşma eğilimi karşısında emek arzını arttırma yönündeki politikalardan kaynaklanmaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BİREYLERİN ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlıkta Dönüştürme Programı ile birlikte atılan adımların birer reform olduğu kabul edilmesi gereken bir gerçektir. Kimi zaman sağlık alanında uygulamaya konulan programlar eleştiriliyor olsa bile, getirilen her düzenlemenin baştan aşağı yenilenmeye çalışılan bir sistem için yapıldığı ortadadır. Şehir hastaneleri uygulamalarının başarılı yada başarısız olduğuna dair değerlendirme yapabilmek için proje tüm yönleriyle ele alınmalıdır. Atılacak her adım, verilecek hizmet ülkenin bir ucundan diğer bir ucuna herkesi ilgilendirmektedir. Yalnızca bir kesimin menfaatleri tepe noktaya çıksın, yoksa tüm Türkiye gözetilerek mi standartlar uygulansın çok iyi araştırılıp değerlendirilmelidir. Çalışmanın amacı Kamu Özel Ortaklığı Modeli devamı olan şehir hastaneleri hakkında toplumun beklentilerini araştırmak, bireyler arasındaki bilgi ve düşünce farklarını incelemek, şehir hastaneleri uygulamaya konulmaya başlamadan önceki tutumlarını ve görüşlerini detaylı bir şekilde analiz etmektir.

#### 3.1.1. Problem ve Alt Problemler

##### Araştırmanın problem cümlesi:

Ankara ilinde yaşayan bireylerin ve sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri ile ilgili görüşlerini belirlemek, benzerlik ve farklılıkları analiz etmek.

#### 3.1.2. Sayıtlar

Araştırmamızın evreni temsil eden Ankara ilinde yaşayan bireylerin ve sağlık çalışanlarının sorulara özgün ve samimi yanıt verdiği kabul edilmiştir. Uygulanan Anket çalışması gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Bu nedenle sorular da objektif kriterler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Anket uygulaması dahilinde hedef

kitle, sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları ve vatandaşlar olarak belirlenmiştir. Katılımcıların soruları cevaplarırken tedirgin olmaması ve baskı altında hissetmemesi için hiç bir şekilde katılımcıların kişisel bilgileri alınmamıştır.

### 3.2. Araştırmanın Yöntemi

443 kişinin verdiği cevaplar IBM SPSS Statistics 23 yazılımına aktarılarak analizler yapılmıştır. Bu sırada sayısal değişkenlerin betimleyici istatistikleri (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), kategorik değişkenlerin de sıklıkları (sayı, yüzde) verilmiştir.

5'li likert 23 maddeden oluşan şehir hastanesi ile ilgili görüşlerin oluşturduğu yapının faktörlere ayrılması açımlayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken yöntem olarak "Temel Bileşenler Analizi" ve döndürme olarak "Varimax"tan faydalanılmıştır. Oluşan yapıların iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yorumlanmıştır.

İki gruptan oluşan değişkenlerde (örneğin cinsiyet) gruplar arasındaki farklılıklar Bağımsız Örnekleme t Testi, ikiden fazla gruptan oluşan değişkenlerde (örneğin eğitim düzeyi) gruplar arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yardımıyla özömlenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulandığında grupları arasında farklılık çıkması sonucunda farklı grupları tespit edebilmek için ikili karşılaştırma yöntemi olan "Tukey" testi yorumlanmıştır.

### 3.3. Veri Toplama Aracı

Veriler, birinci derece veri toplama yöntemlerinden olan anket yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmanın amacına uygun olacak şekilde iki ayrı anket formu oluşturulmuş, Ankara İli'nde ikamet eden sağlık çalışanı olmayan vatandaşlara ve sağlık çalışanlarına internet ortamında ulaştırılmıştır.

Çalışmada kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. şehir hastaneleri ile ilgili görüşlerin belirlenmesi amacıyla 5'li Likert şeklinde hazırlanan sorulara, Sosyo-

demografik özellikleri belirlemek için sorulan sorulara yalnızca sağlık çalışanlarına yöneltilen 5'li likert tipi sorulara yer verilmiştir.

Kesinlikle katılıyorum (1), Katılıyorum (2), Fikrim yok(3), Katılmıyorum (4), Kesinlikle Katılmıyorum (5) şeklinde kodlanmış ve puanlanmıştır.

### 3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde yaşayan sağlık çalışanı olmayan vatandaşlar ve sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklemimizi ise 446 sağlık çalışanı ve 440 sağlık çalışanı olmayan vatandaşlarımız oluşturmaktadır. Belli evrenler için kabul edilen örneklem büyüklükleri göz önünde tutulduğunda elde edilen anket verileri evreni temsil etmesi açısından yeterli görülmüştür.

### 3.5. Analiz ve Bulgular

#### 3.5.1. Şehir Hastaneleri İle İlgili İfadeler İçin Faktör Analizi ve Güvenirlikler

**Tablo 2:** Açımlayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlikler

	Faktör Yüğü	Açıklama Oranı	Cronbach Alfa
<b>Negatif Etki</b>		%28,509	0,930
Halktan alınan vergiler artacaktır	0,867		
Sağlık harcamaları artacaktır	0,847		
Şehir hastaneleri projesi kamuyu borç yüküne sokacaktır	0,839		
Birçok eğitim-araştırma hastanesinin kapanması sağlık personelinin eğitimini olumsuz etkileyecektir	0,782		
Bireyler şehir hastanelerine ulaşımında zorluklar yaşadığı için yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih etmeye başlayacaktır	0,774		
Bazı tıbbi işlemlerin yetkisinin şehir hastaneleri ile sınırlı tutulması hakkaniyet ve verimliliğe aykırı bir ortam oluşturacaktır	0,762		
Yatak kapasitesinin fazla olması hastane yönetiminde zorluklar yaratacaktır	0,716		
Özel sağlık sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır	0,705		

**Tablo 2. (Devam) Açımlayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlikler**

	Faktör Yüğü	Açıklama Oranı	Cronbach Alfa
Şehir hastanelerine ulaşım sorunu şehir merkezindeki özel hastanelere olan acil sağlık hizmetlerine talebi artıracaktır	0,701		
Şehir hastaneleri kapasite kullanımını artırabilmek için yabancı hastalara yönelecektir	0,658		
Şehir hastanelerinin şehir merkezine olan uzaklığı hastaların hizmete ulaşımı açısından olumsuzluklar doğuracaktır	0,628		
<b>Pozitif Etki</b>		%21,662	0,922
Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut yatak sayısı artacaktır	0,866		
Hizmet yelpazesi genişleyecektir	0,860		
Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla poliklinik sayısı ve muayene olan hasta sayısı artacaktır	0,854		
Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesi artacaktır	0,818		
Geniş ve ferah hastane yapılarıyla odalardaki yatak sayısı azaltılarak enfeksiyon hastalıkları riski azalacaktır	0,809		
Şehir hastaneleri daha profesyonel bir ekip tarafından yönetilecektir	0,741		
Kampüs olmanın sağladığı, ihtiyaç duyulduğunda özel dal hastanelerine daha kolay ulaşım imkanları doğacaktır	0,634		
<b>Sağlık Turizmine ve Rekabet Etkisi</b>		%16,211	0,885
Nadir hastalıkların tanı ve tedavisinde yeterli kapasitenin geliştirilmesi durumunda, sağlık turizmi için bölgesel bir potansiyel oluşacaktır	0,868		
Şehir hastaneleri sağlık turizmi alanında rol alacaktır	0,832		
Şehir hastaneleri uygulaması ile hastanelerde teknolojik alt yapıda iyileşme sağlanacaktır	0,772		
Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracaktır	0,701		
Şehir hastaneleri ile rekabet içinde olan özel sağlık sektörü; varlığını sürdürebilmek için mevcut kalitesini artırmanın yollarını arayacaktır	0,681		
<b>Toplam</b>		%66,382	0,882
<b>KMO=0,900 Bartlett's p=0,000</b>			

Araştırmaya katılan 947 kişiden 61 kişi şehir hastanesi ile ilgili bilgisi bulunmadığına dair seçeneği işaretlediği için bu kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 443 kişinin Şehir Hastanesi ile ilgili görüşlerini ölçen 23 maddeden oluşan yapıya verdikleri cevaplar üzerinden açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Uygulanan faktör analizi öncesinde KMO ve Bartlett test sonuçları incelenmiştir. Buna göre 23 maddeden oluşan yapıya açımlayıcı faktör analizi uygulayabilmek için 443 örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür (KMO=0,900). Bartlett testi sonucuna göre ise bu 23 maddeye açımlayıcı faktör analizi uygulanabileceği sonucuna varılmıştır (p=0,000).

Açımlayıcı faktör analizinde “Temel Bileşenler Analizi” yöntemi uygulanmış ve “Varimax” döndürmesinden yararlanılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda Şehir Hastanesi hakkındaki görüşleri ölçen 23 maddenin 3 faktöre ayrıldığı görülmüştür. 11 maddeden oluşan 1.faktör toplam yapının %28,509’unu açıklamaktadır. 1.faktörde şehir hastanesi ile ilgili olumsuz görüşlerin olduğu maddeler bir araya toplandığı için bu faktöre negatif etki faktörü denilmiştir. 7 maddeden oluşan 2.faktör toplam yapının %21,662’sni açıklamaktadır. 2.faktörde şehir hastanesi ile ilgili olumlu görüşlerin olduğu maddeler bir araya toplandığı için bu faktöre pozitif etki faktörü denilmiştir. 5 maddeden oluşan 3.faktör toplam yapının %16,211’ini açıklamaktadır. 3.faktörde şehir hastaneleri uygulamasının sağlık turizmine ve rekabete etkisi ile ilgili maddeler bir araya toplandığı için bu faktöre sağlık turizmine ve rekabete etki faktörü denilmiştir. Bu 3 faktördeki maddelerin faktör yükleri incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,500’ün üzerinde olduğu ve 1’den fazla faktöre 0,500’ün üzerinde yüklenen madde olmadığı görülmüştür.

Açımlayıcı faktör analizinden sonra faktörlere ve toplam yapıya güvenilirlik analizi uygulanmış ve güvenilirliklerin yüksek düzeyde oldukları görülmüştür. 11 maddeden oluşan “Negatif Etki” faktörünün Cronbach Alfa katsayısı 0,930, 7 maddeden oluşan “Pozitif Etki” faktörünün Cronbach Alfa katsayısı 0,922, 5 maddeden oluşan “Sağlık Turizmi Ve Rekabete Etkisi” faktörünün Cronbach Alfa katsayısı 0,885 ve 23 maddeden oluşan tüm yapının Cronbach Alfa katsayısı ise 0,882’tir. Hiçbir maddenin Cronbach Alfa katsayısını düşürmediği görülmüştür.

### 3.5.2. Vatandaşlar İle İlgili Analizler

**Tablo 3:** Şehir Hastaneleri ile İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklara Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Sağlık Bakanlığı	92	20,9
Sosyal Medya	142	32,3
Kitle İletişim Araçları	206	46,8
<b>Toplam</b>	<b>440</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan vatandaşların %20,9'u şehir hastanesi ile ilgili bilgiyi Sağlık Bakanlığında öğrenmiş iken %32,3'ü Sosyal Medya ve %46,4'8'i ise Kitle İletişim Araçları vasıtasıyla öğrenmiştir.

**Tablo 4:** Cinsiyete Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Kadın	119	54,1
Erkek	101	45,9
<b>Toplam</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan vatandaşların %54,1'i kadın ve %45,9'u ise erkektir.

**Tablo 5:** Yaşa Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
20-29 Yaş	158	35,9
30-39 Yaş	198	45,0
40 Yaş ve Üzeri	84	19,1
<b>Toplam</b>	<b>440</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan vatandaşların %35,9'u 20-29 yaş grubunda iken %45'i 30-39 yaş grubunda ve %19,1'i ise 40 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Vatandaşların yaş ortalaması  $33,40 \pm 7,221$ 'dir.

**Tablo 6:** Medeni Duruma Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Evli	252	57,3
Bekar	188	42,7
<b>Toplam</b>	<b>440</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan vatandaşların %57,3'ü evli ve %42,7'si ise bekadır.

**Tablo 7:** Eğitim Durumlarına Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Ortaöğretim	18	4,1
Ön Lisans	46	10,5
Lisans	278	63,2
Yüksek Lisans	88	20,0
Diğer	10	2,3
<b>Toplam</b>	<b>440</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan vatandaşların %4,1'inin eğitim durumu ortaöğretim iken %10,5'inin ön lisans, %63,2'sinin lisans, %20'sinin yüksek lisans ve %2,3'ünün ise diğerdir.

**Tablo 8:** Düzenli Olarak Sosyal Medya Kullanma Durumlarına Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Evet	382	86,8
Hayır	58	13,2
<b>Toplam</b>	<b>440</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık vatandaşların %86,8'i düzenli olarak sosyal medya kullanmaktadır.

**Tablo 9:** Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

(n=440)	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Negatif Etki	3,60	0,957	1,00	5,00
Pozitif Etki	3,72	1,067	1,00	5,00
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	3,69	0,995	1,00	5,00

Araştırmaya katılan vatandaşların “Negatif Etki” düzeyi  $3,60 \pm 0,957$  iken “Pozitif Etki” düzeyi  $3,72 \pm 1,067$  ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi” düzeyi ise  $3,69 \pm 0,995$ 'dir.

**Tablo 10:** Şehir Hastaneleri Bilgi Kaynaklarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.Sağlık Bakanlığı	92	3,62	1,063	0,349	0,706	-
	2.Sosyal Medya	142	3,52	0,932			
	3.Kitle İletişim Araçları	206	3,65	0,930			
Pozitif Etki	1.Sağlık Bakanlığı	92	3,61	1,205	0,835	0,435	-
	2.Sosyal Medya	142	3,65	1,091			
	3.Kitle İletişim Araçları	206	3,82	0,983			
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.Sağlık Bakanlığı	92	3,92	0,897	3,453	<b>0,033*</b>	1-2
	2.Sosyal Medya	142	3,46	1,104			
	3.Kitle İletişim Araçları	206	3,75	0,932			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda vatandaşların şehir hastaneleri bilgi kaynaklarına göre “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili bilgi kaynağı Sağlık Bakanlığı olan vatandaşların “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etki” düzeyleri bilgi kaynağı sosyal medya olan vatandaşlardan anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 11:** Cinsiyete Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Kadın	238	3,65	0,942	0,750	0,454
	Erkek	202	3,55	0,977		
Pozitif Etki	Kadın	238	3,69	1,066	-0,432	0,666
	Erkek	202	3,75	1,071		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Kadın	238	3,58	1,012	-1,764	0,079
	Erkek	202	3,82	0,964		

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda kadın ve erkek vatandaşlar arasında “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 12:** Yaşa Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Negatif Etki	1.20-29 Yaş	158	3,57	0,973	0,467	0,627
	2.30-39 Yaş	198	3,67	0,900		
	3.40 Yaş ve Üzeri	84	3,51	1,063		
Pozitif Etki	1.20-29 Yaş	158	3,91	1,030	2,290	0,104
	2.30-39 Yaş	198	3,57	1,028		
	3.40 Yaş ve Üzeri	84	3,73	1,186		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.20-29 Yaş	158	3,70	0,974	0,832	0,436
	2.30-39 Yaş	198	3,62	1,001		
	3.40 Yaş ve Üzeri	84	3,85	1,023		

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda yaş gruplarına göre “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 13:** Medeni Durumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Evli	252	3,50	0,909	-1,834	0,068
	Bekar	188	3,74	1,007		
Pozitif Etki	Evli	252	3,71	1,062	-0,185	0,853
	Bekar	188	3,74	1,078		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Evli	252	3,60	0,992	-1,642	0,102
	Bekar	188	3,82	0,990		

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda evli ve bekar vatandaşlar arasında “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 14:** Eğitim Durumuna Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Negatif Etki	1.Ortaöğretim	18	3,62	1,182	0,305	0,875
	2.Ön Lisans	46	3,46	0,917		
	3.Lisans	278	3,65	0,964		
	4.Yüksek Lisans	88	3,53	0,872		
	5.Diğer	10	3,47	1,492		
Pozitif Etki	1.Ortaöğretim	18	4,16	1,271	0,738	0,567
	2.Ön Lisans	46	3,74	1,183		
	3.Lisans	278	3,68	1,089		
	4.Yüksek Lisans	88	3,81	0,874		
	5.Diğer	10	3,26	1,162		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.Ortaöğretim	18	4,13	1,334	0,628	0,643
	2.Ön Lisans	46	3,61	0,981		
	3.Lisans	278	3,70	1,025		
	4.Yüksek Lisans	88	3,60	0,847		
	5.Diğer	10	3,88	0,867		

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda vatandaşların yaş gruplarına göre “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 15:** Düzenli Sosyal Medya Kullanım Durumlarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Evet	382	3,63	0,956	1,288	0,199
	Hayır	58	3,39	0,951		
Pozitif Etki	Evet	382	3,74	1,074	0,645	0,520
	Hayır	58	3,60	1,028		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Evet	382	3,72	0,978	1,003	0,317
	Hayır	58	3,52	1,105		

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda düzenli olarak sosyal medya kullanan ve kullanmayan vatandaşlar arasında “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

### 3.5.3. Sağlık Çalışanları İle İlgili Analizler

**Tablo 16:** Mesleklere Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Hekim	96	21,5
Hemşire	230	51,6
Sağlık Teknikeri	84	18,8
İdari Personel	10	2,2
Diğer	26	5,8
<b>Toplam</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %51,6'sının mesleği hemşire iken %21,5'i hekim, %18,8'i sağlık teknikeri, %5,8'i diğer meslekler ve %2,2'si ise idari personeldir.

**Tablo 17:** Hizmet Yıllarına Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
1-5 Yıl	146	32,7
6-10 Yıl	106	23,8
11-15 Yıl	112	25,1
16 Yıl ve Üzeri	82	18,4
<b>Toplam</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %32,7'sinin hizmet yılı 1-5 yıl grubunda iken %23,8'inin 6-10 yıl, %25,1'inin 11-15 yıl ve %18,4'ünün ise 16 yıl ve üzeri yıldır.

**Tablo 18:** Görevlere Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Yönetici	44	9,9
Sağlık Çalışanı	402	90,1
<b>Toplam</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %90,1'i sağlık çalışanı, %9,9'u ise yöneticidir.

**Tablo 19:** Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Sağlık Bakanlığı	318	71,3
Özel Hastane	72	16,1
Üniversite Hastanesi	56	12,6
<b>Toplam</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %71,3'ü Sağlık Bakanlığında çalışmakta iken %16,1'i özel hastane ve %12,6'sı ise üniversite hastanesinde çalışmaktadır.

**Tablo 20:** Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Ortaöğretim	22	4,9
Ön Lisans	62	13,9
Lisans	230	51,6
Yüksek Lisans	96	21,5
Diğer	36	8,1
<b>Toplam</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %4,9'unun eğitim düzeyi ortaöğretim iken %13,9'unun ön lisans, %51,6'sının lisans, %21,5'inin yüksek lisans ve %8,1'inin ise diğer eğitim düzeylerindedir.

**Tablo 21:** Düzenli Olarak Sosyal Medya Kullanma Durumlarına Göre Dağılımlar

	Sayı	Yüzde
Evet	398	89,2
Hayır	48	10,8
<b>Toplam</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %89,2'si düzenli olarak sosyal medya kullanmaktadır.

**Tablo 22:** Faktörlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

(n=223)	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Negatif Etki	3,97	0,881	1,27	5,00
Pozitif Etki	3,10	0,957	1,00	5,00
Sağlık Turizmüne ve Rekabete Etkisi	3,78	0,814	1,00	5,00

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “Negatif Etki” düzeyi  $3,97 \pm 0,881$  iken “Pozitif Etki” düzeyi  $3,10 \pm 0,814$  ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi” düzeyi ise  $3,78 \pm 0,814$ ’tür.

**Tablo 23:** Mesleklere Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.Hekim	96	4,11	0,725	1,773	0,321	-
	2.Hemşire	230	3,92	0,950			
	3.Sağlık Teknikeri	84	4,07	0,897			
	4.Diğer	36	3,72	0,728			
Pozitif Etki	1.Hekim	96	2,89	0,666	2,858	<b>0,038*</b>	1-4
	2.Hemşire	230	3,06	1,128			
	3.Sağlık Teknikeri	84	3,24	0,724			
	4.Diğer	36	3,60	0,694			
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.Hekim	96	3,69	0,708	0,532	0,661	-
	2.Hemşire	230	3,78	0,888			
	3.Sağlık Teknikeri	84	3,90	0,760			
	4.Diğer	36	3,77	0,727			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda meslek gruplarına göre hizmet sunumunun “Pozitif Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre diğer meslek grubundaki kişilerin hizmet sunumunun “Pozitif Etki” düzeyleri hekimlerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 24:** Hizmet Yıllarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.1-5 Yıl	146	4,03	0,741	7,097	0,000*	4-3,2,1
	2.6-10 Yıl	106	4,06	0,714			
	3.11-15 Yıl	112	4,21	0,850			
	4.16 Yıl ve Üzeri	82	3,44	1,131			
Pozitif Etki	1.1-5 Yıl	146	3,25	0,738	11,522	0,000*	2-4 3-1,2,4
	2.6-10 Yıl	106	3,05	0,831			
	3.11-15 Yıl	112	2,59	1,069			
	4.16 Yıl ve Üzeri	82	3,63	0,970			
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.1-5 Yıl	146	3,81	0,682	2,579	0,055	-
	2.6-10 Yıl	106	3,80	0,772			
	3.11-15 Yıl	112	3,95	0,836			
	4.16 Yıl ve Üzeri	82	3,49	0,990			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda hizmet yılı gruplarına göre hizmet sunumunun “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre hizmet yılı 16 yıl ve üzeri grubunda olan sağlık çalışanlarının “Negatif Etki” düzeyleri hizmet yılı 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür.

**Tablo 25:** Görevlere Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Yönetici	44	3,93	1,067	-0,249	0,803
	Sağlık Çalışanı	402	3,98	0,861		
Pozitif Etki	Yönetici	44	3,10	0,820	0,001	1,000
	Sağlık Çalışanı	402	3,10	0,973		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Yönetici	44	3,83	0,772	0,263	0,793
	Sağlık Çalışanı	402	3,78	0,820		

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda sağlık çalışanı ve yöneticiler arasında “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 26:** Çalışılan Kurumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Negatif Etki	1.Sağlık Bakanlığı	318	3,98	0,858	1,425	0,243
	2.Özel Hastane	72	4,13	0,667		
	3.Üniversite Hastanesi	56	3,75	1,191		
Pozitif Etki	1.Sağlık Bakanlığı	318	3,10	0,998	0,067	0,935
	2.Özel Hastane	72	3,08	0,846		
	3.Üniversite Hastanesi	56	3,16	0,877		
Sağlık Turizm ve Rekabete Etkisi	1.Sağlık Bakanlığı	318	3,79	0,839	1,179	0,309
	2.Özel Hastane	72	3,91	0,609		
	3.Üniversite Hastanesi	56	3,59	0,889		

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda çalışılan kurumlara göre “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizm ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 27:** Eğitim Düzeylerine Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.Ortaöğretim	22	3,75	1,139	2,623	<b>0,036*</b>	1-5
	2.Ön Lisans	62	4,27	0,600			
	3.Lisans	230	3,85	0,951			
	4.Yüksek Lisans	96	3,98	0,864			
	5.Diğer	36	4,38	0,368			
Pozitif Etki	1.Ortaöğretim	22	2,78	0,997	0,698	0,594	-
	2.Ön Lisans	62	3,24	0,886			
	3.Lisans	230	3,10	1,067			
	4.Yüksek Lisans	96	3,18	0,738			
	5.Diğer	36	2,92	0,838			
Sağlık Turizm ve Rekabete Etkisi	1.Ortaöğretim	22	3,75	0,988	0,196	0,940	-
	2.Ön Lisans	62	3,85	0,743			
	3.Lisans	230	3,78	0,899			
	4.Yüksek Lisans	96	3,80	0,590			
	5.Diğer	36	3,64	0,836			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda eğitim düzeyleri gruplarına göre “Negatif Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre eğitim düzeyi diğer(doktora) grubunda olan sağlık çalışanlarının hizmet sunumunun “Negatif Etki” düzeyleri eğitim düzeyi ortaöğretim olan sağlık çalışanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 28:** Düzenli Sosyal Medya Kullanım Durumlarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Evet	398	3,99	0,896	0,651	0,516
	Hayır	48	3,86	0,756		
Pozitif Etki	Evet	398	3,09	0,980	-0,630	0,529
	Hayır	48	3,22	0,745		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Evet	398	3,84	0,804	3,257	<b>0,001*</b>
	Hayır	48	3,28	0,736		

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda düzenli olarak sosyal medya kullanan ve kullanmayan sağlık çalışanları arasında “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre düzenli olarak sosyal medya kullanan sağlık çalışanlarının “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri düzenli olarak sosyal medya kullanmayan sağlık çalışanlarından anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 29:** Şehir Hastaneleri ile İlgili İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Şehir hastaneleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının iş yükü artacaktır	26	5,8	22	4,9	22	4,9	188	42,2	188	42,2
Sağlık çalışanları yasal olmayan şekilde tek kişi nöbet tutmak zorunda kalacak	28	6,3	46	10,3	138	30,9	114	25,6	120	26,9
Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda artış görülecek	24	5,4	56	12,6	36	8,1	186	41,7	144	32,3
Sağlık çalışanlarının dinlenme odaları ve dinlenme saatleri kaldırılacak	24	5,4	94	21,1	118	26,5	122	27,4	88	19,7
Sağlık çalışanlarının gelirini olumsuz yönde etkileyecektir	24	5,4	74	16,6	98	22,0	134	30,0	116	26,0
Koordinasyon ve Konsültasyon hizmetleri zorlaşacaktır	28	6,3	32	7,2	38	8,5	140	31,4	208	46,6

Sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri ile ilgili ifadelerine verdikleri cevaplar incelendiğinde “Şehir hastaneleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının iş yükü artacaktır”, “Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda artış görülecektir” ve “Koordinasyon ve Konsültasyon hizmetleri zorlaşacaktır” ifadelerine büyük çoğunluğunun katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabı verdikleri görülmüştür. “Sağlık çalışanları yasal olmayan şekilde tek kişi nöbet tutmak zorunda kalacak” ve “Sağlık çalışanlarının dinlenme odaları ve dinlenme saatleri kaldırılacak” ifadelerine ise fikrim yok ve katılıyorum cevaplarının çoğunluk olduğu görülmüştür.

### Tüm Katılımcılar İçin Analizler

**Tablo 30:** Şehir Hastaneleri Bilgi Kaynaklarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

1.		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.Sağlık Bakanlığı	336	4,04	0,886	11,598	<b>0,000*</b>	1-2,3
	2.Sosyal Medya	210	3,52	0,865			
	3.Kitle İletişim Araçları	340	3,70	0,972			
Pozitif Etki	1.Sağlık Bakanlığı	336	3,11	1,087	11,165	<b>0,000*</b>	1-2,3
	2.Sosyal Medya	210	3,61	0,985			
	3.Kitle İletişim Araçları	340	3,58	1,010			
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.Sağlık Bakanlığı	336	3,93	0,780	9,689	<b>0,000*</b>	2-1,3
	2.Sosyal Medya	210	3,44	1,005			
	3.Kitle İletişim Araçları	340	3,74	0,920			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda şehir hastaneleri bilgi kaynaklarına göre “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre şehir hastaneleri ile ilgili bilgi kaynağı sağlık bakanlığı olan kişilerin “Negatif Etki” düzeyleri bilgi kaynağı sosyal medya ve kitle iletişim araçları olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Şehir hastaneleri ile ilgili bilgi kaynağı sağlık bakanlığı olan kişilerin “Pozitif Etki” düzeyleri bilgi kaynağı sosyal medya ve kitle iletişim araçları olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Şehir hastaneleri ile ilgili bilgi kaynağı sosyal medya olan kişilerin “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri bilgi kaynağı sağlık bakanlığı ve kitle iletişim araçları olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür.

**Tablo 31:** Cinsiyete Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Kadın	558	3,86	0,925	1,932	0,054
	Erkek	328	3,68	0,950		
Pozitif Etki	Kadın	558	3,38	1,055	-0,803	0,422
	Erkek	328	3,46	1,064		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Kadın	558	3,68	0,875	-1,878	0,061
	Erkek	328	3,84	0,956		

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda kadın ve erkekler arasında “Negatif Etki”, “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 32:** Yaşa Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.20-29 Yaş	306	3,78	0,900	1,972	0,140	-
	2.30-39 Yaş	390	3,87	0,887			
	3.40 Yaş ve Üzeri	190	3,64	1,076			
Pozitif Etki	1.20-29 Yaş	306	3,59	0,972	4,499	<b>0,012*</b>	1-2
	2.30-39 Yaş	390	3,25	1,057			
	3.40 Yaş ve Üzeri	190	3,45	1,149			
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.20-29 Yaş	306	3,73	0,846	1,216	0,298	-
	2.30-39 Yaş	390	3,68	0,912			
	3.40 Yaş ve Üzeri	190	3,86	0,994			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda yaş gruplarına göre “Pozitif Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre 20-29 yaş grubundaki kişilerin Pozitif Etki” düzeyleri 30-39 yaş grubundaki kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 33:** Medeni Durumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Evli	526	3,76	0,923	-0,734	0,463
	Bekar	360	3,83	0,959		
Pozitif Etki	Evli	526	3,30	1,100	-2,658	<b>0,008*</b>
	Bekar	360	3,57	0,974		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Evli	526	3,66	0,907	-2,148	<b>0,032*</b>
	Bekar	360	3,85	0,901		

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda evli ve bekar bireyler arasında “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre bekar kişilerin “Pozitif Etki” ve “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri evli kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 34:** Durumlara Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Negatif Etki	Birey	440	3,60	0,957	-4,265	<b>0,000*</b>
	Sağlık Çalışanı	446	3,97	0,881		
Pozitif Etki	Birey	440	3,72	1,067	6,403	<b>0,000*</b>
	Sağlık Çalışanı	446	3,10	0,957		
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	Birey	440	3,69	0,995	-1,087	0,278
	Sağlık Çalışanı	446	3,78	0,814		

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan Bağımsız Örneklem t Testi sonucunda bireyler ve sağlık çalışanları arasında “Negatif Etki” ve “Pozitif Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak

anlamli farklilik bulunmaktadir. Buna göre sağlık çalışanlarının hizmet sunumunun ‘‘Negatif Etki’’ düzeyleri bireylerden anlamli derecede daha fazla iken hizmet sunumunun ‘‘Pozitif Etki’’ düzeyleri ise anlamli derecede daha düşüktür.

**Tablo 35:** Eğitim Durumlarına Göre Faktör Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark (Tukey)
Negatif Etki	1.Ortaöğretim	40	3,69	1,130	1,537	0,191	-
	2.n Lisans	108	3,93	0,846			
	3.Lisans	508	3,74	0,961			
	4.Yüksek Lisans	184	3,76	0,892			
	5.Diğer	46	4,18	0,809			
Pozitif Etki	1.Ortaöğretim	40	3,40	1,303	1,007	0,403	-
	2.n Lisans	108	3,45	1,044			
	3.Lisans	508	3,42	1,115			
	4.Yüksek Lisans	184	3,48	0,861			
	5.Diğer	46	2,99	0,899			
Sağlık Turizmine ve Rekabete Etkisi	1.Ortaöğretim	40	3,92	1,141	0,245	0,913	-
	2.n Lisans	108	3,75	0,852			
	3.Lisans	508	3,74	0,969			
	4.Yüksek Lisans	184	3,70	0,728			
	5.Diğer	46	3,70	0,829			

Uygulanan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi sonucunda eğitim düzeylerine göre ‘‘Negatif Etki’’, ‘‘Pozitif Etki’’ ve ‘‘Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki’’ düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmamaktadır.

**Tablo 36:** Vatandaş ve Sağlık alışanlarının şehir Hastaneleri İle ilgili İfadelere Verdiği Yanıtlara Göre Farklılıklarının İncelenmesi

	Vatandaş		Sağlık alışanı		t	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesi artacaktır.	3,60	1,28	2,65	1,31	7,711	<b>0,000*</b>
şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut yatak sayısı artacaktır.	3,90	1,19	3,16	1,29	6,304	<b>0,000*</b>
şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla poliklinik sayısı ve muayene olan hasta sayısı artacaktır.	3,79	1,23	3,00	1,27	6,611	<b>0,000*</b>

**Tablo 36: (Devam) Vatandaş ve Sağlık Çalışanlarının Şehir Hastaneleri İle ilgili İfadelere Verdiği Yanıtlara Göre Farklılıklarının İncelenmesi**

	Vatandaş		Sağlık Çalışanı		t	p
	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
Şehir hastanelerinin şehir merkezine olan uzaklığı hastaların hizmete ulaşımı açısından olumsuzluklar doğuracaktır.	3,90	1,24	4,30	1,02	-3,705	<b>0,000*</b>
Kampüs olmanın sağladığı, ihtiyaç duyulduğunda özel dal hastanelerine daha kolay ulaşım imkanları doğacaktır.	3,75	1,16	3,67	0,99	0,753	0,452
Geniş ve ferah hastane yapılarıyla odalardaki yatak sayısı azaltılarak enfeksiyon hastalıkları riski azalacaktır.	3,95	1,13	3,45	1,28	4,291	<b>0,000*</b>
Hizmet yelpazesi genişleyecektir.	3,78	1,25	3,22	1,24	4,711	<b>0,000*</b>
Yatak kapasitesinin fazla olması hastane yönetiminde zorluklar yaratacaktır.	3,29	1,38	3,95	1,26	-5,296	<b>0,000*</b>
Şehir hastaneleri daha profesyonel bir ekip tarafından yönetilecektir.	3,27	1,33	2,56	1,33	5,614	<b>0,000*</b>
Birçok eğitim-araştırma hastanesinin kapanması sağlık personelinin eğitimini olumsuz etkileyecektir.	3,57	1,27	3,69	1,28	-1,010	0,313
Şehir hastaneleri projesi kamuyu borç yüküne sokacaktır.	3,60	1,31	4,11	1,21	-4,206	<b>0,000*</b>
Halktan alınan vergiler artacaktır.	3,71	1,29	4,13	1,23	-3,479	<b>0,001*</b>
Sağlık harcamaları artacaktır.	3,78	1,24	4,09	1,19	-2,666	<b>0,008*</b>
Özel sağlık sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır.	3,42	1,23	3,88	1,22	-4,007	<b>0,000*</b>
Bireyler şehir hastanelerine ulaşımında zorluklar yaşadığı için yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih etmeye başlayacaktır.	3,54	1,21	4,12	1,05	-5,345	<b>0,000*</b>
Bazı tıbbi işlemlerin yetkisinin şehir hastaneleri ile sınırlı tutulması hakkaniyet ve verimliliğe aykırı bir ortam oluşturacaktır.	3,73	1,20	3,79	1,13	-0,560	0,576
Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracaktır.	3,73	1,18	3,94	1,01	-2,006	<b>0,045*</b>
Şehir hastaneleri ile rekabet içinde olan özel sağlık sektörü; varlığını sürdürebilmek için mevcut kalitesini artırmanın yollarını arayacaktır.	3,79	1,13	3,58	1,08	1,975	<b>0,049*</b>
Şehir hastanelerine ulaşım sorunu şehir merkezindeki özel hastanelere olan acil sağlık hizmetlerine talebi artıracaktır.	3,81	1,11	4,00	1,02	-1,881	0,061
Şehir hastaneleri kapasite kullanımını artırabilmek için yabancı hastalara yönelecektir.	3,28	1,24	3,67	1,13	-3,480	<b>0,001*</b>
Şehir hastaneleri sağlık turizmi alanında rol alacaktır.	3,57	1,15	3,73	0,95	-1,623	0,105
Nadir hastalıkların tanı ve tedavisinde yeterli kapasitenin geliştirilmesi durumunda, sağlık turizmi için bölgesel bir potansiyel oluşacaktır.	3,62	1,19	3,81	1,04	-1,828	0,068
Şehir hastaneleri uygulaması ile hastanelerde teknolojik alt yapıda iyileşme sağlanacaktır.	3,75	1,19	3,86	1,01	-1,060	0,290

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı)

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda bireyler ve sağlık çalışanları arasında “Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesi artacaktır”, “Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut yatak sayısı artacaktır”, “Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla poliklinik sayısı ve muayene olan hasta sayısı artacaktır”, “Şehir hastanelerinin şehir merkezine olan uzaklığı hastaların hizmete ulaşımı açısından olumsuzluklar doğuracaktır”, “Geniş ve ferah hastane yapılarıyla odalardaki yatak sayısı azaltılarak enfeksiyon hastalıkları riski azalacaktır”, “Hizmet yelpazesi genişleyecektir”, “Yatak kapasitesinin fazla olması hastane yönetiminde zorluklar yaratacaktır”, “Şehir hastaneleri daha profesyonel bir ekip tarafından yönetilecektir”, “Şehir hastaneleri projesi kamuyu borç yüküne sokacaktır”, “Halktan alınan vergiler artacaktır”, “Sağlık harcamaları artacaktır”, “Özel sağlık sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır”, “Bireyler şehir hastanelerine ulaşımında zorluklar yaşadığı için yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih etmeye başlayacaktır”, “Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracaktır”, “Şehir hastaneleri ile rekabet içinde olan özel sağlık sektörü; varlığını sürdürürebilmek için mevcut kalitesini artırmanın yollarını arayacaktır”, “Şehir hastaneleri kapasite kullanımını artırabilmek için yabancı hastalara yönelecektir” ifadelerine verilen cevaplar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Buna göre vatandaşların “Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesi artacaktır”, “Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut yatak sayısı artacaktır”, “Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla poliklinik sayısı ve muayene olan hasta sayısı artacaktır”, “Geniş ve ferah hastane yapılarıyla odalardaki yatak sayısı azaltılarak enfeksiyon hastalıkları riski azalacaktır”, “Hizmet yelpazesi genişleyecektir”, “Şehir hastaneleri daha profesyonel bir ekip tarafından yönetilecektir”, “Şehir hastaneleri ile rekabet içinde olan özel sağlık sektörü; varlığını sürdürürebilmek için mevcut kalitesini artırmanın yollarını arayacaktır” ifadelerine katılım düzeyleri sağlık çalışanlarından anlamlı derecede daha fazla iken “Şehir hastanelerinin şehir merkezine olan uzaklığı hastaların hizmete ulaşımı açısından olumsuzluklar doğuracaktır”, “Yatak kapasitesinin fazla olması hastane yönetiminde zorluklar yaratacaktır”, “Şehir hastaneleri projesi kamuyu borç yüküne sokacaktır”, “Halktan alınan vergiler artacaktır”, “Sağlık harcamaları artacaktır”, “Özel sağlık

sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır”, “Bireyler şehir hastanelerine ulaşımda zorluklar yaşadığı için yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih etmeye başlayacaktır”, “Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracaktır”, “Şehir hastaneleri kapasite kullanımını artırabilmek için yabancı hastalara yönelecektir” ifadelerine katılım düzeyleri ise sağlık çalışanlarından anlamlı derecede daha düşüktür.

XXXXXS  
GCPS

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta dönüşüm programı ile Sağlık Bakanlığı yapısal ve işlevsel bir dönüşüme girmiştir. Dönüşümün yapısal kısmı bir Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulama alanı olan entegre sağlık kampüsleri üzerinden, işlevsel kısmı ise Sağlık Bakanlığı'nın planlama, düzenleme ve denetleme rollerinin dönüşümü üzerinden gerçekleşmektedir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli devletin özel sektörün yanına konumlanarak ilişki halinde olduğu; hizmet alanlarını ise özel sektör üzerinden finanse ederek hedeflerini gerçekleştirdiği ifade edilebilir. Bu durumda özel sektör ise devletin yanında yer alarak güvenli yatırım yapmaktadır. Şehir hastanelerinin yapımı ve kampüs içindeki hizmetlerin sağlanması noktasında özel sektörden yararlanan devlet tasarruf ve verimlilik gerekçesiyle hareket etmektedir. Ancak özel sektör yatırım sonrasını düşünerek söz konusu yatırıma ayırdığı paranın ne kadar getirisinin olacağına, harcama değerine odaklanmaktadır. Özel sektör hastanelerinden farkı olmayan hatta daha modern görünüme sahip olan şehir hastaneleri için müşteri bulmak temel sorundur. Bunu sağlayacak kurum devlettir. Devlet sağlık hizmetlerini kamusal ayrıcalıklar ile özel sektöre gördürürken vergi muafiyeti, hizmet garantisi ve arazi tahsisi gibi unsurlar üzerinden piyasada özel sektör için en garanti alıcı konumundadır.

Şehir hastaneleri yapılanmasının ekonomik gerekçeleri olsa da vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi konusunda sorunlar yaşanacaktır. Sermayenin mekânda yarattığı birikim ve sağlık üzerinden gerekli altyapı ve teşkilatlarla bölge hastanelerinin oluşturulması ekonomik gerekçeler ile açıklanabilir. Özel sektör hastanelerinden bir farkı olmayan hatta daha modern görünüme sahip şehir hastaneleri için tek sorun müşteri bulma noktasındadır. Bunu sağlayacak kurum ise devlettir. Devlet sağlık hizmetlerini kamusal ayrıcalıklar ile özel sektöre gördürürken hizmet garantisi, vergi muafiyeti ve arazi tahsisi gibi unsurlar üzerinden piyasada özel sektör için en garanti alıcı konumundadır.

Ankara İli'nde henüz hizmete başlamamış olan şehir hastaneleri hakkında vatandaşların ve sağlık çalışanlarının görüşlerini, bilgi düzeylerini, fikir ayrılıklarını analiz etmek amacıyla yapmış olduğumuz çalışma genel anlamda beklenen sonuçları vermiştir.

Bu çalışma ile sağlık çalışanları arasından özellikle hekimlerin diğer sağlık personelinden şehir hastaneleri uygulamasının negatif getirileri olduğuna dair görüşünün anlamlı derecede fazla olduğu tespit edilmiştir. Örneğin hekimlerin, entegre sağlık kampüslerini ulaşım sorunu yaratması, halktan alınan vergilerin artması, sağlık harcamalarının artması, bu proje ile şehir hastanesi projesinin kamuyu borç yüküne sokması gibi negatif etkiler başlığı altında ele aldığımız öncülleri daha çok destekledikleri söylenebilir.

Bir başka bulgu ise mesleklerinde çalışma süresi 16 yıl ve üzeri grubunda olan sağlık çalışanlarının “Negatif Etki” düzeyleri hizmet yılı 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl olan kişilerden anlamlı derecede daha düşük olduğudur. Yani mesleğinde 16 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olan sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulamalarının negatif etkileri grubunda olan yargıları diğerlerinden daha az tercih etmişlerdir.

En önemli bulgulardan biri ise eğitim düzeyi diğer(doktora) grubunda olan sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili yargılardan “Negatif Etki” faktörü altında gruplandırdığımız öncülleri destekledikleri eğitim düzeyi ortaöğretim olan sağlık çalışanlarından anlamlı derecede farklı düşündüklerinin ortaya çıkmasıdır. Özetle eğitim düzeyi daha yüksek olan sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulamasının negatif etkileri konusunda daha bilinçli oldukları söylenebilir.

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda düzenli olarak sosyal medya kullanan ve kullanmayan sağlık çalışanları arasında şehir hastaneleri uygulamasının “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre düzenli olarak sosyal medya kullanan sağlık çalışanlarının “Sağlık Turizmi ve Rekabete Etki” düzeyleri düzenli olarak sosyal medya kullanmayan sağlık çalışanlarından anlamlı derecede daha fazladır. Bu sosyal medyanın sağlık çalışanlarını bilgilendirme anlamında etkili bir alan olduğu yorumunu yapmamızı sağlayabilir.

Sağlık çalışanları ve bireyleri kendi arasında kıyasladığımızda ise ulaştığımız önemli bir sonuç, şehir hastaneleri hakkında bilgi edinilen kaynak farklılığına göre negatif etkiler olarak adlandırdığımız şehir hastaneleri ile ilgili olumsuz görüşlerin yer aldığı yargıların bilgi kaynağı sağlık bakanlığı olanlar tarafından daha çok seçildiği

açıkça görülmektedir. Bunu bilgi kaynağı sağlık bakanlığı olanların sağlık çalışanları olma olasılığının yüksekliğinden yola çıkarak sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili görüşlerinin bireylere göre daha olumsuz olduğu yönünde yorumlayabiliriz.

Uygulanan bir başka test sonucunda ise bireyler ve sağlık çalışanları arasında şehir hastanelerinin “Negatif Etki” ve “Pozitif Etki” düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarının hizmet sunumunun “Negatif Etki” düzeyleri bireylerden anlamlı derecede daha fazla iken hizmet sunumunun “Pozitif Etki” düzeyleri ise anlamlı derecede daha düşüktür. Bu demek oluyor ki sağlık çalışanları şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili olumsuz görüşlere sahipken vatandaşlar daha olumlu görüşlere sahiptir. Bu da sağlık çalışanlarının konuyla ilgili daha çok bilgi sahibi olduğunu gösteren bir analiz olarak değerlendirilebilir. Çünkü entegre sağlık kampüsleri hakkında kulaktan dolma bilgilerle tek taraflı bir yaklaşımla, sorgulamadan bir görüşü kabul ederek hatta konu hakkında hiç bilgisi bulunmadan olumlu düşünen olumlu yaklaşımlar sergileyen ciddi bir insan topluluğu bulunmaktadır. Bu çalışma sürecinde yaptığım araştırmalar, okuduğum makaleler, incelediğim farklı uygulamalar sonucunda şehir hastaneleri projelerinin olumlu ve olumsuz yanlarının beraber ele alınması gerekmektedir. Yakın zamanda haberlere konu olan Mersin Şehir Hastaneleri hakkında vatandaşın devasa büyüklükteki sağlık kampüslerinin içerisinde bir birimden diğerine gitmekte zorluk çektiği, bunun zaman kaybına ve yorgunluğa sebep olduğu, kampüsün yapıldığı alanın ihtiyaçtan çok gereksiz bir alan kapladığı, kampüs içerisindeki servis imkanlarının yetersiz olduğu gibi şikayetler yer almıştır. En çok dikkat çeken bir diğer olumsuz durum ise kampüslerin şehre çok uzak olduğu, acil durumlarda sağlık hizmetinden yararlanamama endişesi taşıdıkları ile ilgilidir. Bunun yanı sıra binaların lüks oluşu daha konforlu oluşu memnuniyet sebebi olabilmektedir. Bir tarafı memnun eden hiçbir uygulama tam anlamıyla savunulmamalıdır. Sağlık çalışanları mağdur edilerek halka daha iyi hizmet verilmesi herhangi bir olumlu yaklaşıma sebep olmamalıdır ki daha iyi bir hizmet verileceğini kesin bir yargı ile ifade etmek çok yanlış olacaktır. Teknolojik anlamda daha iyi hizmet veren binaların inşa edilmesi, mevcut yatak sayısının artması, özel dal hastanelerine ulaşımın kolaylaşması, genişleyen hizmet yelpazesi, sağlık turizmi alanında iyi yönde gelişmelerin olacağına dair verilen sözler

olumlu özellikler olarak sayılıp göz önünde bulundurulurken bu projenin kamuyu ciddi bir borç yüküne soktuğu, hedeflenen hasta sayısına ulaşamadığında halktan alınan vergilerin artacağı, artan yatak sayısının hastane yönetiminde zorluklara neden olacağı, şehre uzak yerlerde bulunan sağlık kampüslerine zamanında erişimde büyük zorluklar yaşanacağı, hastaneye ulaşım için yapılacak yolların neleri olumsuz yönde etkilediği göz ardı edilmemelidir. Bu çalışmada yalnız sağlık personellerine yöneltilen sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını olumsuz etkileyen politikaların gerçekleşmesi beklenen durumlar arasında sayılarak sağlık personelinin kaygıları arasında görülmektedir.

Çözüm odaklı yaklaşmak gerekirse, nitelikli sağlık hizmet sunumunda kar amaçlı çok büyük sağlık kampüslerinin yerine insan kaynağına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yatırım önceliği sağlanmalıdır. Bugün ülkemizde içerisinde alışveriş ve otelcilik birimleri de mevcut olan çok büyük sağlık kampüsleri yapılırken, birinci basamak sağlık hizmetleri hiç yeterli olmayan fiziksel şartlarda hizmet vermeye çalışmaktadır. Önemli olan toplum sağlığı ise hedeflenen sayıda hastaya ulaşmanın yollarını aramak samimi bir yaklaşım değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılacak her yatırım toplum sağlığını daha olumlu yönde etkileyecektir. Maliyet ve kar odaklı kurumların önceliği ne yazık ki sağlığı iyileştirmekten daha çok kurumun karlılığıdır. İnsan sağlığı bir kazanç alanı olmamalıdır. Sağlık çalışanlarının ve sağlık kurumlarının başarı kriteri karlılıktan önce sağlığı korumak, hastaları iyileştirmektir.

Kamu Özel Ortaklığı projelerinin ,diğer kamu yatırımları gibi çok iyi değerlendirmelere tabi tutulması ve uygulamaya başlamadan planlama aşamasına daha çok özen gösterilmesi gerekmektedir. Özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen bu uygulamada diğer sektörlerden daha titiz bir çalışma gösterilmelidir. Çünkü sağlık sahip olunabilecek en kıymetli şeydir.

## KAYNAKÇA

- Akıllı, H. (2013), “Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine Yasal Serüven”, *Sayıştay Dergisi*, 89(Nisan): 91-114.
- GRIMSEY, D. & LEWIS, K. M., (2004). “Public Private Partnerships-The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance”. UK: Edward Elgar Publishing Piyasa (Der: Gülbiye Y. Yaşar vd.) (Ankara: NotaBene Yayınları): 21-56.
- IFSL, 2003, s.101; Akintoye ve diğerleri, 2003, ss. 4-5; Klijn ve Teisman, 2003, ss.137138; Bult-Spiering ve Dewulf, 2006, ss.17-29) (Bettignies ve Ross, 2004, s.49).
- Bennett, J. and E. Iossa. 2003. “Building and Managing Facilities for Public Services.” Working Paper, Brunel University.
- Güneş, Ahmet M. (2009) Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem: Kamu Özel Ortaklığı, *Güncel Hukuk Dergisi*.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., Eke, E. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.
- GÜNGÖR H., (2012). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme (Uzmanlık Tezi). T.C.Kalkınma Bakanlığı, Yayın No:2831, Ankara.
- Akdağ, R. (2010), “Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu”, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı.

Atasever, M. (2014) Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, SB Yayınları.

Güzelsarı S. (2012), “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3): 29-57.

Karahanoğulları O. (2011), “Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı)”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3): 177-215.

Karasu, K. (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu (6-7 Mayıs 2011).

Karasu, K. (2009), “Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, *Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform*, (Ed: Barış Övgün ), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5: 79-91 (Ankara).

Karasu, K. (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu – Özel Ortaklığı”, *Toplum ve Hekim*, 26(4): 245-273.

TTB (2012) Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, TTB Yayını.

OECD, (2008), *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*.

Yılmaz, Yr. Doç. F. Y. ve Karakaş, Yr. Doç. Dr. D. G. (2011), “Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı'nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye'ye Özgü Nedenleri”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011, “Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek...”

(Çelik, 2008). Çelik, E. (2008) Hizmet Sunumunda Katılım ve Kamu Özel Ortaklıkları, Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını.

RG, 2006/10655 Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, RG:22.07.2006, Sayı: 26236.

RG, 3996 sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul Ve Esaslarına İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG: 05.12.2012, Sayı: 28488.

RG, 19/10/2016 Tarihli ve 29862 Sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 Sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı, RG: 30.10.2016, Sayı: 29873.

RG, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bünyesinde Ankara İlinde Sağlık Politikaları Enstitüsü Kurulması Hakkında Karar, RG: 25.03.2017, Sayı: 30018.

RG, Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname RG: 25.08.2017, Sayı: 30165.

Sağlık Bakanlığı (1992), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (Ankara).

Sağlık Bakanlığı (1995), Sağlık Reformu Araştırmaları-1, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (Ankara).

Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2016), *2015 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı* (Ankara).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 Sayılı Genelge.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016), Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi, Sayı: 83913885.

Tan, T. (2003), “Kamu İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 47(3): 307-325.

TTB (2007), *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme* (Ankara: TTB Yayınları).

Uz, A. (2007). “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(1-2):1165-1182.

World Bank (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, (Washington D.C.).

YASED (2012), *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*.

YASED (2016), *Uluslararası Doğrudan Yatırımlar 2015 Yılı Sonu Değerlendirme Raporu*.

Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG: 05.12.2012, Sayı: 28488.

RG, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği, RG: 10.12.2014, Sayı: 29201.

RG, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bünyesinde Ankara İlinde Sağlık Politikaları Enstitüsü Kurulması Hakkında Karar, RG: 25.03.2017, Sayı: 30018.

Sağlık Bakanlığı (1992), *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü* (Ankara).

Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2016), *2015 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı* (Ankara).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 Sayılı Genelge.

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara. Seçkin Yayınları.

Tan, T. (2003), “Kamu İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 47(3): 307-325.

TTB (2007), *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme* (Ankara: TTB Yayınları).

TTB (2012), *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı* (Ankara: TTB Yayınları).

Uz, A. (2007). “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(1-2):1165-1182.

World Bank (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency*, Report No. 24358-TU, (Washington D.C.).

YASED (2012), *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*.

YASED (2016), *Uluslararası Doğrudan Yatırımlar 2015 Yılı Sonu Değerlendirme Raporu*.

<http://2015.ses.org.tr/2013/09/adana-tabp-odasi-ve-ses-ehr-hastaneler-kamu-ozel-ortakliq-panel-duezenled/>, (24.01.2016).

<http://yda.com.tr/kayseri-sehir-hastanesi-temel-atma-toreni/>, (20.06.2016).

<http://www.hurriyet.com.tr/patronlar-bu-sisteme-hasta-oldu-40119998>, (04.01.2017).

<http://mersintabipodasi.org.tr/sehir-hastanesi-efsanesi-gercegi/>, (01.02.2017).

<http://haber.tkhk.gov.tr/isparta-sehir-hastanesine-tasiniliyor.html>, (10.04.2017).

<http://www.gazetevatan.com/sehir-hastaneleri-hayaldi-gercek-oldu--1034996-gundem/>, (10.04.2017).

<http://tusiad.org/tr/saglik-cg/item/2388-saglik-sektorundeki-risklere-ve-cozum-onerilerine-iliskin-tusiad-gorusu>, (05.07.2017).

## EKLER

### Ek-1: Anketler

# BİREYLERİN ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma bireylerin şehir hastaneleri ile ilgili görüşlerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Kamu özel ortaklığı ile inşa edilen şehir hastaneleri projeleri hakkındaki görüşlere ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı anketi yazılı olarak dolduruyorsanız ilgili yere "X" işareti yazarak belirtiniz. Sanal ortamda mobil uygulama üzerinden anketi cevaplıyorsanız tüm seçeneklerin görüntülenmesi için telefonunuzun ekranını yatay şekilde tutarak veya ekranı kaydırarak işaretleme yapınız. Lütfen doğru ve düşüncelerinizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz, kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz. Değerli zamanınızı ayırıp sağladığınız katkılar için teşekkür ederim.

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Özzybek Taş

\*Gerekli

28.05.2018

BİREYLERİN ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Şehir hastaneleri daha profesyonel bir ekip tarafından yönetilecektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Birçok eğitim-araştırma hastanesinin kapanması sağlık personelinin eğitimini olumsuz etkileyecektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastaneleri projesi kamuyu borç yüküne sokacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halktan alınan vergiler artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık harcamaları artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Özel sağlık sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bireyler şehir hastanelerine ulaşımında zorluklar yaşadığı için yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih etmeye başlayacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bazı tıbbi işlemlerin yetkisinin şehir hastaneleri ile sınırlı tutulması hakkaniyet ve verimliliğe aykırı bir ortam oluşturacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastaneleri ile rekabet içinde olan özel sağlık sektörü; varlığını	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSFEPiR6JP\\_HmoutsqE1CGi7fxy\\_qV\\_Zs2PopjzXg-EgT81nA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSFEPiR6JP_HmoutsqE1CGi7fxy_qV_Zs2PopjzXg-EgT81nA/viewform)

28.05.2018

BİREYLERİN ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

sürdürebilmek için mevcut kalitesini artırmanın yollarını arayacaktır.

Şehir hastanelerine ulaşım sorunu şehir merkezindeki özel hastanelere olan acil sağlık hizmetlerine talebi artıracaktır.

Şehir hastaneleri kapasite kullanımını artırabilmek için yabancı hastalara yönelecektir.

Şehir hastaneleri sağlık turizmi alanında rol alacaktır.

Nadir hastalıkların ve tedavisinde yeterli kapasitenin geliştirilmesi durumunda, sağlık turizmi için bölgesel bir potansiyel oluşacaktır.

Şehir hastaneleri uygulaması ile hastanelerde teknolojik alt yapıda iyileşme sağlanacaktır.

Şehir hastaneleri ile ilgili bilginiz var mı?\*

hayır

evet

Bir önceki soruya “evet” yanıtı verdiyseniz bu bilgiyi nereden edindiniz?

- Sağlık Bakanlığı
- Sosyal medya
- Kitle iletişim araçları

#### KATILIMCI İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BİLGİLER

##### 1. Cinsiyetiniz \*

- Kadın
- Erkek

##### 2. Yaşınız \*

Yanıtınız

##### 3. Medeni Durumunuz \*

- Evli
- Bekar

##### 4. Eğitim Durumunuz \*

- Ortaöğretim
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Diğer:

28.05.2018

BİREYLERİN ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

**5.Aylık Geliriniz \***

- Asgari ücret
- 1604-3000 TL
- 3001-6000TL
- 6001 TL VE ÜZERİ

**6.Sosyal medyayı (facebook,instagram vs) düzenli kullanıyor musunuz? \***

- evet
- hayır

GÖNDER

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır. Kötüye Kullanımı Bildirme - Hizmet Şartları - Diğer Şartlar

**Google** Formlar[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLStEPIr6JP\\_HmoutsqE1CGi7fxy\\_qV\\_Zs2Popjzcg-EgT81nA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLStEPIr6JP_HmoutsqE1CGi7fxy_qV_Zs2Popjzcg-EgT81nA/viewform)

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma bireylerin şehir hastaneleri ile ilgili görüşlerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Kamu özel ortaklığı ile inşa edilen şehir hastaneleri projeleri hakkındaki görüşlere ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı anketi yazılı olarak dolduruyorsanız ilgili yere "X" işareti yazarak belirtiniz. Sanal ortamda mobil uygulama üzerinden anketi cevaplıyorsanız tüm seçeneklerin görüntülenmesi için telefonunuzun ekranını yatay şekilde tutarak veya ekranı kaydırarak işaretleme yapınız. Lütfen duyuğu ve düşüncelerinizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz, kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Değerli zamanınızı ayırıp sağladığınız katkılar için teşekkür ederim.

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Özzeybek Taş

\*Gerekli

28.05.2018

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı belirtiniz! \*

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla sağlık hizmet kalitesi artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla mevcut yatak sayısı artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla poliklinik sayısı ve muayene olan hasta sayısı artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastanelerinin şehir merkezine olan uzaklığı hastaların hizmete ulaşımı açısından olumsuzluklar doğuracaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kampüs olmanın sağladığı ihtiyaç duyulduğunda özel dal hastanelerine daha kolay ulaşım imkanları doğacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geniş ve ferah hastane yapılarıyla odalardaki yatak sayısı azaltılarak enfeksiyon hastalıkları riski azalacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizmet yelpazesi genişleyecektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yatak kapasitesinin fazla olması hastane yönetiminde zorluklar yaratacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfN-d8-7LZHW4qs-xbO1zpEEXLHPWpeOezLfx00Lv9Q4serpQ/viewform>

28.05.2018

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Şehir hastaneleri daha profesyonel bir ekip tarafından yönetilecektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Birçok eğitim-araştırma hastanesinin kapanması sağlık personelinin eğitimini olumsuz etkileyecektir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastaneleri projesi kamuyu borç yüküne sokacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halktan alınan vergiler artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık harcamaları artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Özel sağlık sigortası yaptıran bireylerin sayısı artacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bireyler şehir hastanelerine ulaşımında zorluklar yaşadığı için yakınlarında bulunan özel hastaneleri daha çok tercih etmeye başlayacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bazı tıbbi işlemlerin yetkisinin şehir hastaneleri ile sınırlı tutulması hakkaniyet ve verimliliğe aykırı bir ortam oluşturacaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastaneleri özel hastaneler arasında yaşanan rekabeti artıracaktır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şehir hastaneleri ile rekabet içinde olan özel sağlık sektörü; varlığını	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfN-d8-7LZHW4qs-xbO1zpEEXLHPWpeOezLfxO0Lv9Q4serpQ/viewform>

28.05.2018

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

sürdürebilmek için mevcut kalitesini artırmanın yollarını arayacaktır.

Şehir hastanelerine ulaşım sorunu şehir merkezindeki özel hastanelere olan acil sağlık hizmetlerine talebi artıracaktır.

Şehir hastaneleri kapasite kullanımını artırabilmek için yabancı hastalara yönelecektir.

Şehir hastaneleri sağlık turizmi alanında rol alacaktır.

Nadir hastalıkların tanı ve tedavisinde yeterli kapasitenin geliştirilmesi durumunda, sağlık turizmi için bölgesel bir potansiyel oluşacaktır.

Şehir hastaneleri uygulaması ile hastanelerde teknolojik alt yapıda iyileşme sağlanacaktır.

Şehir hastaneleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının iş yükü artacaktır.

Sağlık çalışanları yasal olmayan şekilde tek kişi nöbet tutmak zorunda kalacak.

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28.05.2018

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

sorunlarda artış  
görülecek.

Sağlık  
çalışanlarının  
dinlenme odaları  
ve dinlenme  
saatleri  
kaldırılacak.

Sağlık  
çalışanlarının  
gelirini olumsuz  
yönde  
etkileyecektir.

Koordinasyon ve  
konsültasyon  
hizmetleri  
zorlaşacaktır.

Şehir hastaneleri ile ilgili bilginiz var mı? \*

- hayır  
 evet

Bir önceki soruya “evet” yanıtını verdiyseniz bu bilgiyi nereden edindiniz?

- Sağlık Bakanlığı  
 Sosyal medya  
 Kitle iletişim araçları

KATILIMCI İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz \*

- Kadın  
 Erkek

**2.Yaşınız \***

Yanıtınız

**3.Medeni Durumunuz \***

- Evli  
 Bekar

**4.Mesleğiniz \***

- Hekim  
 Hemşire  
 Sağlık Teknikeri  
 İdari Personel  
 Teknik Personel  
 Diğer:

**5.Hizmet Yılıınız \***

- 1-5 yıl  
 6-10 yıl  
 11-15  
 16ve üzeri

**6.Göreviniz \***

- Yönetici  
 Sağlık çalışanı

28.05.2018

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞEHİR HASTANELERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

**7.Halen çalıştığınız kurum \***

- Sağlık Bakanlığı
- Özelhastane
- Üniversite hastanesi

**8.Eğitim Durumunuz \***

- Ortaöğretim
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Diğer:

**9.Sosyal medyayı (facebook,instagram vs) düzenli kullanıyor musunuz? \***

- evet
- hayır

GONDER

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır. Kötüye Kullanımı Bildirme - Hizmet Şartları - Diğer Şartlar

**Google** Formlar<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfN-d8-7LZHW4qs-xbO1zpEEXLHPWpeOezLfxOOLv9Q4serpQ/viewform>

## Merve Özzeybek

### ORIJINALLIK RAPORU

% **10**

BENZERLIK ENDEKSI

% **7**

İNTERNET  
KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BIRINCIL KAYNAKLAR

1	<b>Submitted to Atilim University</b> Öğrenci Ödevi	%3
2	<b>sablon.sdu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	%1
3	<b>www.medikalnews.com</b> İnternet Kaynağı	%1
4	<b>Submitted to Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü</b> Öğrenci Ödevi	%1
5	<b>www.seferaycan.com</b> İnternet Kaynağı	%1
6	<b>www.mcvriz.com</b> İnternet Kaynağı	<%1
7	<b>mersin.mitosweb.com</b> İnternet Kaynağı	<%1
8	<b>Submitted to Yildirim Beyazıt Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<%1

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
Adı Soyadı	: Merve Özzeybek Taş
Doğum Yeri ve Tarihi	: BATMAN/28.10.1989
<b>Eğitim Durumu</b>	
Lisans Öğrenimi	: Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Kurumları Yöneticiliği,2014
Yüksek Lisans Öğrenimi	: Atılım Üniversitesi/Sağlık Kurumları Yöneticiliği,2018
Bildiği Yabancı Diller	: İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri	: Bireylerin şehir hastaneleri ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi Tezi
<b>İş Deneyimi</b>	
Stajlar	: AKÜ Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Hasta Birimleri Stajyer
Projeler	:
Çalıştığı Kurumlar	: MEB (ingilizce vekil öğretmenlik) (2014-2015)
<b>İletişim</b>	
E-Posta Adresi	: merveozzeybk@gmail.com
Tarih	: 28.05.2018