ŞEHİR HASTANELERİ ARAŞTIRMASI

TEMMUZ 2018

SASAM ENSTİTÜSÜ
Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SASAM ENSTİTÜSÜ
Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

ŞEHİR HASTANELERİ ARAŞTIRMASI

Editör
Mehmet ATASEVER

Yazarlar
Mehmet ATASEVER, Dr. Mehmet GÖZLÜ,
Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN, Dr. Hasan GÜLER, Mustafa ÖRNEK,
Onur Burak BARKAN, Yusuf KAVAK, Prof. Dr. M. Necmi İLHAN

TEMMUZ 2018
ANKARA

SAĞLIK-SEN YAYINLARI - 46
ISBN: 978-605-87841-7-8

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi
Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni
Mustafa ÖRNEK
Genel Başkan Yardımcısı - SASAM Genel Koordinatörü

Editör
Mehmet ATASEVER

Yazarlar
Mehmet ATASEVER, Dr. Mehmet GÖZLÜ,
Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN, Dr. Hasan GÜLER, Mustafa ÖRNEK,
Onur Burak BARKAN, Yusuf KAVAK, Prof. Dr. M. Necmi İLHAN

Yayın Kurulu
Mustafa ÖRNEK, İdris BAYKAN, Abdülaziz ASLAN, Fatih SEYRAN
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN, Dr. Özcan KARS,
Mehmet ATASEVER, Dr. Mehmet GÖZLÜ, Dr. Hasan GÜLER, Tarkan ZENGİN,
Fatma AKAY, Günseli TEKE, Nihan READY, Onur Burak BARKAN,
Defne DEMET, Yusuf KAVAK

Temmuz 2018
3.000 Adet

Grafik Tasarım
Sedat ALTUĞ

Baskı:
EVOS Basım ve Yayın
0312 278 49 61

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23 Demirtepe/ANKARA
Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65
www.sagliksen.org.tr

© 2018. Sağlık-Sen. Tüm hakları saklıdır.
Bu kitabın basım ve yayın hakları Sağlık-Sen Genel Merkezine aittir.
Hangi amaçla olursa olsun yazılı izin olmadan kopya edilemez ve çoğaltılamaz.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ 3
TABLOLAR LİSTESİ 6
ŞEKİLLER VE GRAFİKLER LİSTESİ 7
TAKDİM 8
ÖZET 10
ABSTRACT 11

GİRİŞ 13

1. BÖLÜM:
ŞEHİR HASTANELERİ MODELİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ 14
1.1. Kamu Özel İşbirliği Modeli: Temel Kavramlar 16
1.2. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Temel Özellikleri 17
1.3. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Çeşitleri 18
1.3.1. Yap-Devret 18
1.3.2. Yap-İşlet-Devret 18
1.3.3. Yap-Kirala-Devret 18
1.3.4. Yap-Sahiplen-İşlet 19
1.3.5. Yap-Devret-İşlet 19
1.3.6. Tasarla-Yap-İşlet 19
1.3.7. Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet 19
1.4. Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Modelinin Gelişimi 20
1.5. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Avantajları ve Dezavantajları 21
1.6. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Sağlık Sektöründe Uygulanması 22
1.7. Dünyada Sağlık Sektörü Kamu Özel İşbirliği Modeli Uygulamaları 23

2. BÖLÜM:
TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ 24
2.1. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Uygulanma Gerekçeleri 25
2.2. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Tarihçesi ve Mevzuatı 31
2.3. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Kapsamı ve Uygulanması 33

2.4. Sağlık Sisteminde KÖİ Yöntemin Avantaj ve Dezavantajları 44
2.4.1. Sistemin Avantajları 44
2.4.2. Sistemin Dezavantajları 45
2.5. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Uygulamasına İlişkin Güncel Veriler 46
2.5.1. Şehir Hastaneleri Kapasite Bilgileri 46
2.5.2. Maliyeti 48
2.5.3. Geri Ödemeler 49

3. BÖLÜM:
GEREÇ ve YÖNTEM 54
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 55
3.2. Araştırmanın Yöntemi 57
3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi 59
3.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları 60

4. BÖLÜM:
BULGULAR 62
4.1. Çalışanlar Açısından 63
4.1.1. Çalışan Sayısı ve İş Yükü 63
4.1.2. Ek Ödeme 66
4.1.3. Çalışan Memnuniyeti 68
4.1.4. Personel Çalışma Şartları 68
4.1.5. Personel Eğitimi 70
4.1.6. İletişim 71
4.1.7. Çalışan Güvenliği 72
4.1.8. İstihdam Modelleri ve Etkisi 72
4.2. Sağlık Sistemi Açısından 74
4.2.1. Sağlık Politikaları 74
4.2.2. Sağlık Planlaması 76
4.2.3. Finansal Sürdürülebilirlik 76
4.2.4. Yönetim 78
4.2.5. İşletmecilik 81

4.2.6. Hizmet Alımları 82
4.2.7. Bölgesel Etkinlik 83
4.2.8. Verimlilik 84
4.2.9. Kalite 85
4.3. Vatandaş Açısından 86
4.3.1. Hizmete Ulaşım 86
4.3.2. Hasta Güvenliği 86
4.3.3. İletişim 87
4.3.4. Memnuniyet 88
4.4. Şehir Hastanelerinin SWOT ANALİZİ 89
4.4.1. Güçlü Yönler 89
4.4.2. Zayıf Yönler 90
4.4.3. Tehditler 90
4.4.4. Fırsatlar 91

5. BÖLÜM:
SONUÇ VE ÖNERİLER 92

KAYNAKÇA 100

EKLER 104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Dünyada KÖİ 23
Tablo 2. Klasik Yöntemler ile Hastane Yapmanın Riskleri 27
Tablo 3. KÖİ Yöntemi İle Özel Sektöre Devredilen Bazı Riskler 28
Tablo 4. İsteğe Bağlı Olmayan Hizmetler 40
Tablo 5. İsteğe Bağlı Olan Hizmetler 40
Tablo 6. YPK Onayı Alınmış Ve Sözleşmesi İmzalanmış Şehir Hastaneleri 47
Tablo 7. Projelendirme Aşamasında Şehir Hastaneleri 48
Tablo 8. Garanti Puan Üstü İndirim (Y –Faktörü) Oranları 52
Tablo 9. Yozgat Şehir Hastanesi Tıbbi Performans Göstergeleri 65
Tablo 10. Mersin Şehir Hastanesinde Yüklenici Firma Çalışanları 75

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER LİSTESİ

Şekil 1. Hastane Yönetiminde Kamu Özel İşbirliği Modeli Geliştirmenin Basamakları....22
Şekil 2. KÖİ Yöntemiyle Şehir Hastaneleri Yapılma Gerekçeleri....29
Şekil 3. KÖİ Süreçleri....33
Şekil 4. KÖİ Sözleşmelerine Göre Yüklenici Firmaya Yapılacak Ödeme Süreci....52
Şekil 5. Şehir Hastaneleri Yönetim Modeli....80
Grafik 1. 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayıları....26
Grafik 2. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), 2002-2016, Türkiye....79

TAKDİM

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli ile yapılan şehir hastaneleri, 2017 yılı başından itibaren hizmete açılmaya başlamıştır. Haziran 2018 itibariyle Yozgat, Mersin, Isparta, Adana ve Kayseri şehir hastaneleri hizmete açılmış, 2018 sonuna kadar da Ankara Bilkent, Elazığ, Manisa ve Eskişehir şehir hastanelerinin hizmete açılması planlanmaktadır.

Türkiye sağlık sistemi içerisinde en üst düzey sağlık merkezleri olarak planlanmakta olan şehir hastaneleri, sağlık bölgelerinin mükemmeliyet merkezleri olarak, sadece rutin hastalar için değil aynı zamanda uluslararası hastaların tedavi göreceği üst düzey merkezler olarak düşünülmektedir.

Şehir hastaneleri, hasta odaklı olarak kurgulanmış ve hayata geçmiştir. Mekânsal alanlardaki nicelik ve nitelik artışı, her türlü hizmetin veriliyor olması, hasta güvenliğine olumlu etki yapmakla birlikte tıbbi süreçlerin doğru işlemesi noktasında çalışanların eğitilmesi, motive edilmesi ve komiteler vasıtasıyla işletme sürecinin, belli standartlara göre sürekli olarak gözden geçirilmesi, çalışanlara rol verilerek süreçlere dâhil edilmeleri büyük bir önem arz etmektedir.

Şehir hastanelerinin fiziki alan ve imkânlarındaki yüksek artışa rağmen çalışan sayısında kayda değer bir artış olmamıştır. Bu hastanelerde mevcut hasta kapasitesi ve iş yükleri üzerinden yeni bir çalışan planlaması yapılmasının faydalı sonuçlar doğuracağı açıktır.

Şehir hastaneleri çalışanlarının ek ödemeleri ile ilgili olarak; geçiş dönemlerinde, hastanelerin taşınması süreçlerinde bazı sıkıntılar yaşandığı tespit edilmiştir. Zaten iş yükü açısından diğer hastanelere göre daha ağır şartlarda, fedakârlıkla hizmet sunan şehir hastaneleri çalışanlarına bir de ek ödeme kaybı yaşatılmaması için önlem alınması gerekir.

Şehir hastanelerindeki mekânsal alan büyüklüğü ve iş yükü fazlalığından dolayı çalışanlar arası iletişimin azaldığı gözlemlenmiştir. Çalışanlar özellikle yöneticilere ulaşamamaktan şikâyetçidirler.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışma barışı açısından önemli bir problem olan farklı istihdam türleri, şehir hastanelerinde yeni bir boyut kazanmıştır. Sağlık hizmeti dışındaki hizmetleri yürütmekle sorumlu yüklenici şirket çalışanları hastanelerdeki istihdam türlerine yeni bir çeşit daha katmıştır.

Şehir hastaneleri için yeni bir yönetim modeli geliştirilmelidir. Sağlık Hizmetlerinde değişimin yeni adı olan şehir hastaneleri işlev ve büyüklük itibariyle hem diğer kamu hastanelerine göre hem de kendi aralarında yeni sınıflamaya tabi tutulmalıdır

Şehir hastaneleri yöneticileri; yönetim eğitimi, ehliyet ve liyakat hususunda tecrübeli kişilerden oluşturulmalı ve yöneticiler tam bir ekip ruhuyla çalışmalıdır. Yönetici değişikliği performans esasına göre yapılmalı, sık sık yönetici değiştirilmemelidir.

Bazı kesimler için Türkiye sağlık sistemine zarar vereceği söylenen şehir hastanelerinin olumlu ve olumsuz yönlerini teraziye koyduğumuzda, olumlu yönlerinin çok daha ağır bastığı, olumsuz yönlerinin ise düzeltilebilir hususlar olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizin sağlık alanındaki en önemli gündemlerinden biri olan "Şehir Hastanelerinin" yapımında emeği geçen herkese ve bütün detaylarıyla ele almak suretiyle bu raporu hazırlayan SASAM ekibi ile bütün çalışma arkadaşlarıma şükranlarımı sunarım.

Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı

ÖZET

2005 yılında Sağlık Bakanlığınca 6428 Sayılı KÖİ Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un çıkarılmasıyla Türkiye sağlık sisteminde şehir hastaneleri gündeme gelmiştir. Şehir hastaneleri modeliyle birlikte hem sağlık personelinin çalışma koşullarında (örneğin, çalışma süresi ve iş yükü, istihdam esnekliği ve ücret esnekliği gibi) hem de vatandaşların sunulan sağlık hizmetleri karşısındaki algılarında (örneğin, kalite düzeyleri, sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri, sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri gibi) bazı değişikliklerin yaşandığı gözlenmektedir. Bu çalışmanın amacı KÖİ yöntemiyle Türkiye sağlık sistemine giren şehir hastanelerinin; yapımı, finansmanı ve işletimi ile sağlık sistemi, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetinden faydalananlar açısından değerlendirilmesi, modelin olumlu ve olumsuz yönlerinin tespit edilmeye çalışılması ve modelin daha iyi çalışması konusunda önerilerin geliştirilmesidir. Araştırma kapsamında Mersin, Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerine teknik gezi düzenlenerek doğrudan gözlem yöntemiyle hastanelerin fiziki altyapısı ve genel işleyişi konusunda bilgiler elde edilmiştir. Bu teknik gezi sürecinin bir bölümünde şehir hastaneleri konusunda bilgiye ve tecrübeye sahip her bir hastane için yaklaşık 10 kişilik bir grup ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Ayrıca farklı bakış açılarından da bilgi elde edilebilmesi amacıyla çalışma ekibi tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu, şehir hastanelerinde görevli olan farklı unvan ve pozisyondaki sağlık çalışanlarına çalışma ekibi tarafından yüz yüze görüşme yöntemine göre uygulanmıştır. Nitelikli ve çeşitli bilgilerin elde edilebilmesi amacıyla bu aşamada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen veriler çalışma ekibi tarafından analiz edilerek raporlaştırılmıştır. Bu araştırma başta şehir hastanelerinin yönetiminden ve organizasyonundan sorumlu birinci düzey paydaşlar olmak üzere tüm kamuoyuna sunulmuştur.

ABSTRACT

City hospitals have come to the agenda in the health system of Turkey by the introduction of the Law on Making Amendments in Some Codes and Statutory Decrees and Construction, Renovation and Putting into Service of Facilities with 6428 Public Private Partnership Model by the Ministry of Health in 2013. It is seen that some changes have occurred in both the working conditions of healthcare personnel (for example, work hours and work load, employment flexibility and wage flexibility) and the perceptions of citizen about healthcare services (for example, quality levels, satisfaction level about healthcare services, level of access to healthcare services) with the city hospitals model. The aim of this study was to assess the construction, financing and operation of city hospitals in the healthcare system of Turkey from the viewpoint of healthcare personnel and the beneficiaries of healthcare services, and to determine the positive and negative aspects of the model and to come up with suggestions about better operation of the model by using the PPP method. In the research scope, technical visits were organized at the City Hospitals of Mersin, Adana and Yozgat and data were collected on the physical infrastructure and general operation of the hospitals by using the direct observation method. Focus group discussions were held at each hospital with a group of nearly 10 persons, who were knowledgeable and experienced about city hospitals, in a section of this technical visit process. Furthermore, in order to collect data from different viewpoints, the semi-constructed discussion form prepared by the research team was applied to healthcare personnel, who were employed at the city hospitals with various titles and at different positions, according to the face-to-face meeting method. The purposeful sampling method was used at this stage to collect quality and diversified data. The research team analyzed and reported the collected data. This research was presented to the entire public opinion, primarily to the first level shareholders, responsible from the administration and organization of the city hospitals.

GİRİŞ

Türkiye sağlık sisteminde 2017 yılında şehir hastanelerinin hizmete açılması ile başlayan bu yeni dönemi "Şehir Hastaneleri Dönemi" diye isimlendirmek çok yanlış olmayacaktır. Şehir hastaneleri ile birlikte Türkiye'nin sağlık alanında en üst kategoride hizmet veren ülkeler seviyesine çıkabileceği bir potansiyel oluşmaktadır. Türkiye sağlık sisteminin bu yeni döneme göre; çalışan planlamasından finansmana, ek ödeme sisteminden sağlık hizmet fiyatlarına, yerli tıbbi cihaz üretiminden sağlık eğitimine kadar birçok alanda yeniden yapılandırılması gerekir.

Sağlık sisteminde şehir hastanelerinden en fazla etkilenen paydaşlardan birisi de şüphesiz sağlık personelidir. Bu çalışmada sağlık personelinin ve yöneticilerinin şehir hastanelerine yönelik algılarının ve önerilerinin belirlenmesi de amaçlanmıştır. Bu amacın gerçekleşmesi için yapılan araştırma bulgularına geçmeden önce modelle ilgili genel bilgilere yer verilmesinin faydalı olacağı düşünülmüş, genel olarak KÖİ modeline ilişkin teorik bilgilerin yanı sıra Türkiye sağlık sisteminde KÖİ modeli ile ilgili genel istatistiki verilere de yer verilmiştir.

Türkiye sağlık sistemi için önemli dönüm noktalarından biri olan şehir hastaneleri ile yeni bir dönem başlamıştır. Bu çalışma ile birçok açıdan tartışılan ve tartışılmaya devam edecek olan şehir hastaneleri objektif bir şekilde, uzman kişilerce bütün yönleri ile araştırılmış, değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir.

Düzeltilebilir nitelikteki eksiklikleri ile beraber şehir hastaneleri, Türkiye sağlık sistemi için birçok yönden yeni kapılar açan, yeni fırsatlar doğuran çok önemli projelerdir.

Mehmet ATASEVER
Editör

1. BÖLÜM:
ŞEHİR HASTANELERİ MODELİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Dünya genelinde 1990'lı yıllarda önem kazanan KÖİ modeli, Türkiye sağlık sisteminde yaklaşık 15 senedir gündemdedir. Altyapı yatırım ihtiyaçlarını karşılamada çoğu ülke için önemli bir finansman modeli olan "Public–Private–Partnership" Türkçe yazında Kamu–Özel Ortaklığı (KÖO) ya da Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) olarak bilinmektedir (Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı, 2014).

Sağlık sektöründe KÖİ'nin ilk kez mevzuata girmesi, 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun'a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7. maddenin eklenmesidir (Resmi Gazete, 2005). Söz konusu Ek 7. madde, Türkiye'de hâlihazırda uygulama alanı bulan KÖİ modeliyle yapılan şehir hastanelerinin proje altyapıları için oldukça önem taşımaktadır. Şehir hastanelerinin projelerinin yapımı, finansmanı, işletimi ve uygulama esasları büyük ölçüde bu maddeye dayanmaktadır.

2005 yılında kanuni düzenlenmesi yapılan KÖİ yoluyla sağlık tesisi yaptırılması çalışmalarının temelinde; hazineye ait taşınmazların, üzerinde sağlık tesisi yapmaları için ihale ile belirlenen kişilere tahsis edilmesini, yüklenicilerin bu taşınmazlar üzerinde Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen özelliklerde sağlık tesisi yapmaları, bu sağlık tesislerini tekrar sözleşmelerinde belirlenen süre için Sağlık Bakanlığı'na kiralamaları ve belirlenen süre sonunda ise bu tesislerin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi yatmaktadır (Atasever, 2014).

Sağlık Bakanlığı'nca KÖİ yöntemi ile Aralık 2017 yılı itibariyle toplam 32 şehir hastanesi planlamıştır. Sağlık Bakanlığı, bu projeler tamamlandığında 14 milyon 159 bin m^2 kapalı alana sahip 42.199 yeni hasta yatak kapasitesine ulaşmayı hedeflemektedir. Haziran 2018 tarihi itibariyle Yozgat, Mersin, Isparta, Adana ve Kayseri şehir hastaneleri hizmete açılmış, 2018 sonuna kadar ise Ankara Bilkent, Elazığ, Manisa ve Eskişehir şehir hastanelerinin hizmete açılması planlanmaktadır. Diğer şehir hastanesi projelerinin ise bir kısmının inşaatı devam etmekte, bir kısmı ihale aşamasında ve bir kısmı da proje aşamasında olup, 2023 yılına kadar mevcut planlanan hastanelerin tamamının açılması öngörülmektedir. (Sağlık Bakanlığı TBMM 2018 Yılı Plan Bütçe Sunumu, 2017).

"Sağlık hizmetleri sunumunun performansını yükseltmek amacıyla; Aynı kampüs içerisinde, ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bü-

tün sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin her alanda sunulmaya çalışıldığı, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin ve yaklaşımların uygulanabildiği, bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışıldığı, nitelikli hasta yatak sayısının artırılmasına imkan tanındığı, hastaneler arası hasta naklinin azaltılmaya çalışıldığı, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılmaya çalışıldığı, sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlandığı, çalışan güvenliğinin önemsendiği, iş gücü ve hizmet kalitesinin artırılmasının hedeflendiği ve bunları yaparken de maliyet etkinliğinin önemsendiği, özel yönetim modellerine sahip dijital ve kompleks niteliğinde akıllı bina yapısında ki hastaneler" olarak tanımlanan şehir hastaneleri**,** Ülkemiz uygulamasında 2 farklı işletim sistemi ile karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi KÖİ yöntemi ile yapılan ve işletilen şehir hastaneleri diğeri ise klasik yöntemlerle yapılan şehir hastaneleridir. Bu çalışmada klasik hastane yapım ve işletim yöntemlerinden oldukça farklı bir yapı arz eden KÖİ yöntemi ile yapılan ve işletilen şehir hastaneleri incelenmiştir (Uçar, 2017).

1.1. Kamu Özel İşbirliği Modeli: Temel Kavramlar

KÖO/KÖİ terimi ilk olarak 1950'li yıllarda Amerika'da, eğitim ve benzeri sektörlerde, kamu hizmetlerinin finansmanında kamu sektörü ile özel sektörün ortak finansman sağlamasını ifade edecek şekilde kullanılmıştır. Fakat KÖİ'nin daha yaygın olarak kullanımı, şehir altyapısının yenilenmesinde kamu sektörünün ve özel sektörün ortak finansman sağlaması için tercih edilen bir kavram aranması ile olmuştur. Amerika'dan dünyaya yayılan bu kavram, daha çok özel sektörün teknoloji ve araştırma çalışmalarının kamu tarafından desteklenmesi kadar gönüllü kuruluşların sağladığı sosyal hizmetlerin de kamu tarafından finanse edilmesini ifade etmede kullanılmıştır (Şenel, 2010).

KÖİ modeli ile ilgili yapılan tanımlar genel olarak bazı temel noktalar üzerinde dursa da yapılan tanımların genel geçer bir kavram olmaktan ziyade tanımlanan sistem içerisinde değerlendirilmesinin daha doğru olacağı söylenebilir. Nitekim KÖİ modelinde her devlet, yapılan her bir sözleşme çerçevesinde ilgili projeyi yüklenen özel sektör temsilcisi üzerinde bazı kısıtlamalara gidebilmektedir. Bunun yanında özel sektörün büyük ölçüde kâr odaklı bakış açısı söz konusu iken kamu sektöründe ise kâr amacından ziyade sosyal fayda bakış açısı hâkimdir ki bu durum, sektörlerin öncelikleri ve hassasiyetleri bakımından oldukça önemlidir. Üstelik bazı durumlarda modelin uygulanmasına yönelik

bazı önemli değişiklikler de söz konusu olabilir. Daha açık bir ifade ile bazı durumlarda yap-işlet-devret gibi bir model uygulanabilir bazı durumlarda ise kamu sektörü yetkisini ve sorumluluğunu tamamen özel sektöre devredebilir. Bunun gibi faktörler nedeniyle, yapılan tanımların ilgili sistem veya proje içerisinde değerlendirmesi daha doğru olacaktır.

Genel olarak KÖİ modeli şu şekilde tanımlanabilir : KÖİ modeli, kamu otoritesinin kamunun faydasına sunmak zorunda olduğu bazı hizmetlerin özel sektör temsilcileri tarafından sunulabilmesi için kaynakların, risklerin, ödüllerin, yetkilerin ve sorumlulukların paylaşımını da içeren bir süreçtir (Chakravarty vd., 2015).

Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere burada bir risk ve ödül paylaşımı, seviyesi ve sınırları net bir şekilde belirlenen kamu hizmetlerinin özel sektör ve kamu sektörü tarafından ortak fayda çerçevesinde sunulması söz konusudur. Bu noktada KÖİ modeli ile sunulan hizmetlerin daha kaliteli, maliyet etkin ve esnek bir şekilde sunulabilmesi için özel sektörün özellikleri kamusal alana aktarılmak istenmektedir. Bir nevi her iki kurum da öne çıkan özellikleri çerçevesinde bu iş birliğine iştirak etmektedir.

KÖİ modelinin genel amaçları şu şekilde özetlenebilir (HOSMAC, s.4)

- Kamusal hizmetlerin ekonomik, etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlamak,
- Özel sektörün gelişmesine fırsat tanımak, rekabet ve yenilik getirilerek ülkedeki genel ekonomik gelişmeye katkıda bulunmak,
- Partnerler arasında uygun bir risk ve ödül paylaşımı sağlanarak kamunun, özel sektörün ve hizmet verilen nüfusun en üstün yararını elde etmek.

1.2.Kamu Özel İşbirliği Modelinin Temel Özellikleri

KÖİ'nin özelliklerini beş grupta toplamak mümkündür (Li ve Akintoye, 2003).

- ✓ En az iki aktörlü işbirliği gerekir. Aktörlerden biri kamu sektörü diğeri ise özel sektördür.
- ✓ Her iki tarafın rolü birbirinden farklıdır ve taraflar birbiri ile pazarlık yapabilirler.
- ✓ Taraflar arasında uzun süreli ve istikrarlı ilişkinin kurulabilmesine imkân verir.
- ✓ Tarafların biri, bir diğeri ile para, arsa gibi maddi varlıkların yanında, oto-

rite ya da diğer kurumsal değerleri paylaşmak zorunda kalabilir.

- ✓ Risk ve sorumluluklar kamu sektörü ve özel sektör arasında paylaşılır. Bu durum, istenilen sonuçların elde edilmesi ve faaliyetlerin sorunsuz bir şekilde yürütülebilmesi açısından önemlidir.

1.3. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Çeşitleri

Kamu Özel İşbirliği modelinde çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu modeller birbirleriyle yakın olsalar da bazı yönlerden farklılıklar göstermektedir (Sonğur, 2016).

1.3.1. Yap–Devret

Yap-Devret (YD) modelinde kamu sektörü, altyapının dizaynı, tasarımı, inşaat niteliği ve maliyeti konularında performans kriteri belirler. KÖİ'nin bu türünde kamu sektörü özel sektör üzerinde hâkimiyet kurmakta ve özel sektörün ortaklık uygulamalarını kontrol etmektedir. İnşaat tamamlanmasıyla birlikte mevcut varlıklar kamu sektörüne devredilmektedir.

1.3.2. Yap-İşlet-Devret

Yap-İşlet-Devret (YİD) modeli, KÖİ'nin en çok kullanılan modelidir. Bu KÖİ modeli önemli miktarda sermaye yatırımını gerekli kıldığından, ciddi finansal analizler yapılmasını gerektirmektedir. YİD modelinde devlet, kamu varlıklarını belirli bir süre işletmek için özel sektörle anlaşmakta ve bu süre zarfında özel sektör varlıkların tasarımı, inşaatı, finansmanı ve işletiminden sorumlu olmaktadır. Bu sorumluluk çerçevesinde özel sektör, ilgili varlıkların tüm ticari riski ile bakım masrafını üstlenmektedir. Bu modele göre özel sektöre yapılan ödemenin tamamı devlet tarafından finanse edilebildiği gibi tamamı ya da önemli bir kısmı müşteriler/kullanıcılar tarafından yapılan ödemelerle de sağlanabilmektedir. Sözleşme sonunda varlıkların mülkiyeti genelde hiçbir ücret ödenmeksizin kamu sektörüne devredilmektedir.

1.3.3. Yap-Kirala-Devret

Yap-Kirala-Devret (YKD) modelinde özel sektör altyapıyı dizayn eder ve gerekli finansmanı sağlayarak inşa edip belirli bir süre için kamu sektörüne kiralar. Sözleşme şartlarına göre yatırım kapsamındaki altyapının tamamı ya da belirli bir kısmı kira dönemi sonuna kadar yüklenici tarafından işletilebilir. 03.07.2005 tarihli ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile entegre sağlık kampüslerinin

yapımında bu modelin önü açılmıştır. Bu düzenleme ile "yeni sağlık tesislerinin gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine, belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın kullanımında bulunan mevcut sağlık tesislerinin tıbbî hizmet dışında kalan hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi" hususlarına yer verilmiştir.

1.3.4. Yap-Sahiplen-İşlet

Yap-Sahiplen-İşlet (YSİ) modelinde özel sektör aynı yap-işlet-devret modelinde olduğu gibi projeyi inşa eder, sahiplenir ve işletir. Fakat yap-işlet-devret modelinden farklı olarak bu modelde bina ya da altyapının tekrardan kamuya devri söz konusu değildir. Bu yöntem genelde sözleşme sonunda projenin hurda değerinin olmadığı projeler için uygundur.

1.3.5. Yap-Devret-İşlet

Yap-Devret-İşlet (YDİ) modelinde özel sektör girişimcisi altyapıyı inşa etmekte ve altyapı bitimiyle beraber tesisin mülkiyeti kamu sektörüne geçmektedir. Daha sonra altyapı, ilgili özel sektöre uzun süreliğine kiralanmaktadır. Özel sektör girişimcisi bu tesisi işleterek elde edeceği gelir ile hem kamu kurumuna ödeyeceği kirayı hem de yatırım maliyetini karşılayabilmektedir.

1.3.6. Tasarla-Yap-İşlet

Tasarla-Yap-İşlet (TYİ) modeli, geleneksel temin etme modelinin birçok unsurunu kapsar ve genellikle işletim-bakım ile tasarım-yapım yaklaşımının birleşimi olarak düşünülür. Bu model, tek sözleşmenin altyapının tasarımı, inşaatı ve bakımını kapsaması bakımından avantajlı görülmektedir. Kamu sektörü sözleşme süresi sonunda altyapıyı satın alır ve daha sonra sahipliğini sürdürür.

1.3.7. Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet

Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet (TYFİ) modeli, KÖİ modelleri arasında en popüleri ve en sık kullanılan finansman yöntemi olup, aynı zamanda en başarılı KÖİ modeli olarak da kabul edilmektedir. Bu modelde özel sektör, belirli riskleri üstlenmek kaydıyla altyapıyı tasarlar, inşa eder, finanse eder ve işletir. Fakat verilen hizmetin kalitesi ve projenin yönetimi konusunda özel sektör kamu sektörüne karşı sorumludur. Bu modelde sözleşme süreleri genelde 25-30 yıldır. Özel sektör bu sözleşme süresince tesisi işletebilir. Sözleşme süresi dolduğunda altyapı hurda değerinin olma durumuna göre kamu sektörüne devredebilir.

1.4. Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Modelinin Gelişimi

Türkiye, özelleştirme uygulamalarında olduğu gibi, Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) projeleri ile ilgili düzenleme yapan ilk ülkelerdendir. Türkiye'de KÖİ modeline ilişkin ilk uygulama, 1984 yılında elektrik üretimi alanında başlatılmıştır. 1994 yılından itibaren bu alanda hukuki düzenlemelere hız verilmiştir (Şahin ve Uysal, 2008).

1994 yılında, 08.06.1994 tarih ve 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe konulmuş ve kanunun yürürlüğe konulduğu tarihten itibaren özellikle havalimanı ve tünel inşaatının özel sektör tarafından yapılmasıyla Türkiye bu konuda önemli bir tecrübe kazanmıştır (Şahin ve Uysal, 2008).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumu için 1980'li yıllara kadar KÖİ uygulamalarına rastlanmamıştır. Bu dönemde daha çok dış kaynak kullanımı denenmiştir. 2000'li yıllara kadar Türkiye'de sağlık alanında KÖİ modeli ile gerçekleştirilen proje bulunmamaktadır. Bununla ilgili ilk girişim, 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında 2005 yılında eklenen bir madde (ek 7. madde) ile olmuştur (Gürkan, 2014). Buna göre Yüksek Planlama Kurulu'nun karar vereceği araziler üzerine özel sektörce yapılacak sağlık tesisleri, Bakanlıkça belirli bir süre üst hakkı verilmek suretiyle kiralanacak, tıbbi hizmetler dışındaki tüm hizmetler özel sektör tarafından verilebilecektir (Şahin ve Uysal, 2008). 2007 yılında ise 5683 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı'nda bu yöntem ile yaptırılacak yatırımlarla ilgili iş ve işlemleri yürütmek üzere "Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" adı altında bir daire oluşturulmuştur. Söz konusu daire 2011 yılında yapılan Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası ile inşaat-onarım dairesi ile birleştirilerek Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü adını almıştır. KÖİ yöntemi ile yapılan işlerin hızlandırılması amacıyla 2013 yılında "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" çıkartılmıştır. (Atasever, 2014).

1.5. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Avantajları ve Dezavantajları

Kamu Özel İşbirliği modelinin avantajları şunlardır (Sonğur, 2016):

- Hizmetlerin sağlanmasında yenilik sağlar,
- Geleneksel yaklaşımlara göre paranın potansiyel değerini artırır,
- Kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar,

- Hizmetlerin sunulması noktasında kısıtlı kamusal sermayenin dışında tamamen veya kısmen vergilendirilebilen özel sektör sermayesini üretime kazandırır,
- Performansa dayalı standartlar nedeniyle daha kaliteli hizmetler sağlar,
- Vatandaş memnuniyetini arttırır,
- Kalite kontrol, kalite güvence ve sözleşmeye dayalı hesap verilebilirlik konularında iyileştirme sağlar,
- Kamu kurumlarının kendi sorumluluk alanı içerisinde güçlü yanlarına odaklanmalarını sağlar,
- Kamu sektörünce yapılan altyapı ödemelerini kolaylaştırır,
- Yenilikçi çözümler geliştirir,
- Proje uygulama maliyetini düşürür,
- Projelerin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağlar,
- Karmaşık ve büyük altyapı projelerinin uygun bir şekilde gerçekleşmesini kolaylaştırır,
- Bazı risklerin özel sektör tarafına transfer edilmesini sağlar,
- Kamuya beceri, deneyim ve teknoloji kazandırır.
- Ülkeye yatırım yapma konusunda Yabancı yatırımcılara cazibe oluşturur.
- Yerel tedarikçilere istihdam ve hacim oluşturur.

Kamu Özel İşbirliği modelinin Dezavantajları Şunlardır (Tekin, 2007):

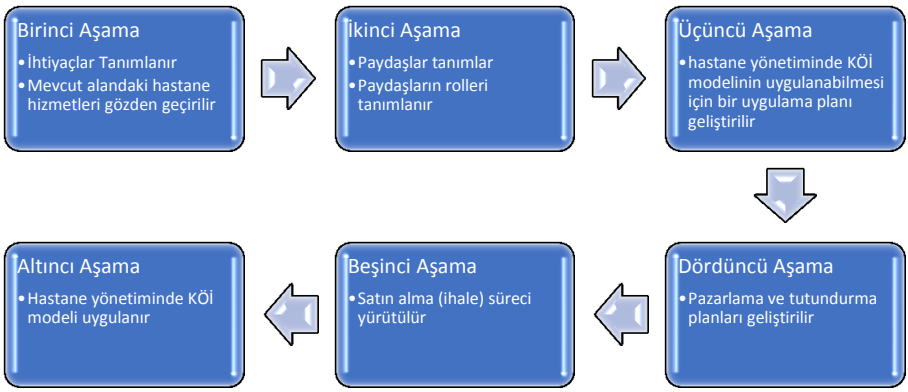
- KÖİ sözleşmeleri karmaşık olup, sözleşme tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılmasını gerektirir,
- Yeni alanlarda yapılacak KÖİ uygulamaları için kamu kesiminde yeterli birikim olmaması riski arttırmaktadır,
- Borçlanma özel sektörce yapıldığından kaynak maliyeti daha yüksek olabilmektedir,
- Yapılan işlerin özel sektöre devri, kamu sektörünün bu işleri yapma kapasitenin zamanla kaybolmasına neden olabilmektedir,
- Bu modele olan yabancı sermaye ilgisi, yabancılaşma ve kapitülasyonları çağrıştırabildiğinden kamuoyu tepkisine neden olabilmektedir,
- KÖİ sözleşmelerinin genelde çok uzun vadeli olması, uzun vadeli ödeme zorunluluğuna neden olabilmektedir,
- Genel bütçe esnekliği azalmakta ve yatırım planlama daha karmaşık bir hale gelebilmektedir,
- KÖİ uygulamalarına ilişkin ödemeler gider olarak yansımaktadır. Bundan dolayı KÖİ projelerinin maliyet boyutu bilançolarda görülmeyebil-

mektedir. Bu da bilanço tekniği açısından dikkate alınması gereken bir hususdur.

- Özellikle sözleşme tasarımında yapılan yanlış risk dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar uzun vadede bu modelde ciddi sorunlara yol açabilmektedir.
- Sözleşmelerin doğru hazırlanmamasına bağlı olarak işletme dönemi sorunlara sebebiyet verir.
- Kamu ve özel sektör yapısal uyumsuzluğu çatışma kültürünü tetikler.

1.6. Kamu Özel İşbirliği Modelinin Sağlık Sektöründe Uygulanması

KÖİ modeli sağlık sektörünün değişik altyapılarında kullanılsa da hastane sektöründe bu modelin uygulanmasının daha ön planda olduğu söylenebilir. KÖİ modelinin hastane sektöründe uygulanması için bazı faaliyetleri içeren bir sürecin tamamlanması gerekmektedir. Bu süreç aşağıdaki şekil yardımıyla gösterilmiştir.



Şekil 1. Hastane Yönetiminde Kamu Özel İşbirliği Modeli Geliştirmenin Basamakları (Asian Development Bank, 2013, s.7).

KÖİ yöntemi uygulanırken risk paylaşımının doğru tanımlanmaması çok önemlidir. Bu yöntemde atılacak her hatalı yönetim adımı bu projeler için olumsuzluklara sebep olacak, bunlar da hem mali kayıpları getirecek, hem de toplum sağlığını tehdit edecektir. Bu riskleri önlemek için "Şehir Hastaneleri Projesi Uygulama Süreci"ndeki her bir soru işaretine cevap aramak gerekir (Öztürk ve Billerlioğlu, 2017)

1.7. Dünyada Sağlık Sektörü Kamu Özel İşbirliği Modeli Uygulamaları

KÖİ denilince dünyada ilk akla gelen ülke İngiltere'dir. İngiltere'de özel sektör 1660 yılarında yol inşaatlarına katılım sağlamış, 1800'lü yıllarda bu katılım hız kazanmıştır. Dünyada KÖİ ile yapılan işlere bakıldığında bu modelin genellikle sağlık, ulaşım ve enerji gibi özel alanlarda yoğunlaştığını görürüz (Çakır,2016).

Sağlık alanında dünya genelinde KÖİ modelini yoğun olarak İngiltere, Almanya, Fransa, İtalya, İspanya, Polonya, Macaristan, Romanya, Avusturalya, Kanada, Portekiz. Japonya, Meksika, Güney Afrika ülkeleri uygulamaktadır (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).

Tablo 1. Dünyada KÖİ

	Merkezi Kullanım	Havaalanları	Savunma	Konut	Sağlık ve Hastaneler	Bilişim	Limanlar	Hapishaneler	Demiryolları	Hafif Raylı Sistemler	Yollar	Okullar	Spor Alanları	Arıtma Tesisleri
AB Üye Ülkeler														
Almanya	◑		◑		◔	◔		◑	○	○	◑	◕		◑
Fransa	◔	○	○		◑		○	◔	◑	◑	●		◔	●
İngiltere	●	●	●	●	●	●		●		●	●	●	●	●
İtalya	◑	◔		◔	◕		◔			◑	◕		◔	◕
İspanya	◔	◔			◑		●	◔	○	◔	●	○	○	◕
Yeni AB Ülkeleri														
Macaristan	○	○		◑	◔	◔		◔		○	◑	◑	◔	
Polonya	○	○		○	◑		◔						○	◑
Aday AB Ülkeleri														
Romanya		○		◔	◔						◑		◔	◔
Türkiye		◑		○	○				○	○	○			◑

○ Müzakereler Devam Ediyor
◔ Projeler Alım Aşamasında
◑ Çoğu Proje Onaylandı
◕ Önemi Sayıda Biten Proje
● Biten ve Uygulamada Proje

Kaynak; Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

2. BÖLÜM:

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

2.1. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Uygulanma Gerekçeleri

Türkiye'de 2002 yılı sonunda hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, köklü değişikliklerin yapılmasını zaruri kılmıştır. Bu çerçevede Ülkemizde sağlık hizmetlerinin; etkili, verimli ve erişilebilir olması, çağdaş ve nitelikli hâle getirilmesi, finansmanının sağlanması hedeflerini içeren, küresel gelişmeleri gözeten, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir Türkiye modeli olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" 2003 yılında uygulamaya koyulmuştur (Atasever, 2014).

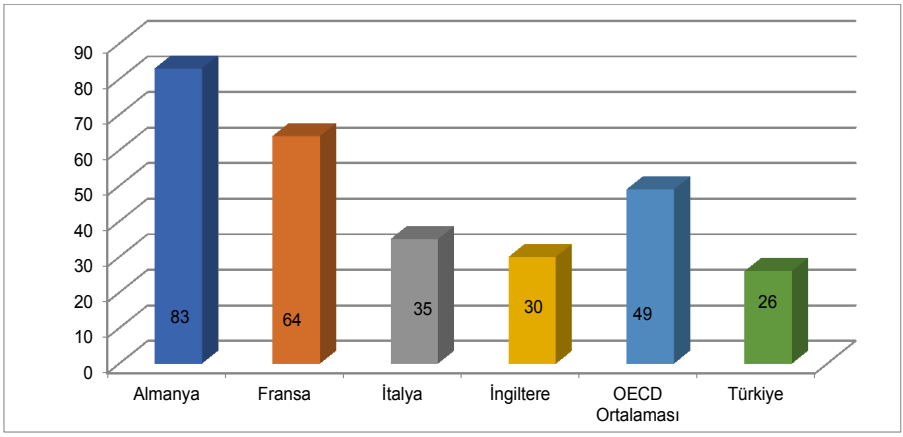
Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmet sunumunda rol alan tüm aktörler dikkate alınarak detaylı bir sağlık envanteri çıkarılmış, coğrafi, sosyo-ekonomik, demografik yapılar, epidemiyolojik özellikler dikkate alınarak planlamalar yapılmıştır. Yapılan planlamalar ilçe, il ve bölge düzeyinde yerinde incelenerek ve yerel yöneticilerle birlikte çalışarak hazırlanmıştır. Bu planlamalara göre 29 sağlık hizmet bölgesi ve her bir sağlık hizmet bölgesi için bölge sağlık merkezi konumundaki iller belirlenmiş ve Ülke genelinde 10.000 kişiye 32 yatak planlanmıştır (S. B. Stratejik Plan, 2010).

Isparta Şehir Hastanesi

OECD ülkelerinde on bin kişiye düşen yatak sayısı ortalaması 49'dur. Türkiye geneli ise 26'dır. Bu sayının 30'un üzerine çıkarılması hedeflenmektedir. Ayrıca tüm hasta yataklarının, nitelikli yatak (tek veya iki yataklı, içinde refakatçi kol-

tuğu, buzdolabı, televizyon, banyo ve wc olan odalar) haline getirilmesi hedeflenmiştir. Mevcut hastane yataklarının bir kısmı bu hale (nitelikli yatak) getirilebilirken teknik olarak nitelikli yatağa çevrilemeyenlerin yerine ise yenisinin yapılması gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetleri verileri incelendiğinde sağlık yatırımlarının artması gerektiği görülmektedir. Sınırlı kamu kaynakları ile artan sağlık hizmet taleplerini karşılamak için KÖİ modeli uygulamasına geçilmiştir (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).

Grafik 1. 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayıları



Kaynak; Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

2000'li yılların başında Ülkemizin modern hastane ve hasta yatakları ihtiyacı had safhaya ulaşmıştır. Eski sağlık binalarının ekonomik ömürlerini tamamlamaları sebebiyle bakım onarım maliyeti yüksek olmaktadır. Olası bir depremde, depreme dayanıklılığı düşük binalarda oluşacak can ve mal kaybı da yüksek olacaktır. Ameliyathane, poliklinik, laboratuvar gibi özellikli alanların yetersizliği nedeniyle mevcut işgücü, verimli kullanılmamaktadır. Hastane binalarının fiziki şartları, mimari tasarım yetersizlikleri nedeniyle hekim, sağlık personeli, tıbbi cihazların optimal kullanılamaması verimlilik kaybına neden olmaktadır. Teknolojik yenilikler altyapı yetersizlikleri nedeniyle hastanelerde uygulanamamaktadır. Bu açıdan Ülkemizde hastane yapımında klasik yöntemlerin dışında KÖİ gibi modellerin kullanılması elzem hale gelmiştir. Klasik yöntemler ile hastane yapmanın risklerini Türkiye uzun yıllar boyunca acı tecrübeler ile yaşamıştır. Bu riskleri şu şekilde özetlemek mümkündür (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017);

Tablo 2. Klasik Yöntemler ile Hastane Yapmanın Riskleri

Riskler	Açıklamalar	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek
Deprem Riski	Meydana gelecek bir depremde, depreme dayanıklılığı düşük binalarda oluşacak can ve mal kaybı				
İş Gücü Kaybi	Ameliyathane, poliklinik, laboratuar alanı sayısı gibi yetersizlikler nedeniyle mevcut işgücünün verimli kullanılmaması				
Verimlilik Kaybi	Hastane binalarının fiziki şartları, mimari tasarım yetersizlikleri nedeniyle hekim, sağlık personeli, tıbbi cihazların optimal kullanılamaması				
Bakim Maliyeti	Eski sağlık binalarının ekonomik ömürlerini tamamlamaları sebebiyle yüksek maliyetli bakım ve onarım ihtiyacı				
Teknolojik Maliyetler	Altyapı yetersizlikleri nedeniyle teknolojik yeniliklerin hastanelerde uygulanamaması				
Çalişan Güvenliği	Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş alanlarındaki yetersizlikler sebebiyle görev sırasında yaralanma vb. Can ve mal kaybına yol açılması				
Hastane Enefeksiyonlari	Hastanelerde fiziki ve uygulama şartları nedeniyle hastaların maruz kaldığı enfeksiyonların tekrar tedavi ihtiyacı				
Hasta Memnuniyeti	Hastanelerde fiziki ve operasyonel nedenlerle hastalara yüksek seviyede hizmet verilememesi				
Hasta Sevki	Sağlık tesislerindeki birimlerin birlikte olmaması sebebiyle hastaların sevk edilme ihtiyacı ve oluşabilecek olumsuzluklar				
Tedavi Çeşitliliği	Hastanelerde fiziki ve uygulama şartları nedeniyle özellikli tedavilerin uygulanamaması				

Kaynak; Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

KÖİ modeli ile tasarım, maliyet aşım, bakım onarım, yenileme, işletme, teknoloji, enerji verimliliği, iflas, siyasi, hukuki, iş artışı, kalifiye eleman, enfeksiyon, güvenlik riskleri özel sektöre devredilmektedir (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017);

Tablo 3. KÖİ Yöntemi İle Özel Sektöre Devredilen Bazı Riskler

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

Kaynak; Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017

Mersin Şehir Hastanesi

2005 yılında kanuni düzenlenmesi yapılan KÖİ yöntemiyle sağlık tesisi yaptırılması çalışmalarının temelinde; hazineye ait taşınmazların, üzerinde sağlık tesisi yapmaları için ihale ile belirlenen kişilere tahsis edilmesini, yüklenicilerin bu taşınmazlar üzerinde Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen özelliklerde sağlık tesisi yapmaları, bu sağlık tesislerini tekrar sözleşmelerinde belirlenen süre için Sağlık Bakanlığı'na kiralamaları ve belirlenen süre sonunda ise bu tesislerin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi yatmaktadır.

Şekil 2. KÖİ Yöntemiyle Şehir Hastaneleri Yapılma Gerekçeleri (Birinci, 2017)

Kamu Özel İşbirliği modeli şu aşamalardan oluşan bir yöntemdir (Atasever, 2014):

- Hazineye ait taşınmaza sağlık tesisi yapması için özel sektör yüklenicilerine ihale ile taşınmazın tahsisi yapılmaktadır.
- Yüklenici, bu taşınmazın üzerine tamamen kendi kaynakları ile Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen şartlarda sağlık tesisi yapmakta ve eğer sözleşmelerinde belirtilmiş ise yatırım nitelikli mal ve hizmetleri temin etmektedir.
- Tamamlanan sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na teslim edilmekte ve sözleşmede belirtilen süre zarfında ve yine sözleşmede belirlenen miktar üzerinden kira ödenmektedir. Yine sözleşme ile belirlenen ve sağlık hizmeti sunulan yerler dışında kalan ticari alanlardan ve ticari faaliyetlerden yüklenici gelir elde edebilmektedir. Ayrıca hizmet alımlarının yükleyiciye verilmesi mümkündür.

- Sözleşmede belirtilen tüm bakımlar ve yenilemeler firma tarafından yapılmaktadır.
- Sözleşmede belirlenen süre sonunda sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredilmektedir.

Bu yöntemin en büyük özelliği, kısa vadede tamamlanmasına ihtiyaç duyulan ancak kamunun finansman yetersizliği nedeniyle tamamlayamayacağı tesislerin, kamu arsalarını yükleniciye tahsis ederek tamamen kamu dışı kaynaklarla yaptırılmasıdır. Diğer bir ifade ile yatırımın yapılmasına kadar geçen süre için kamu bütçesinden hiçbir kaynak kullanılmadan ve sağlık tesisinin kullanılmak üzere devir alınmasından itibaren sadece kira bedeli ödenerek ihtiyaç duyulan sağlık tesisleri yaptırılmaktadır. Kira süresi; mevzuatında her ne kadar 49 yıl olarak belirlenmiş ise de uygulamada genelde 5 yılı inşaat dönemi 25 yılı işletme dönemi olmak üzere toplam 30 yıl olarak belirlenmektedir. Kamunun kira ödemesi sadece işletme dönemi ile sınırlıdır.

Yozgat Şehir Hastanesi

Sağlık Tesislerinin yapımı ile ilgili olarak Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) uygulaması, 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen bir madde ile hukuki bir alt yapıya kavuşturulmuştur. Daha sonra 2006 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla çıkarılan "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" hazırlanmıştır.

KÖİ modelinin sağlıkta uygulanmasının temel gerekçeleri, artan sağlık hizmet talebinin karşılanması, kamu kaynaklarının daha verimli kullanılması, sistem verimliliğinin arttırılması, deprem gibi yapısal etkilerinin azaltılması, maliyet etkin sağlık hizmeti verilmesi, ülkeye fon girişinin sağlanması, özel sektörün işletme ve organizasyon deneyiminden yararlanmak istenmesi olarak özetlenebilir. Öte yandan KÖİ modelinde yatırımlara harcanan para devletin borç stokunda gözükmemektedir. Yatırım ve finansman riskleri yükleniciye devredilmektedir. Bu açıdan KÖİ modeli modern sağlık yapılarının hızlıca hayata geçirilmesini hedefleyen bir finansal yatırım modeli olarak görülmektedir. KÖİ modeli özelleştirme değildir ve hastaneler işletme süresi sonunda bakımlı ve işler durumda kamuya teslim edilecektir. (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017)

Bu gerekçelerin yanı sıra Türkiye sağlık sisteminde KÖİ modelinin kullanılması ile ilgili olarak şunları da söylemek uygundur (Uçar; 2017);

- Mevcut hizmet veren sağlık tesislerinin yenilenmesini sağlamak,
- Hizmetleri; kapsamı, niteliği ve niceliği yönüyle bir bütün halinde sunmak,
- Tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak,
- Sağlık alanında bölgesel gelişimi tamamlamak,
- Hizmet kalitesini artırırken, maliyet etkin sağlık hizmeti sunmak,
- Eğitim ve araştırma hizmetlerini geliştirmek,
- Sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlamak,
- Yeterli sayıda nitelikli yatağı hizmete kazandırmak,
- Teşhis ve tedavide yeni teknolojileri kullanmak ve konseptleri uygulamak,
- Hasta yatış sürelerini kısaltmak,
- Aynı kampüs içerisinde, ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bütün sağlık hizmetlerini entegre bir şekilde sunmak,
- Hastaneler arası hasta naklini azaltmak,
- Hastane enfeksiyonlarını azaltmak,
- Hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırmak,
- Çalışan güvenliği, iş gücü ve hizmet kalitesini artırmak,
- Sağlık hizmet sunumunun performansını yükseltmek.

2.2. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Tarihçesi ve Mevzuatı

13.08.1999 tarih ve 4446 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun ile Türkiye'de KÖİ modelinin uygulanmasına yönelik ilk adım olarak gösterilebilir (Kerman vd. 2012).

Türkiye, KÖİ modellerini ilk uygulayan ülkelerden biridir. KÖİ, Türkiye'de 1980'lı yıllarda gündeme gelmiş ve o zamandan bu yana özellikle de elektrik üretimi ve içme suyu gibi alanlarda yararlanılmaya başlanmıştır (Uz, 2007, Tekin, 2004).

Adana Şehir Hastanesi İnşaatı

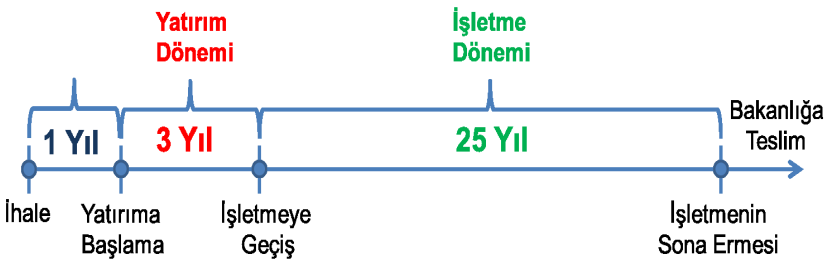
Sağlık sektöründe KÖİ'nin esası 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun'a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7. maddenin eklenmesine dayanmaktadır. Ek 7. madde, Türkiye'de hâlihazırda uygulama alanı bulan şehir hastanelerinin proje altyapıları için oldukça önem taşımaktadır. Şehir hastanesi projelerinin yapımı, finansmanı ve işletimi uygulamalarıyla ilgili uygulama esasları büyük ölçüde bu maddeye dayanmaktadır. KÖİ yöntemiyle yapılan şehir hastaneleri projelerinin önemli bir yasal dayanağı olan ek 7. maddenin ilk bendinde "Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir" ifadesi yer almaktadır (Resmi Gazete, 2005a). Bu maddeye göre Yüksek Planlama Kurulu yapılması gerektiğine karar verilen sağlık tesislerini belirlemekte ve daha sonra Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenmiş temel standartlara göre ihale ile belirlenecek gerçek ve tüzel kişilere kiralama karşılığında yaptırılmaktadır.

Sağlık sektöründe KÖİ uygulamasının gelişimine etki eden bir diğer düzenleme 3359 sayılı Kanun'un ek 7. maddesine göre çıkarılarak 22.07.2006 tarih ve 10655 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik'tir. Bu yönetmelikte ilerleyen süreçte iki değişiklik gerçekleştirilmiştir. İlk değişiklikle birlikte 2006 yılında yayımlanan ilk yönetmeliğin 13 maddesinde çeşitli değişikliklere gidilmiş ve ek olarak bir geçici madde ilave edilmiştir. Buna göre başta sözleşme ve üst hakkı sözleşmesi, ihaleye katılacak isteklilerle ilgili mali kriterler, ortak girişim şartları, kira bedel ve artışları olmak üzere sözleşmede bazı değişiklikler gerçekleştirilmiş ve bazı eklemeler yapılmıştır.

2.3.Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Kapsamı ve Uygulanması

Türkiye Sağlık sisteminde uygulanan KÖİ yönteminde sözleşmeler, özel hukuk hükümlerine tabidir. Tesisin ve ticari hizmet alanlarının yapımından, bakım ve onarımından, sözleşme süresi sonunda yerleşkenin her türlü borç ve taahhütten ari, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinden yüklenici sorumlu olacaktır. Yapım işinin tamamlanmasından önce hiçbir şekilde bedel ödemesi yapılmaz. Firma, projenin finansmanı, tasarımı, inşaatı ve tıbbi cihazlar ile diğer ekipmanın tedariki ve tesis için gerekli donanımını sağlamakla yükümlüdür. Firma ayrıca, görüntüleme, laboratuvar, sterilizasyon, rehabilitasyon gibi tıbbi destek hizmetleri ile tesislerin bakım ve onarımı, bilgi işlem, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek gibi destek hizmetlerinin sunumunu yapmaktadır. KÖİ Modelinde, entegre sağlık kampüsünün esaslı unsuru olan temel sağlık hizmetleri ise, bir kamu hizmeti olarak devlet tarafından sunulmaktadır (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).

***Şekil* 3.** KÖİ Süreçleri (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017)



KÖİ yöntemiyle yapılan şehir hastanelerinde Yüksek Planlama Kurulu (YPK) onay ve ihale sonuçlandırma süreci bir yıl, yatırım dönemi üç yıl ve işletme dönemi yirmi beş yıldır. Kamu Özel İş Birliği modelinde sürecin işleyişi; ön projenin idare tarafından hazırlanmasından sonra, kapsamlı bir şekilde projenin ön fizibilitesi hazırlanmaktadır. Hazırlanan ön fizibilite, Yüksek Planlama Kurulu (YPK) onayına sunulmakta ve ön fizibiliteye YPK tarafından yetki verildikten sonra ön yeterlik ihalesine çıkılmaktadır. Ön yeterliği geçen firmalar teklif vermeye davet edilmektedir. Birinci teklif sonrası proje eşitleme süreci ve firmaların teklifleri değerlendirilip, değerlendirmeyi geçen firmaların nihai teklifleri alınmaktadır. Açık eksiltme basın huzurunda yapılmakta, pazarlık süreci ve en avantajlı teklif sahibi ile sözleşme imzalanmaktadır.

KÖİ uygulama süreci ve kapsamın çerçevesi 6428 sayılı kanun ile belirlenmiştir. Buna göre; KÖİ süreci, yapım işleri, yenileme işleri, danışmanlık işleri, tıbbi ekipman tedariki ve kurulumu, mefruşat tedariki ve kurulumu, hizmetlerin sunulması süreçleri olarak ifade edilmektedir.

Adana Şehir Hastanesi

KÖİ yöntemi ile yapılacak iş ve işlemler ile ihaleler, 6428 Kanunun 11'nci Maddesinde belirtildiği üzere 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanuna tabi değildir.

Yapılacak ihalelerde ihale yetkilisi Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında ilgili birimin, Sağlık Bakanlığı onayı ile taşra birimlerince yapılmasına karar verilen işlerde ise ilgili taşra biriminin en üst yöneticisidir.

6428 Sayılı Kanun kapsamında yapılacak olan tesislerin yenileme veya yapım işlerinde, işlere yönelik araştırma, geliştirme, proje ve danışmanlık hizmetleri için aşağıdaki usullerinden biri uygulanabilir.

1. Açık İhale,
2. Belli İstekliler Arasında İhale yöntemi (Şehir hastanelerinin ihalelerinde tercih edilen yöntemdir) .
   a. Ön yeterlik b. Teklif (Ön teklif, Nihai teklif) c. Açık Eksiltme
3. Pazarlık

Gerek görülmesi hâlinde birden fazla tesis yapım veya yenileme işi tek bir ihale ile yaptırılabilir. İhalelerde, proje bazında işin niteliğine göre; ''En az maliyetle en yüksek fayda sağlayan teklif, ekonomik açıdan en avantajlı teklif" kabul edilir.

6428 Sayılı Kanun kapsamında yapılan KÖİ yönteminde uygulan İhalelere ilişkin genel hususlar şu şekilde sıralanabilir (2014/6282 Sayılı KÖİ Yön.) ;

- ✓Pazarlık usulü ile gördürülecek işlerde ilan yapılması zorunlu değildir. Diğer bentlere göre yapılacak işlerde ise en az bir hafta önceden ilan yapılması zorunludur. İlan yapılmayan hâllerde en az üç istekli çağrılır.
- ✓Yapılan ihale sonucunda idare, teklif edilen fiyatı fizibilitesine uygun bulmazsa ihaleyi iptal etmekte serbesttir. İhalenin iptalinden dolayı isteklilere karşı idarenin herhangi bir sorumluluğu doğmaz.
- ✓Açık İhale Usulü veya Belirli İstekliler Arasında İhale Usulü ile yapılan ihaleler, ön yeterlik veya teklif verme için belirlenen son müracaat tarihinden en az otuz gün önce olmak üzere Resmî Gazete 'de ve Türkiye çapında yayımlanan yüksek tirajlı iki gazetede ve işin gerektirdiği hâllerde yurt dışında bir gazetede en az birer defa ilan edilerek duyurulur.
- ✓İhalelerde toplam sabit yatırım tutarı veya teklif bedelinin en az %3'ü oranında geçici teminat, %3'ü oranında kesin teminat, sabit yatırımın tamamlanmasından sonra İşletme Döneminde ise %1,5'u oranında teminat alınır.

- ✓Üzerine ihale yapıldığı hâlde süresi içinde sözleşme imzalamayan yüklenicinin geçici teminatı Hazineye irat kaydedilir.
- ✓6428 Sayılı Kanuna göre gerçekleştirilecek ihalelerde ihale yetkilisi; Biri başkan olmak üzere, ikisi ihale konusunda uzman biri de muhasebe ve mali işlerde uzman olmak şartıyla, idare personelinden en az beş ve tek sayıda kişiden oluşan ihale komisyonu görevlendirir.
- ✓İdarece, ayrıca en az üç kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları görevlendirilir. Komisyonların çalışma usul ve esasları yönetmelikle düzenlenir.
- ✓4734 sayılı Kanuna göre ihalelere katılamayacak olanlar, bu Kanun kapsamındaki ihalelere de katılamazlar.
- ✓Kanun çerçevesinde yaptırılacak işlerdeki sabit yatırım içerisinde yer alan tıbbi donanımın en az yüzde yirmisinin yerli üretim olması zorunludur. Kullanılacak ürünlerdeki yerli üretim oranı, yerlilik şartları ve esasları ihale dokümanında belirtilir.
- ✓Kanun kapsamındaki ihalelerde, isteklilerden istenen belgelerde eksiklik olması hâlinde sonradan hangilerinin tamamlattırılabileceği yönetmelikle belirlenir.

İhalelerin neticelendirilip sözleşmelerin imzalanma sürecine geçilmesi aşamasında ise sözleşmelerde olmazsa olmaz hususlar vardır. Bunlara değinmeden önce sözleşme imzalama aşamasında firmadan beklenen yeterlilikler vardır. Öncelikle bunlara değinmekte fayda vardır. Bu hususlar (2014/6282 Sayılı KÖİ Yön.);

- ✓Yüklenici, sözleşme konusu işlerle ilgili gerekli tüm finansmanı sağlamakla yükümlü olup, yapım işleri için tahsis edeceği öz kaynak oranı, yatırım dönemi süresince sözleşmede belirtilen dönemsel yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz.
- ✓İdarece görevlendirilecek bir heyet tarafından yüklenici veya vekili ile birlikte tespit edilerek bir durum tespit tutanağı düzenlenerek, yüklenici arasında imzalanan yapım sözleşmesi süresi sonunda yerleşke, her türlü borç ve taahhütten ari, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda bedelsiz olarak kendiliğinden idareye geçer.
- ✓Projelerinin uygulanacağı yerlerin imar planları, Bakanlığın talep etmesi

hâlinde Çevre ve Şehircilik Bakanlığınca yapılır, yaptırılır, onaylanır.

- ✓Kanunun uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığının görüşleri alınmak suretiyle Bakanlıkça hazırlanacak ve Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.
- ✓KÖİ modeli ile gerçekleştirilmesi planlanan ve tutarı asgari beş yüz milyon Türk Lirası olması öngörülen yatırım ve hizmetlere ilişkin uygulama sözleşmelerinde, sözleşmelerin süresinden önce feshedilerek tesisin ilgili idareler tarafından devralınmasının öngörülmesi hâlinde, Müsteşarlığın uygun görüşü alınarak, borç üstlenim taahhüdü kısmen veya tamamen verilebilir.
- ✓Devlet memuru kadrolarındaki personel atamaları diğer hastanelerdeki gibidir.
- ✓Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesi çerçevesinde ihale süreci tamamlanmış olan veya devam eden işlere ait şartnamelerdeki, yüklenici tarafından yapılacak sağlık yerleşkesinin dışındaki taşınmazların ticari alan olarak işletilmek üzere yükleniciye verilebileceğine dair hükümler uygulanmaz ve sağlık yerleşkesi dışındaki taşınmazlar yükleniciye verilmez; ihale iş ve işlemleri ile yapılmış olan sözleşmeler, bu hükümler geçerli olmaksızın yürütülür.

Şehir hastanelerinde sözleşme, özel hukuk hükümlerine tabi olup süresi, sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere idarece belirlenir. Şirkete ilişkin bu genel hususlara değindikten sonra sözleşmede yer alan diğer hususlara da değinebiliriz.

Sözleşmede (2014/6282 Sayılı KÖİ Yön.);

- Tesisin ve ticari hizmet alanlarının yapım işlerinin projelendirilmesi,
- Finansmanının sağlanması,
- Yapım, bakım ve onarım İşleri,
- Yükleniciye bırakılan hizmetlerin yerine getirilmesi ile ticari hizmet alanlarının işletilmesi,
- Sözleşme süresi sonunda Bakanlığa devredilmesi sürecinde yüklenici sorumluluğu,
- Sözleşme süresince üçüncü kişilere vereceği her türlü zarardan yüklenicinin sorumluluğu,

- Sözleşmede öngörülen yükümlülüklerini yerine getirmemesi hâlinde İdarenin uğrayacağı zararın yükleniciden tazmini ve cezai şartlar,
- İdarenin sözleşmede belirtilen bedeli yükleniciye ödemekte gecikmesi hâlinde uygulanacak gecikme faizi ve şartları,

Hususları yer alır.

Yozgat Şehir Hastanesi Hasta Odası

KÖİ yöntemi ile yaptırılan şehir hastanelerinde yüklenici firmalar tarafından KÖİ Kanunu gereği idarenin muhatabı konumunda bulunacak ve yapım dönemi ile 25 yıllık işletme dönemi boyunca kalacak özel amaçlı bir şirket kurulmaktadır. Özel amaçlı şirket, şehir hastanesini yapmak ve işletmekle mükelleftir. Başka herhangi bir ticari faaliyet yapamaz. Özel amaçlı şirket, şehir hastanesinin yapımından ve yüklenici firma sorumluluğunda olan hizmetleri sağlamaktan idareye karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili idaresi şehir hastaneleri ile ilgili gerek kullanım gerekse hizmet bedeli ödemelerini bu özel amaçlı şirkete yapar. Özel amaçlı şirketin altında, biri yapımdan sorumlu diğeri ise işletmeden sorumlu iki adet alt yüklenici şirket bulunur. Bu şirketlerden; yapımdan sorumlu olan alt yüklenici şirket, yapımla ilgili işleri yapmakla, işletmeden sorumlu alt yüklenici şirket ise işletme dönemindeki hizmetleri sağlamakla mükelleftir.

İşletme dönemine geçilmesi ile birlikte şirkete yapılacak ödemeye esas bedellerin hangi şekilde belirleneceği ise Kanunun 5. Maddesinde belirtilmiştir. Şehir

hastanelerinin geri ödeme bedeli, Sağlık Bakanlığı döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir.

Bedel ve sözleşme süresinin tespitinde (2014/6282 Sayılı KÖİ Yön.);

- ✓ Yatırımın maliyeti ve projenin mahiyeti,
- ✓ Ekipman ve tıbbi donanımın yüklenici tarafından sağlanıp sağlanmayacağı,
- ✓ Yüklenicinin kârı,
- ✓ Yatırım konusu taşınmaz ve tesisteki hizmetlerin ve ticari hizmet alanlarının işletilmesinin yükleniciye verilip verilmeyeceği

hususları dikkate alınır.

Ödemelerde eskalasyon sonrası, nihai hak ediş hesaplanarak, Damga Vergisi, KDV eklenip fatura bedeli hesaplanır. Yapım işinin tamamlanmasından önce hiçbir şekilde geri ödeme bedeli yapılamaz.

Yüklenicinin, sözleşme süresince öz kaynakları dışında finansal tablosunda belirtilen toplam borç miktarında, yeniden finansman ve/veya borç yapılandırması suretiyle azalma meydana gelmesi hâlinde, borç miktarındaki azalma idare ve yüklenici arasında eşit oranda taksim edilerek kullanım bedeline yansıtılır.

KÖİ yönteminde hastane yapımı için yükleniciye tahsis edilen arsa, maliye hazinesi veya diğer kurumların olabilir. Gerekli izinler için Maliye Bakanlığı Milli Emlak Genel Müdürlüğüne tahsis için müracaat edilerek ön izin alınmaktadır. Yüklenici tarafından işin süresi sonrası bina ve arsa kullanılır durumda tekrar kamuya devredilmektedir.

Şehir hastanelerinde (sözleşmeye bağlı olmak üzere) yüklenici firma, toplamda 19 hizmet vermektedir. Bu hizmetlerden altı tanesi zorunlu hizmet, on üç tanesi isteğe bağlı hizmet grubunda yer almaktadır. Hizmetler beş yılda bir pazar testine tabi tutulacaktır (Çakır, 2017).

Şehir hastanelerinde zorunlu hizmetler (P1) 25 sene boyunca yüklenici firma tarafından sağlanmaktadır. Şehir hastanelerinde zorunlu olmayan hizmetler (P2) 25 sene boyunca yüklenici firma tarafından sağlanmaktadır. Bu hizmetler 5 yılda bir pazar testine tabidir. Bu hizmetlerin bedeli, yapılan sözleşme şartlarına göre yatırım bedeli haricinde ödenmektedir

Tablo 4. İsteğe Bağlı Olmayan Hizmetler
(yüklenici firma tarafından 25 yıl boyunca mecburi olarak görülecek hizmetler) ;

İSTEĞE BAĞLI OLMAYAN HİZMETLER			
	P1	S1	Bina ve Arazi Hizmetleri
	P1	S2	Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmetleri
	P1	S3	Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmetleri
	P1	S4	Mefruşat Hizmetleri
	P1	S5	Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri
	P1	S12	Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri

Kaynak; Uçar, 2017

Tablo 5. İsteğe Bağlı Olan Hizmetler
(idarenin iradesi ile yüklenici firmaya verilecek hizmetler);

İSTEĞE BAĞLI HİZMETLER			
	P2	S6	İlaçlama Hizmetleri
	P2	S7	Otopark Hizmetleri
	P2	S8	Temizlik Hizmetleri
	P2	S9	Hastane Bilgi Yönetim Sistem Hizmetleri
	P2	S10	Güvenlik Hizmetleri
	P2	S11	Hasta Yönlendirme ve Refakat Hizmetleri / Resepsiyon/ Taşıma Hizmetleri
	P2	S13	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
	P2	S14	Yemek ve Yemekhane Hizmetleri
	P2	S15	Laboratuvar Hizmetleri
	P2	S16	Görüntüleme Hizmetleri
	P2	S17	Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
	P2	S18	Atık Yönetimi
	P2	S19	Rehabilitasyon

Kaynak; Uçar, 2017

Şehir hastaneleri projelerinde varsa otel, restoran, eczane gibi ticari alanlar, P3 hizmetleri adı altında yüklenici firma tarafından 25 sene boyunca işletilmektedir. Yüklenici firmaya tahsis edilen bu ticari alanların bedeli yatırım tutarından mahsup edilecek olup bu alanların kiraya verilmesinden veya işletilmesinden dolayı elde edilen gelir yüklenici firmaya aittir (Canbey, 2017).

Şehir hastanelerinde sağlık hizmeti sunumu süreç yönetimi (yönetim modeli) tıbbi hizmetler, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve ilgili yönetmelikler çerçevesinde verilecektir. Sağlık tesislerinde 19 kalemden oluşan tıbbi destek ve destek hizmetlerinin tıbbi hizmetlerle uyumlu çalışması ve ortaya çıkacak sorunların idare ve şirket arasında çözülmesi için koordinasyon kurulu bulunmaktadır. Koordinasyon kurulunun görevleri sözleşmede açıklanacaktır.

696 Sayılı KHK ile 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun hükümleri çerçevesinde faaliyete geçen tesislere taşınması nedeniyle faaliyetleri sona erdirilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, bu kurum ve kuruluşların kapatılma tarihinde birinci fıkrada belirtilen hizmet alımları kapsamında çalıştırılmakta olanlardan 04.12.2017 tarihi itibarıyla söz konusu tesislerde çalışanlar, sürekli işçi kadrolarında sözleşmeli personel olarak istihdam edilecektir. Bu fıkra kapsamında geçirilecek işçiler, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kurumlarının ihtiyaç bulunan birimlerinde ihdas, tahsis ve vize edilmiş sayılan kadrolarda çalıştırılır. Ancak bu fıkra kapsamındaki işçiler ile bu madde uyarınca sürekli işçi kadrolarına geçirilmekle birlikte bu fıkranın yürürlüğe girdiği tarihten sonra 6428 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde faaliyetleri sona erdirilecek olan sağlık kurum ve kuruluşlarında kapatılma tarihi itibarıyla çalışan ve Sağlık Bakanlığınca ihtiyaç fazlası olarak belirlenen işçiler, işçi ihtiyacı bulunduğunu bildiren idarelerde ihdas, tahsis ve vize edilmiş sayılan sürekli işçi kadrolarına Devlet Personel Başkanlığınca yerleştirilir. Bu fıkranın uygulanmasında bu maddede öngörülen süreleri artırmaya Maliye Bakanlığı'nın görüşü üzerine Sağlık Bakanlığı; ihtiyaç fazlası işçilerin diğer idarelere yerleştirilmesine ilişkin hususları belirlemeye ise Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın görüşleri üzerine Devlet Personel Başkanlığı yetkilidir (696 Sayılı KHK).

Mersin Şehir Hastanesi Poliklinik Koridorları

KÖİ yönteminde işletme döneminde bina kullanım bedeli 3 ayda bir, hizmet bedeli ödemeleri ise aylık olarak yapılacaktır.

Kamuoyuna yanlış olarak aktarılan bir husus ise Şehir hastanelerinde %70 doluluk oranıyla çalışacağına dair Özel Amaçlı Şirkete garanti verildiği bilgisidir. Şehir hastanelerinde yüzde 70 doluluk oranıyla çalışacağı garantisi verilmemektedir. Sağlık Bakanlığı, 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu uygulamalarında olduğu gibi ihale sırasında miktara bağlı hizmetler için yıllık %70 doluluk oranına göre hesaplanan miktarları aylık ve yıllık bazda belirtilen miktar kadar almayı ve bedelini ödemeyi taahhüt etmektedir. Bu %70'lik garanti miktar üzerinde bir talep oluştuğunda ise belli bir hesaplamaya göre indirim uygulanmaktadır. Ayrıca yılsonunda, o yıl için belirlenen total miktar aşılmışsa geçmişe yönelik fazla ödenen tutarlar yüklenici firmayla idare arasında mahsup edilmektedir.

Şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri kamu personeli aracılığıyla verilmektedir. Bu personel şehir hastanelerine geçmeden önce hangi haklara sahipse, aynı haklara sahiptir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından KÖİ modeli ile yapılacak hastanelerden tüm vatandaşlar eşit şekilde ve mevcut kamu hastaneleri ile aynı ödeme sistemi ile yararlanmaya devam etmektedirler.

KÖİ yönteminde sözleşmelerde Türk Hukuku uygulanacak olup, uluslararası garantörlerle sorun yaşanırsa ihtiyaç halinde uluslararası tahkime gidilebilecektir.

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

KÖİ yönteminde 6428 sayılı kanun ile birlikte 28.03.2002 tarihli ve 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun'un 8/A maddesine göre KÖİ projelerinde maddedeki şartların karşılanması kaydıyla hazinenin borç üstlenimi yapılabileceği düzenlenmiştir.

6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınmasına ilişkin kanuna göre yapılacak şehir hastanelerine alınacak sabit yatırım içerisindeki tıbbi donanımın en az %20 'sinin yerli üretim olması zorunludur.

Şehir hastanelerinde kur fiyatlarındaki artış enflasyon artışından yüksekse bu durumdan kaynaklanan kur fiyatlarındaki artış riski Sağlık Bakanlığı tarafından yüklenilmektedir. Bu konu ile ilgili kanuni düzenleme şu şekildedir. "kira artışının yapılacağı tarihteki döviz kuru sepetindeki artışın (ÜFE+TÜFE)/2 oranındaki artıştan yüksek olması halinde, döviz kuru sepetindeki artış, İdare tarafından hesaplanan düzeltme katsayısı marifetiyle yıllık kira artış oranına çarpan olarak eklenir" Bu durumda hesaplama şu şekilde yapılmaktadır. Enflasyon artışı ile döviz kuru artışı arasındaki fark 0.25 den yüksekse artışın %87,5'i, 0,25 den küçükse veya eşitse artışın yarısı Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanacaktır.

2.4. Sağlık Sisteminde KÖİ Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

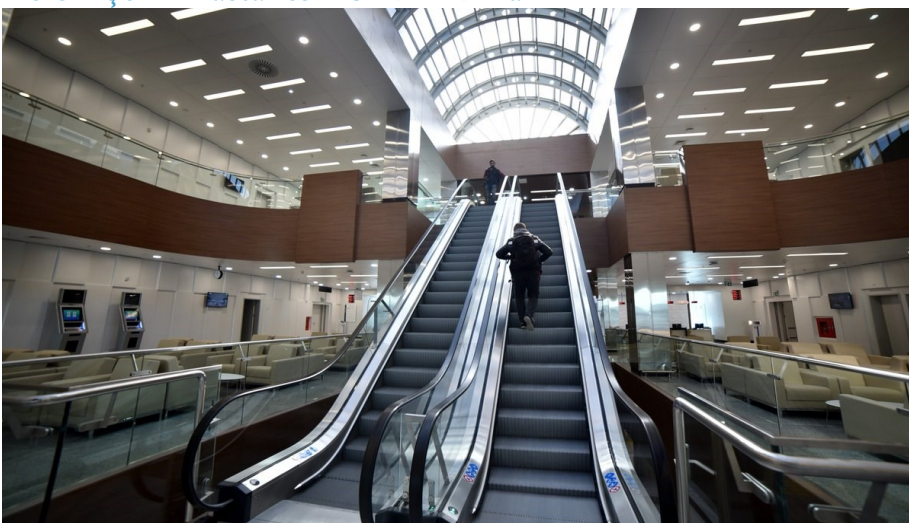
Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği modeli ile yaptırılacak şehir hastanelerinin sağlık sistemine kattığı çeşitli avantaj ve dezavantajlar bulunmaktadır (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).

2.4.1. Sistemin Avantajları;

- ✓ Finansman özel sektörce sağlandığından yapım dönemi için ödenek ayrılması söz konusu değildir. Yatırımın karşılığı işletme süresince kullanım bedeli şeklinde ödenir. Ödemeler tesisler teslim alındıktan sonra başlar.
- ✓ Tesisler; işletme süresi boyunca 'kullanılabilirlik' ilkesine göre kiralanmaktadır. Proje hatası, uygulama hatası, hatalı malzeme seçimi vb. nedenlerle sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açan 'kusurlar ve engeller' ortadan kalkmadığı ve düzeltilmediği süre için ceza kesilerek kullanım bedelinden düşülür.
- ✓ Projenin geliştirilmesi isteklilerce yapıldığından projenin sorumluluğu Yüklenici tarafından üstlenilmektedir. İşletme döneminde proje üzerinde yapılacak değişikliklerde yüklenici aynı zamanda proje müellifi olması nedeniyle herhangi bir sorunla karşılaşmayacaktır.
- ✓ Yatırımlara harcanan para devletin borç stokunda gözükmemektedir. Kamu idaresinde özel sektör kapasitesinin vatandaşa hizmet için kullanılmasına imkân vermektedir. Yatırım ve finansman riskleri yükleniciye devredilmektedir.
- ✓ Modern sağlık yapılarının hızlıca hayata geçirilmesini hedefleyen bir finansal yatırım modeli olup, özelleştirme değildir ve hastaneler işletme süresi sonunda bakımlı ve işler durumda kamuya teslim edilecektir.
- ✓ İşletme süresi sonunda Bakanlık ayrıca bir bedel ödemeyecektir. İşletme süresi sonunda hastaneler bakımlı ve işler durumda Bakanlığın teslim edileceğinden hem yirmi beş yıl boyunca vatandaşlara hizmet verecek hem de yirmi beş yılın sonunda hastaneler bakımlı olacaktır. Hastalarımız yurtdışı sağlık imkânlarından yararlanmak için artık yurt dışına gitmeyecek aksine hastalar yurt dışından ülkemize tedaviye gelecektir. Hekimlerimiz her daim teşhis ve tedavide yeni teknolojik gelişmelere daha hızlı ulaşmış olacaktır.
- ✓ KÖİ modeli hastanelerde özel sektörün hızlı karar alması ve bu kararları uygulamaya koyması, ödenek yetersizliği gibi sorunların yaşanmaması gibi nedenlerle kamuda hastane yapılarında uygulanamayan ileri teknoloji yapılarının uygulanmasına imkân sağlar.

- ✓ KÖİ modeli hastaneler teknolojik olarak; yeşil hastane sistemleri, trijenerasyon, deprem izolatörleri, yatak başı kapalı alanlarda dünya standartları üzerinde artış, kapalı otopark, hastane içinde yürüyen bantlı merdivenler gibi sistem ve yapısal kazanımlar sağlamıştır.
- ✓ Bakım onarım maliyetlerinin ekonomik olması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarılması, hasta yatış sürelerinin kısalması, teknolojik uygulamaların maliyetinin düşmesi gibi ekonomik kazanımlar sağlanmıştır.
- ✓ Çalışanlar için sağlıklı yaşam merkezleri ve sosyal alanlar, ergonomik ve konforlu çalışma ortamı, çalışan güvenliği, iş kolaylığı ve memnuniyetin artması, hizmet kalitesinin artması gibi iş gücü ve çalışan sağlığına yönelik kazanımlar sağlanmıştır.
- ✓ Tedavi çeşitliliğinin ülke geneline yayılması, hizmet kalitesinin artması, yeterli sayıda nitelikli yatak, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin kullanılması, hastane enfeksiyonlarının azalması gibi tıbbi kazanımlar sağlanmıştır.

Mersin Şehir Hastanesi Poliklinik Alanı



2.4.2. Sistemin Dezavantajları;

- ✓ Proje bedeli ödemelerinin uzun dönemli olması sebebiyle kamuoyunda projelerin pahalı olduğu algısı oluşmaktadır.
- ✓ Sözleşmelerin karmaşık olması, uygulamada kavram kargaşası ve uygulama zorluğu oluşturabilecektir.

- ✓ Projelerin yatırım ve işletme dönemiyle birlikte uzun dönemde tamamlanması nedeniyle yüklenici, muhtemel riskleri mümkün olduğunca fiyata yansıtmaya çalışmaktadır.
- ✓ İşletme döneminde kamunun ve özel sektörün ortak yönetim faaliyetlerinden doğacak zafiyetler, uzun dönemde yatırımcı ve idarenin değişen çalışanlarının yazılı işletme kılavuzlarını anlama farklılığından kaynaklanan sorunlar oluşabilecektir.
- ✓ Borçlanmanın özel sektörce yapılması nedeniyle kaynak maliyetinin nispeten yüksek görülmesi gibi bir riski barındırmaktadır.
- ✓ İşletme sürecinde her iki tarafında KÖİ modeli hususunda tecrübesiz olması nedeniyle sorunların çözümü yavaş ilerlemekte yeni alt mevzuatlara ihtiyaç duyulmaktadır.

2.5. Türkiye Sağlık Sisteminde KÖİ Uygulamasına İlişkin Güncel Veriler

Haziran 2018 itibariyle Yozgat, Isparta, Mersin, Adana ve Kayseri şehir hastaneleri hizmete açılmıştır. Hizmete açılan şehir hastanelerinin yatak sayısı 5.681 olup yapılması düşünülen şehir hastanelerinin toplam yatak sayısının %13,5'ine tekabül etmektedir. 2018 sonuna kadar Ankara Bilkent, Elazığ, Manisa ve Eskişehir şehir hastanelerinin hizmete açılması planlanmaktadır.

2.5.1. Şehir Hastaneleri Kapasite Bilgileri

Aralık 2017 itibariyle Sağlık Bakanlığınca yapılan veya yapımı planlanan şehir hastanelerinin sayısı 32'dir. Bu şehir hastanelerinin planlanan toplam yatak kapasitesi 42.199 adet olup bunların 5.681 âdeti hizmete açılmıştır (S.B. TBMM PBK Sunu, 2017). Bu yatırımlar tamamlandığında 12 Milyon metrekare yeni hastane alanı sisteme kazandırılmış olacaktır (Birinci, 2017).

Tablo 6. YPK Onayı Alınmış Ve Sözleşmesi İmzalanmış Şehir Hastaneleri

Proje Aşaması	İller	Yatak Sayısı	Açılış Tarihleri	Fiziki Tamamlama Yüzdesi
Yapımı Tamamlananlar	Yozgat	475	Açıldı	%100
	Isparta	755	Açıldı	%100
	Mersin	1.294	Açıldı	%100
	Adana	1.550	Açıldı	%100
	Kayseri	1.607	Açıldı	%100
İnşaatı Devam Edenler	Ankara (Bilkent)	3.704	2018	%70
	Manisa	558	2018	%58
	Elazığ	1.038	2018	%55
	Eskişehir	1.081	2018	%40
	Ankara (Etlik)	3.557	2019	%35
	Konya (Karatay)	838	2019	%11
	Bursa	1.355	2019	%7
	Kütahya	600	2019	%0
	Tekirdağ	480	2019	%0
	FTR-YGAP *	2.400	2019	%0
	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	-	2019	%0
	Gaziantep	1.875	2020	%18
	Kocaeli	600	2020	%12
	İzmir Bayraklı	1.700	2020	%7
	İstanbul (Başakşehir)	2.682	2020	%1
	Şanlıurfa	1.700	2020	%0
Toplam		**28.149**		

Kaynak; Sağlık Bakanlığı TBMM 2018 Yılı Plan Bütçe Komisyon Sunumu
*Fizik Tedavi Rehabilitasyon-Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri

Tablo 7. Projelendirme Aşamasında Şehir Hastaneleri

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

Kaynak; Sağlık Bakanlığı TBMM 2018 Yılı Plan Bütçe Komisyon Sunumu

2.5.2. Maliyeti;

Sözleşmesi imzalanan projelerin yatırım tutarı 22,2 milyar TL (Aydın, 2017). 2017 Sonu itibariyle sözleşmesi imzalanan şehir hastaneleri ve projelendirme aşamasındaki şehir hastanelerinin toplam sabit yatırım tutarı 30 Milyar TL civarında olup KÖİ modelinde proje yatırımlarında yüzde 20 öz kaynak yüzde 80 kredi kullanılmaktadır (Birinci, 2017). Bu projeler tamamlandığında 25 yıl boyunca 2017 yılı rakamlarıyla bina kullanım bedeli için yıllık 5,4 milyar TL civarında ödeme yapılacağı tahmin edilmektedir (Aydın, 2017).

Sözleşmesi imzalanan 21 projenin tıbbi cihaz yatırım tutarı yaklaşık olarak; medikal ekipman yatırım tutarı 2,5 Milyar TL, mefruşat yatırım tutarı 500 Milyon TL olmak üzere toplam 3 Milyar TL'dir. Proje aşamasında olanların ise medikal ekipman yatırım tutarı 850 Milyon TL, mefruşat yatırım tutarı 150 Milyon TL olup toplamı 1 Milyar TL civarında daha tıbbi cihaz yatırımı yapılacağı tahmin edilmektedir. Şehir hastaneleri tamamlandığında toplam yatırım maliyetinin yaklaşık olarak 4 Milyar TL'sinin medikal ekipman ve mefruşat yatırımı olacağı tahmin edilmektedir. Şehir hastanelerinde yatırım kapsamında temin edilen tıbbi cihazların tamamlanmış olan projelerdeki ortalama yerli ürün oranı %25 civarındadır (Taflan, 2017).

2.5.3. Geri Ödemeler

Toplam Ödeme = Kullanım Bedeli + Hizmet Bedeli

Şehir hastaneleri için yüklenici firmaya işi bitirdikten sonra Sağlık Bakanlığı tarafından 2 tür ödeme yapılacaktır (Canbey, 2017) :

A. Kullanım Bedeli Ödemeleri (KB) **B.** Hizmet Ödemeleri (HÖ)

A. Kullanım Bedeli Ödemeleri (KB) ; Kullanım bedeli, yatırım döneminde (3/5 yıl) yüklenici firmanın yatırımını yaptığı sağlık tesislerinin idare tarafından kullanılması karşılığında, yani yüklenici firmanın toplam sabit yatırım tutarı kadar yaptığı yatırımın işletme dönemi boyunca (25 yıl) Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan geri ödemesidir.

B. Hizmet Ödemeleri (HÖ); Hizmet ödemeleri ise ihtiyari ve mecburi hizmetlerin, yüklenici firma tarafından işletme dönemi boyunca sunulması karşılığında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ödemedir.

Kullanım bedeli ödemeleri her üç aylık dönemin başında yapılırken hizmet ödemeleri aylık olarak yapılmaktadır. Kullanım bedeli ödemeleri sağlık tesisinin yatırım maliyetlerini (İnşaat maliyetleri, borçlanma maliyetleri vs.) karşılamak amacı ile yapılmaktadır.

Hizmet ödemeleri yüklenici firma tarafından verilen hizmetlerden ve bakım onarım faaliyetlerinden kaynaklı maliyetleri karşılamak amacı ile ödenmektedir.

Kullanım bedeli ödemeleri ve hizmet bedeli ödemelerine TÜFE ve ÜFE artışlarının ortalaması %100 oranında yansıtılmaktadır. Buna ek olarak, kullanım bedeli ödemeleri TÜFE ve ÜFE artış ortalamasından daha fazla olan döviz artış riskine karşı da korumaya alınmıştır. Dolayısıyla şehir hastanelerinde yüklenici firma için uygulanan ödeme mekanizması, Türk Lirası değer kaybına karşı koruma sağlamaktadır. Buna göre döviz artışı yaşanan hiç bir dönem bir önceki dönemde yapılan ödemelerin o dönemki döviz karşılığından daha az tutarda kullanım bedeli fatura edilememektedir. Bu koruma aynı zamanda şehir hastanelerinin finansmanında yer alan bankaların yatırıma güvenlerini artırmaktadır. Kur dalgalanmaları veya enflasyon oranındaki düşüşler sonucu üç aylık dönem için hesaplanan kullanım bedelinin yabancı döviz cinsinden

karşılığının, bir önceki döneme kıyasla daha düşük tutarda olması durumunda koruma katsayısı devreye girmektedir. Buna bağlı olarak, kullanım bedeli Türk Lirası cinsinden revize edilmekte ve bir önceki dönemin döviz kuru kriterleri sağlanmaktadır.

Şehir hastanelerinin yüklenici firmaya geri ödemeleri Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılmaktadır.

Kullanım Bedeli Ödemesi Şu Şekilde Formüle Edilmektedir;

KBD = KB0 x Gün Sayısı/365 x Aşama% x Enflasyon Faktörü x Kesintiler x Düzeltme Katsayısı

KB0 = Nihai Teklif Tarihi Kullanım Bedeli
Enflasyon Faktörü = Sözleşmede tanımlanan TÜFE-ÜFE değerleri
Düzeltme Katsayısı = Döviz kuru düzeltmesi
Aşama; Teslim edilen inşaat oranı
Kesintiler; Sözleşmeye uygun yapılmayan veya iptal edilen işler dolayısıyla uygulanan kesintiler

Hizmet ödemeleri iki alt başlığa ayrılmaktadır:

1. Miktara bağlı olmayan hizmetler; Kullanıma bağlı olarak ödeme tutarının değişiklik göstermeyeceği hizmetler
2. Miktara bağlı hizmetler; Doluluk oranlarına göre ödeme tutarının değişiklik göstereceği hizmetler.

MİKTARA BAĞLI OLMAYAN HİZMETLER			
	P1	S1	Bina ve Arazi Hizmetleri
	P1	S2	Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmetleri
	P1	S3	Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmetleri
	P1	S4	Mefruşat Hizmetleri
	P1	S5	Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri
	P2	S6	İlaçlama Hizmetleri
	P2	S7	Otopark Hizmetleri
	P2	S8	Temizlik Hizmetleri
	P2	S9	Hastane Bilgi Yönetim Sistem Hizmetleri
	P2	S10	Güvenlik Hizmetleri
	P2	S11	Hasta Yönlendirme ve Refakat Hizmetleri/Resepesiyon/ Taşıma Hizmetleri
	P1	S12	Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri

MİKTARA BAĞLI HİZMETLER			
	P2	S13	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
	P2	S14	Yemek ve Yemekhane Hizmetleri
	P2	S15	Laboratuvar Hizmetleri
	P2	S16	Görüntüleme Hizmetleri
	P2	S17	Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
	P2	S18	Rehabilitasyon Hizmetleri
	P2	S19	Atık Hizmetleri

Hizmet Ödemeleri (HÖD) Şu şekilde formüle edilmektedir;

HÖD = HÖMBO + HÖMTD + HÖMD

HÖMBO = Miktara Bağlı Olmayan Hizmetler

HÖMTD= Miktara Bağlı Tıbbi Destek Hizmetleri

HÖMD= Miktara Bağlı Destek Hizmetleri

Hizmetlerin sağlanmasında oluşacak eksiklikler için Sağlık Bakanlığı ödemelerinde kullanım bedeli ödemesinin %10'unu, hizmet ödemesinin ise %20'sini geçmeyecek şekilde kesinti yapma hakkına sahiptir.

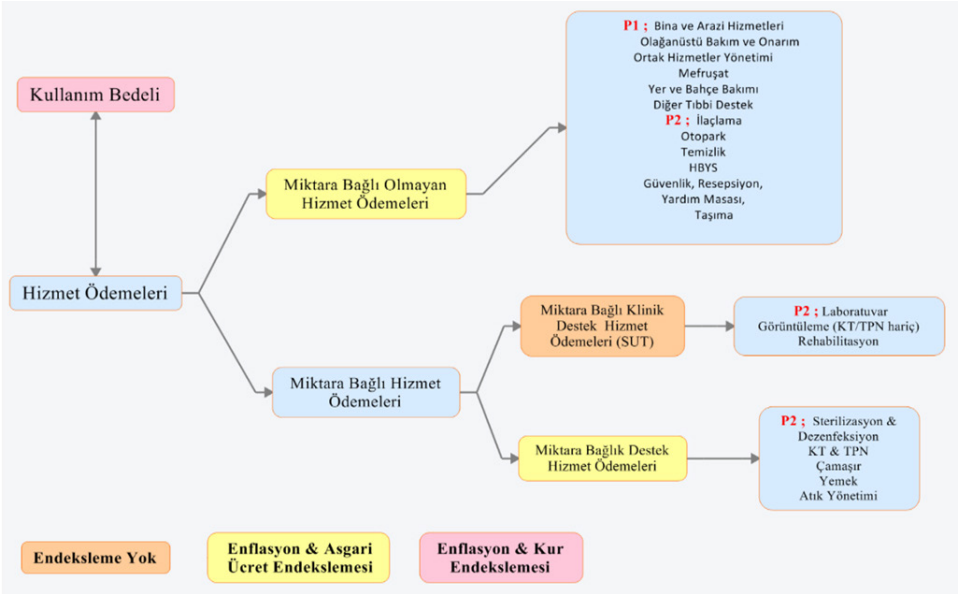
Sağlık Bakanlığı %70 doluluk oranına eşit miktarlar için ödeme garantisi sağlamaktadır. Bu %70'lik garanti miktar üzerinde bir talep oluştuğunda ise belli bir hesaplamaya göre indirim uygulanmaktadır.

Tablo 8. Garanti Puan Üstü İndirim (Y –Faktörü) Oranları

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

Kaynak; Ahmet Bilal Dostbil Sunumu, 2016

Şekil 4. KÖİ Sözleşmelerine Göre Yüklenici Firmaya Yapılacak Ödeme Süreci (Şehir Hastaneleri Finansman Süreçleri Sunusu)



3. BÖLÜM:
GEREÇ VE YÖNTEM

Şehir hastanelerinin Türkiye sağlık sisteminin birçok ihtiyaç kalemini karşılayacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan dış kaynak kullanımı alanının genişletilmesi, kullanım ve hizmet bedellerinin ödenmesi, entegre hizmetlerin sunulması ve tesis kapasitesinin artırılması, yeni yerleşim yerlerinde inşa edilmesi gibi faktörler nedeniyle çalışanların özlük haklarına ve çalışma koşullarına ve vatandaşların sağlık hizmetleri karşısındaki algılarına yönelik bazı endişelerin olabileceği riski vardır. Bu nedenle Sağlık-Sen tarafından sağlık hizmet sunumunu önemli derecede etkileyen bu modelin incelenmesi gerektiği düşünülerek bu araştırma planlanmıştır. Bu çalışma ile ortaya konacak önerilerin Ülkemizde KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinin daha iyi uygulanması yönünde Türkiye sağlık sistemine katkı sunacağı düşünülmektedir.

Mersin Şehir Hastanesi Ziyareti

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı Kamu Özel İşbirliği yöntemiyle Türkiye sağlık sistemine giren Şehir Hastaneleri modelinin, sağlık sistemi, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetinden faydalananlar açısından değerlendirilmesi, modelin olumlu ve olumsuz yönlerinin tespit edilmeye çalışılması ve modelin daha iyi çalışması konusunda önerilerin geliştirilmesidir.

Yozgat Şehir Hastanesi Başhekimlik Ziyareti

Araştırma sonucunda aşağıdaki hedeflere ulaşılması beklenmektedir:

- ✓KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastaneleri modelinin gelişimi, mevzuatı, uygulaması, yönetimi ve işletme sisteminin anlaşılması,
- ✓KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastaneleri modeli ile ilgili SWOT analizi yapılarak model ile ilgili öneriler sunulması,
- ✓KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinde görev yapan sağlık personelinin çalışma koşullarıyla ilgili düşüncelerinin belirlenmesi,
- ✓Sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastaneleri modeli hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi,
- ✓Vatandaşların KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinde sunulan hizmetler hakkındaki algılarının belirlenmesi,
- ✓Çalışma sonucunda KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinde verilen hizmetin daha iyi sunulması için önerilerin geliştirilmesi bu araştırma kapsamında elde edilmesi planlanan temel beklentilerdir.

Elde edilecek bilgilerin; her ne kadar çalışma yapılan şehir hastaneleri ile ilgili olacağı düşünülse de hâlihazırda hizmet veren veya yapımı devam eden diğer şehir hastanelerinin faaliyete geçmesiyle birlikte buralarda sunulan sağlık hizmetlerine de katkı vereceği düşünülmektedir.

Adana Şehir Hastanesi Başhekimlik Ziyareti

3.2. Araştırmanın Yöntemi

KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastaneleri modeliyle oluşturulan hastaneler yaklaşık bir yıldır Türkiye sağlık sisteminde hizmet vermektedir. Çalışmanın yapıldığı tarih itibariyle Türkiye'de Mersin, Adana, Yozgat ve Isparta şehir hastaneleri hizmete girmiştir. Bu hastaneler arasında yer alan Mersin, Adana ve Yozgat Şehir Hastaneleri'nde bu çalışmanın yürütülmesine karar verilmiştir. Yozgat şehir hastanesi 2017 yılının ocak ayında, Mersin şehir hastanesi 2017 yılının şubat ayından itibaren hasta kabulüne başlamıştır. Bu yönüyle en erken hizmet vermeye başlayan şehir hastaneleri bunlardır. Verilerinin bir yıllık süreci kapsaması gibi faktörler, analiz ve değerlendirme için Yozgat ve Mersin Şehir Hastanesi'nin seçilmesinde temel etkenler olmuştur. Adana Şehir Hastanesi ise, çalışmanın yapıldığı dönem itibariyle faaliyet gösteren en yüksek kapasiteli şehir hastanesi olması, Mersin Şehir Hastanesine yakın olması, yeni bir hizmet birimi olan yüksek güvenlikli adli psikiyatri birimine sahip olması, eğitim ve araştırma hastanesi olarak açılan ilk şehir hastanesi olması gibi faktörler nedeniyle seçilmiştir. Çalışmanın yapıldığı 2017 Mart itibariyle Ülkemizde faaliyete geçmiş olan 4 şehir hastanesinin (4.100 yatak) ile bu hastanelerin %75'ine (3.350 yatak) ulaşılmıştır.

Mersin Şehir Hastanesi Başhekimlik Ziyareti

Hastanelerin fiziki altyapıları ve genel özellikleri ile ilgili bilgilerin elde edilmesi amacıyla Mersin İl Sağlık Müdürlüğü ve Mersin Şehir Hastanesi yöneticilerinin refakatinde teknik gezi düzenlenmiş, hastanenin genel işleyişi ve fiziki olanakları hakkındaki genel bilgiler, doğrudan gözlem yöntemiyle elde edilmiştir. Yöneticilerin ve çalışanların şehir hastaneleri modeli ile ilgili düşüncelerinin derinlemesine araştırılmak istenmesi nedeniyle odak grup görüşmesi yapılması planlanmıştır. Farklı düzeyde bilgilerin ve önerilerin elde edilebilmesi için görüşme yapılacak gruplar dörde ayrılmış, çalışma ekibi tarafından görüşme yapılacak gruplara yönelik özel yarı yapılandırılmış görüşme formları oluşturulmuştur.

Birinci grupta şehir hastanelerinin üst düzey yönetiminden sorumlu olan 10 kişilik bir ekiple, 26.02.2018 tarihinde, yöneticiler için oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu çerçevesinde görüşülmüştür. İkinci görüşmede hastanenin farklı servislerinde ve idari birimlerinde görev yapan birim yöneticileri ile birim yöneticilerine özel olarak hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu yardımıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. 27.02.2018 tarihinde doğrudan sağlık hizmetini sunan ve destek hizmetlerini yürüten farklı servislerdeki yaklaşık 15 sağlık çalışanıyla, çalışanlara özel oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Bu görüşmeden sonra Sağlık-Sen Mersin Şubesi ve hastane temsilcilerinin oluşturduğu yaklaşık 10 kişilik bir grupla sendikal bakış açısı çerçevesinde çalışanlar tarafından belirtilen sorunlara ve çözüm önerilerine yönelik konular ele alınmıştır. Toplamda dört görüşmenin gerçekleştirildiği çalışmada her bir grup görüşmesi yaklaşık 120 dakika sürmüştür. Bu çalışmalar Adana ve Yozgat şehir hastanelerinde de aynı formatta tekrarlanmıştır.

Nitelikli ve çeşitli düzeyde bilgilerin elde edilebilmesi amacıyla gruplara alınacak kişilerin belirlenmesi sürecinde amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen veriler, çalışma ekibi tarafından nitel veri analizlerinde sıklıkla kullanılan frekans ve yüzde analizleri yöntemlerine göre analiz edilmiştir. Araştırma bulguları ve sonuçları SASAM Enstitüsü bünyesinde rapor haline getirilerek şehir hastaneleri ile ilgili paydaşlar başta olmak üzere tüm kamuoyuna sunulmuştur.

Mersin Şehir Hastanesi Yöneticileri İle Görüşme

3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Yapılan odak grup görüşmelerinde verilerin doğru ve güvenilir bir şekilde toplanması için her bir görüşmede iki ayrı raportör ve elektronik ses kayıt cihazı yardımıyla görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Elde edilen verilerin analizi, Mart 2018 tarihinde SASAM enstitüsü bünyesinde görev yapan uzmanlar tarafından yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma kapsamında, çalışmanın yapıldığı 2017 Mart ayı itibariyle Türkiye'de hizmete açılmış bulunan Mersin (1.300 yatak), Adana (1.550 yatak), Yozgat (500 yatak) ve Isparta (750 yatak) şehir hastanelerinden üçüne ulaşılmıştır. Bu 3 şehir hastanesi, Mersin (1.300 yatak), Adana (1.550 yatak), Yozgat (500 yatak) şehir hastaneleridir. Elde edilen veriler bu hastaneler özelinde değerlendirilmelidir. Bilindiği gibi şehir hastaneleri modelinin genel özellikleri aynı olsa da her bir şehir hastanesinin bölgesel ve coğrafi özellikleri, firma özellikleri gibi bazı farklılıklar nedeniyle hastanelerin birebir aynı olduğunu söylemek doğru olmayacaktır. Bu nedenle bulgular değerlendirilirken çalışma yapılan kurumların özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Adana Şehir Hastanesi Personel Toplantısı

4. BÖLÜM: BULGULAR

4.1.Çalışanlar Açısından

4.1.1. Çalışan Sayısı ve İş Yükü

Şehir hastanelerinin önceki hastanelere göre mekânsal büyüklüğü ve verilen hizmetin çeşitliliğinin artması ile vatandaşların teveccühünden dolayı mevcut çalışan sayılarının yetersiz olduğu müşahede edilmiştir.

Şehir hastanelerindeki geniş alanlar, personel ihtiyacını artıran bir unsurdur. Hastanelerin fiziki alan ve imkânlarındaki yüksek artışa rağmen personel sayısında kayda değer bir artış olamamıştır. Örneğin Yozgat Şehir Hastanesi'nde yatak başına kapalı alan %150 oranında artarak 121 M^2'den 298 M^2'ye, poliklinik oda sayısı %113 aratarak 53'den 113'e, ameliyathane oda sayısı %100 artarak 9'dan 18'e yükselmiştir. Oysa personel sayısı artışı çok daha düşük düzeyde kalmıştır. Yozgat Devlet Hastanesi'nde 2016 yılında 819 olan hizmet alım personeli hariç çalışan sayısı 2017 yılında sadece %17 civarında artarak 962'ye yükselmiştir. Yani iş yükü ile ilgili parametreler %100'den fazla artarken çalışan sayısı artışı %17'lerde kalmıştır. Bu durum, personelin daha fazla güç harcamasına yol açmakta zaten iş yükü yüksek olan sağlık personelini daha çok yormaktadır.

Yozgat Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Bölümü Ziyareti

696 sayılı KHK ile Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımları kapsamında çalışan personel, kamu personeli olarak kadroya geçmiştir. Şehir hastanelerinde destek hizmetlerini yürüten şirketin yeni personel istihdam etmesi bu alanlardaki personel sayısını artırmıştır. Örneğin Yozgat Devlet Hastanesinde 2016 yılında hizmet alım yöntemi ile 256 firma çalışanı mevcut iken şehir hastanesinin faaliyete geçmesi ile bu sayı 820'ye yükselmiştir.

Bu değişikliklerin, farklı istihdam modelleri ile çalıştırılan personel arasında yaşanması muhtemel başka problemler doğmamasına dikkat edilmelidir.

Şehir hastanelerinde gerek ayaktan muayene sayılarının gerek yatan hasta sayılarının gerekse yatak doluluk oranlarının yükselmesi, hizmet verilen uzmanlıkların artırılması ve büyüyen fiziki alanlar nedeniyle sağlık çalışanlarının eskiye nazaran iş yükü önemli oranda artmıştır.

Yozgat Şehir Hastanesi Çalışan Toplantısı

Şöyle ki; Yozgat Devlet Hastanesi'nde 2016 yılında 54.000 civarında olan aylık hasta muayene sayısı %80'den fazla artarak 2018 yılında 98.000'i geçmiştir. Benzer şekilde 2000 civarında olan ortalama aylık yatan hasta sayısı %50 civarında artarak 2.900'leri geçmiştir. Oysa bu artış oranlarını karşılayacak düzeyde personel artışı olmamıştır.

Tablo 9. Yozgat Şehir Hastanesi Tıbbi Performans Göstergeleri

Gösterge	2016 Yılı Ortalaması	2017 Mart	2018 Mart
Ayaktan muayene sayısı	54.410	60.086	98.809
Acil muayene sayısı	4.826	11.843	13.676
Yatan hasta sayısı	2.031	2.190	2.924
Yatak doluluk oranı	%84,2	%62.3	%87,0
İl dışı sevk sayısı	195	37	46
Dış merkezlerden gelen sevk sayısı	155	516	474
Ortalama Hasta Devir Hızı	%4,4	%4,3	%4,3

Kaynak; Yozgat Şehir Hastanesi

Şehir hastanelerinde çalışanların iş yükleri bakımından yoğunluğun önemli ölçüde arttığına şahit olunmuştur. Daha önce çalıştıkları sağlık kurumlarında çok daha küçük bir alanda daha fazla hastaya hizmet veren çalışanların, mekânların büyüdüğü ve mekânlar arası zamanın önemli bir düzeye ulaştığı yeni işyerlerinde bir takım sorunlarla karşılaştıkları görülmüştür. Özellikle hemşireler açısından sorunun daha belirgin bir şekilde ortaya çıktığı görülmektedir. Şehir hastaneleri çalışanları ile yaptığımız görüşmelerde eskiye nazaran nöbetlerin arttığı ifade edilmiştir. Şehir hastanelerinin mevcut hasta kapasitesi ve iş yükleri üzerinden yeni bir personel planlamasının faydalı sonuçlar doğuracağı açıktır. Bu planlama sadece kamu sağlık çalışanları boyutunda değil, firma çalışanları bakımından da ele alınmalıdır.

Şehir hastanelerinde ameliyathane klinik destek personeli sayısındaki eksiklik ve yüklenici firma elamanlarının, "iş tanımımıza uygun değil" diyerek bir kısım işleri yapmaması, çalışanların iş yükünü daha da artırmıştır. Mesela taşıma personeli, "biz sadece yük taşırız, hasta taşımayız" demekte ve hasta taşıması yapmamaktadır. Bu durumda bu tür işler için personel çağrılması gerekmekte veya bu işler bizzat sağlık personelince yapılmaktadır.

Hasta hakları ve hastalara sunulan sağlık hizmetinin nitelikleri bakımından şehir hastanelerinin başarılı bir model olduğu ortadadır. Bu niteliksel ve niceliksel gelişmenin sağlık çalışanlarını da içerecek şekilde planlanması, sağlık hizmetlerindeki memnuniyet ve kalite gibi bileşenlerin geliştirilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

Mersin Şehir Hastanesi Ziyareti

4.1.2. Ek Ödeme

Şehir hastaneleri çalışanlarının ek ödemeleri ile ilgili olarak; geçiş döneminde, hastanelerin taşınması sürecinde bazı sıkıntılar yaşandığı tespit edilmiştir. Fakat bu durum, özel olarak şehir hastanelerine münhasıran yaşanan bir durum değildir. Ne yazık ki hastane taşınmalarında personelin ek ödemelerinin düşmesi ile yaşanan sıkıntıların daha önce de birçok örneği vardır. Bu durumun Sağlık Bakanlığı'nca dikkatle takip edilerek yeni hizmete açılacak hastanelerde çalışanların ek ödeme düşüşlerini önleyecek tedbirlerin alınması gerekir. Sadece geçiş sürecinde ilk 3-4 aylık dönemde gelir elde edilmesindeki sıkıntılardan dolayı, ihtiyaç duyulması durumunda Sağlık Bakanlığı merkez döner sermaye bütçesinden ek ödeme yapılması veya başka çözümler üretilmesi uygun olacaktır.

Haziran 2018 itibariyle 5 adet şehir hastanesi faaliyete geçmiş olup bu hastanelerin gerek P1 olarak adlandırılan 6 zorunlu hizmet dâhil yatırım bedeli geri ödeme taksitleri, gerekse diğer 13 hizmet bedeli ödemeleri Sağlık Bakanlığı Genel Bütçesinden ödenmektedir. Bu durum, şehir hastanelerinin döner sermaye bütçeleri üzerinde bir yük oluşturmadığı gibi %30 civarında bir mali yükü de azaltmıştır. Şöyle ki, Şehir hastanelerine geçmeden önce döner sermaye bütçesinden ödenen laboratuvar, görüntüleme, temizlik, güvenlik, yemek vb. hizmet kalemleri şehir hastanelerinde yüklenici firma tarafından yapılmakta ve

bu hizmetlerin bedelleri ise Sağlık Bakanlığı'nın Genel Bütçesinden ödenmektedir. Bu durum döner sermaye bütçesindeki mali yükleri azaltmış, dolayısıyla çalışanlara daha fazla kaynak aktarılabilmesine imkân sağlamıştır. Her ne kadar hastane döner sermaye bütçelerinden çalışanlara ödenecek ek ödemelerin bir tavanı olsa bile finansal olarak rahatlayan hastaneler, daha yüksek oranlarda ek ödeme yapabilir. Bilindiği üzere ek ödeme tavanı, gelirin %46,5'udur. Şehir hastanelerinde ek ödemeler kanuni sınırların en üstü oranında dağıtılmaya başladığından dolayı eskiye nazaran daha yüksek miktarlarda çalışanlara ek ödeme yapılması beklenilmektedir (Atasever, 2016).

Mersin Şehir Hastanesi Çalışan Toplantısı

Dağıtılan ek ödeme oranları, hastanelerin gelir seviyesi toparlanma süreci olan ilk aylarda düşük olsa da tesislerin tam kapasite çalışmaya başlaması ile birlikte normal seviyesine ulaşmıştır. Bu durumun çalışanların ek ödemelerine yansıması gerekmektedir.

Yıllarca sağlık çalışanlarının maaşlarındaki düşüklük, ek ödeme ile giderilmeye çalışılmıştır. Ancak gelinen noktada özellikle hekim dışı sağlık çalışanları, sabit ek ödemeye mahkûm edilmiş durumdadır. Aldıkları ek ödeme emekliliğe yansıtılmadığından başka bir mağduriyet yaşanmaktadır. Çalışanların gelir-gider dengesinde gün geçtikçe makas açılmaktadır. Zaten iş yükü açısından diğer hastanelere göre oldukça ağır şartlarda, fedakârlıkla hizmet sunan şehir hastaneleri çalışanlarının bir de ek ödeme kaybı yaşamaması gerekir (Ek Ödeme Çalıştay Raporu, 2017)

Yozgat Şehir Hastanesi Çalışanları İle

4.1.3. Çalışan Memnuniyeti

Şehir hastaneleri hasta odaklı kurgulanmış olup özellikle mekânsal alanlarda çalışanlara yönelik düzenlemelerin ciddi anlamda eksikliği görülmüştür. Çalışanlar için oluşturulan mekânsal alanlardaki yetersizlikler, taşınma aşamasındaki sıkıntılar, bazı hizmetlerde sorumluluğun kime ait olduğuna ilişkin net olmayan durumlar ve sık yönetici değişikliği gibi hususlar, memnuniyet oranını olumsuz yönde etkilemektedir. Geçiş aşamasından sonra bazı şehir hastanelerinde ek ödemelerdeki artış, memnuniyet oluştursa da sürdürülebilirliği noktasında çalışanların kaygılı oldukları gözlemlenmektedir.

Personel memnuniyetini etkileyen hususların başında eğitim faaliyetleri, oryantasyon süreci, fiziki etkenler, yeni çalışma prosedürleri gelmektedir. Zira KÖİ modeliyle hastane işletmeciliği de, şehir hastanelerinin yapısı da yeni bir uygulama olup, personelin bu süreci kabullenmesi kolay olmamaktadır.

4.1.4. Personel Çalışma Şartları

Personelin çalışma alanları eskiye nazaran çok daha ferah ve nitelikli olmakla birlikte dinlenme alanları başta olmak üzere pek çok alanda eksiklik ve yetersizlikler göze çarpmaktadır.

Klasik hastanelere göre oldukça geniş alanlar şeklinde dizayn edilmiş olan şe-

hir hastanelerinde özellikle çalışanlar için yeterli ve uygun mekânların oluşturulmaması en önemli eksikliklerden biri olarak göze çarpmaktadır. Hâlbuki fiziki mekân sıkıntısı yaşanmayan şehir hastanelerinde çalışanlar için çok daha uygun alanların oluşturulması gerekir. Bu problemlerin yeni yapılan/yapılacak şehir hastanelerinde çözülmesi gerekir.

Sosyal donatılar, çalışanlar açısından önemli olmakla beraber, maalesef yeterli bir sosyal donatı alanı mevcut değildir. Kreş, cami, kütüphane, oyun ve spor alanları, personelin istifadesine yönelik restoran alanları ya hiç bulunmamakta ya da sınırlı bir alanda yer almaktadır.

Şehir hastaneleri içinde farklı katlar arasındaki ulaşım için sadece asansörlerin tercih edilmiş olması da çalışanlar bakımından bir eleştiri konusudur. Hem fiziksel hareketliliğin sağlanması hem de zaman israfının önüne geçilmesi bakımından merdivenler yoluyla ulaşımın da açık tutulması büyük öneme sahiptir. Dikey yöndeki hareketliliğin sadece asansörlerle sağlanması, yoğunluğun yüksek olduğu belirli saatlerde, çalışanlar açısından önemli zaman kayıplarına neden olmaktadır.

Şehir hastanelerinin fiziksel mekânlarının tasarımında, çalışanların sahip oldukları kültürel ve çalışma hayatı alışkanlıklarının belirli noktalarda göz ardı edildiğine şahit olunmuştur. Ülkemizin sıcak bölgelerinde çalışanların görev yaptıkları bazı mekânlarda camların açılma özelliğinin bulunmaması ve havalandırmanın sadece klima sistemleri aracılığı ile gerçekleşmesi, çalışanlarda memnuniyetsizlik nedeni olabilmektedir.

Yeni yapılan hastanelerin çok büyük mekânlar oluşturması, bu mekânlar arasındaki hareketlilikte önemli sorunlara neden olabilmektedir. Şehir hastanesinin bir noktasından diğerine ulaşmak kimi zaman yoğunluğa da bağlı olarak çok uzun zaman alabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda genellikle zamanla yarışıldığı gerçeğinden hareketle mekânsal tasarımın, çalışanların iş stresini de dikkate alacak şekilde düzenlenmesi önemli bir gerekliliktir.

Yeni kurulan şehir hastanelerinde mescitler düzenlenmiş olmakla birlikte bunların yeterliliği ve çalışma ortamında ulaşılabilirliği önemli bir sorun olarak durmaktadır. Hasta, hasta yakını ve çalışan yoğunluğunun bu denli yüksek olduğu yeni sağlık kurumlarında oluşturulan mescitlerin bu ihtiyaçları karşıla-

maktan uzak olduğu görülmektedir. Bu denli büyük mekânlar için oluşturulan ibadet alanlarının, gün ışığından uzak bodrum katlarında tahsis edilmiş olması da şaşırtıcıdır. Çalışanların iş süreleri içinde mescitlere ulaşımı da başka bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışanın, ibadet süresinin çok üzerinde bir zamanı mescit alanına ulaşmak ve dönüş için harcadığı görülmektedir.

Şehir hastanelerinde çalışanlar açısından memnuniyetsizlik oluşturan bir diğer husus da bütün tuvaletlerin alafranga olarak düzenlemesidir. Hâlbuki bu tür düzenlemelerin, personel hassasiyet ve alışkanlıkları göz önünde bulundurularak uygulanması gerekir.

Ayrıca yemekhanelerde çalışan başına 1 tane su verilmesi gibi basit problemler bulunmaktadır. Yemek servisi ile ilgili iş tanımından kaynaklanan bu tür problemler giderilmelidir.

Öte yandan şehir dışında inşa edilmiş olan şehir hastanelerinde çalışanlar için servis hizmeti sunulması çalışan memnuniyetini artıracak bir husustur. Yine çalışanların, mesainin başlama saatlerinde oto park girişlerinde karşılaştıkları bekleme sorunları da giderilmelidir.

Şehir hastanelerinde çalışanların soyunma-giyinme alanları ve dolapları genel olarak yetersiz ve/veya uygun değildir. Bu ve buna benzer hususlarda yapılacak basit düzenlemeler çalışma şartlarının kolaylaştırılmasını sağlayacaktır.

4.1.5. Personel Eğitimi

Şehir hastanelerinde personel eğitiminin yetersiz olduğu, sadece kısa süreli Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) eğitimi dışında özellikle yeni işletim modeline ilişkin detaylı bilgilendirme eğitimlerinin yapılmadığı görülmüştür. Bu yüzden taşınmadan aylar önce eğitim programlarının oluşturulması ve eğitimlere başlanması önem arz etmektedir. Eğitimlerde işletim modeli, sorumluluk ve yetkilerin detaylı bir şekilde ele alınmasında fayda görülmektedir.

Şehir hastaneleri yapılan illerde şehir hastaneleri faaliyete geçmeden en az altı ay önce çalışanlara uygun şekilde şehir hastaneleri ile ilgili eğitimler verilmelidir. Çalışanlar yetkili kişiler tarafından belirli periyodlarla bilgilendirilmelidir. Şehir hastaneleri gezdirilerek personelin çalışacağı ortamı fiilen görmesi sağlanmalıdır. Personelin zihnindeki soruların cevabı bulacağı ortamlar oluşturulup, bu soruların yetkili kişilerce cevaplanması sağlanmalıdır.

Şehir hastanelerine geçiş sürecinde eğitim planlaması yapılmasına karşın, çalışanların eğitim uygulamalarının yetersizliği ve uygulamada yaşanan sorunların eğitim sürecinde ele alınmadığına ilişkin itirazları olmuştur. Bu eksiklikler şehir hastanelerine geçiş sürecinin belirli bir aşamasından sonra önemli ölçüde çözülmüş olsa da geçiş döneminde çalışanların çalışma yeri değişiklikleri ve çalışma ortamına uyum sağlamaları bakımından önemli sorunlar yaşanmıştır.

Bazı ihtiyaçların yüklenici firma tarafından mı yoksa şehir hastanesi idaresince mi karşılanacağı ile ilgili tereddütler, şehir hastanelerinde çalışanların oldukça yetersiz bir bilgilendirme düzeyine sahip olduğunu göstermiştir.

KÖİ gibi klasik yöntemlerden oldukça farklı bir şekilde işletilecek olan şehir hastanelerinde çalışanlara birçok prosedür ve mekanizma ile ilgili de yeterli eğitim verilmediği gözlemlenmiştir. Çalışanların özellikle HBYS programlarından şikayetçi olması, özellikle şehir hastanelerine geçişte yaygın bir problem olarak tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinde sağlık hizmet sunumunda getirilmek istenen yeni anlayışa ve kültüre göre personele sürekli olarak uyum ve adaptasyon eğitimleri verilmelidir.

4.1.6. İletişim

Şehir hastanesi çalışanları, özellikle yöneticilere ulaşamamaktan şikâyetçidirler. Öte yandan yöneticisini ayda bir kez bile göremeyen veya yöneticilerini hiç tanımayan çalışanlar da var. Şehir hastanesi yöneticilerinin bile çoğu kez günde en fazla bir kez bir araya gelebildiği bu açıdan sıkıntıların yaşandığı gözlemlenmiştir.

Şehir hastanelerinde yöneticilerin aynı hususlarda farklı şeyler söylemesi ve yöneticilerin sık değişmesi, iletişim problemlerini artırmaktadır.

Mersin Şehir Hastanesi Hasta Odası Ziyareti

4.1.7. Çalışan Güvenliği

Çalışan güvenliği konusunda mekânsal alanların büyüklüğü, personel sayısındaki eksiklikler ve çalışanların birebir kullanacağı alanların yetersizliği çalışan güvenliğini olumsuz etkilemektedir.

Şehir hastanelerindeki büyük koridorlar ve katlar arası ulaşımın sadece asansör ile sağlanıyor olması, çalışan güvenliği açısından önemli bir problem olarak gözükmektedir.

İş sağlığı güvenliği tedbirleri ve tıbbi bulaşmalara ilişkin her türlü süreç titizlikle takip edilmektedir.

4.1.8. İstihdam Modelleri ve Etkisi

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışma barışı açısından önemli bir problem olan farklı istihdam türleri, şehir hastanelerinde yeni bir boyut kazanmıştır. Sağlık hizmetleri dışındaki hizmetleri yürütmekle sorumlu firma çalışanları, hastanelerdeki istihdam türlerine yeni bir çeşit daha katmıştır.

Personel istihdam türleri; kamu personelinin istihdamı ve yüklenici firma personelinin istihdamı olarak iki şekilde değerlendirilmelidir.

Kamu Personelinin İstihdamı: Kamu personelinin istihdamı Sağlık Bakanlığı ve kamu personel istihdamı kapsamında 4/A, 4/B ve 4/C olarak şehir hastanelerinde de yapılmaya devam etmektedir. Son olarak personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alım personellerinde kadroya geçmesi ile 4/D'li personel istihdamı da oluşmuştur.

Yüklenici Firma Personelinin İstihdamı: Yüklenici firma tarafından sunulacak 19 hizmetin istihdamı da yine yüklenici firma tarafından yapılmaktadır.

Tablo 10. Mersin Şehir Hastanesinde Yüklenici Firma Çalışanları

HİZMET	ÇALIŞAN SAYISI
SPV YÖNETİM	32
TEKNİK HİZMETLER	236
TEMİZLİK	230
GÜVENLİK	579
HRYT (HASTA REFAKAT YÖNLENDİRME TAŞIMA)	354
YEMEK	234
ATIK TAŞIMA	25
İLAÇLAMA	5
OTOPARK	23
HBYS	265
LABORATUVAR	30
GÖRÜNTÜLEME	61
TPN & İLAÇ HAZIRLAMA	9
REHABİLİTASYON	14
ÇAMAŞIRHANE	30
STERİLİZASYON & DEZENFEKSİYON	80
DİĞER TEKNİK FİRMALAR	38
TOPLAM ÇALIŞAN SAYISI	**2.245**

Çalışma mekânlarının ve iş yapma biçimlerinin önemli ölçüde değiştiği şehir hastanelerinde, farklı çalışma statülerinin bir arada bulunmasından kaynaklanan sorunlarla karşılaşılmaktadır. Daha önceki modellerde kamu sağlık çalışanı ve taşeron çalışanlardan oluşan yapının içine ağırlıklı olarak firma çalışanlarının oluşturduğu ve özel sektör çalışma prensipleri ile hareket eden yeni bir çalışan grubu dâhil olmuştur. Kuşkusuz bu yeni grubu da bir hizmet alımı olarak değerlendirebilmek mümkündür. Ancak KÖİ yönteminin bu yeni biçi-

minde, özel sektör de kamu gibi işin asli unsuruna dönüşmekte ve alt işveren yüklenicisinden daha önemli görevler üstlenmektedir. Bu nedenle işin yürütümünde kamu sağlık çalışanı kadar özel sektör firma çalışanı da önemli bir role sahiptir. Bu durum, çalışanlar arasındaki işbirliği ve koordinasyon ihtiyacını daha güçlü bir biçimde ortaya çıkarmaktadır.

Şehir hastanelerinde işbölümü ve etkin çalışma ilkelerinin belirlenmesi büyük öneme sahiptir. Farklı çalışma statülerinin bulunduğu işyerlerindeki en önemli sorunlardan biri, çalışma barışının temin edilmesidir. Kamu sağlık çalışanlarının geçmiş deneyimlerinden kaynaklanan çalışma özellikleri ile firma çalışanlarının özel sektör çalışma prensiplerinden kaynaklanan nedenlerle bazı ayrışmalar ve anlaşmazlıklar yaşanabilmektedir. Bu sorunların geçiş döneminin başında daha yüksek düzeyde yaşandığı ve giderek azalan bir seyir izlediği görülmektedir. Bu durumun yeni çalışma düzenine tarafların uyum sağlaması, yeni ve ortak bir iş kültürü oluşturmaları ile daha iyi bir düzeye geçmesi mümkündür. Zaman içerisinde iş ve görev tanımlarının belirsizliğinden kaynaklanan sorunların azaldığı görülmektedir.

4.2. Sağlık Sistemi Açısından

4.2.1. Sağlık Politikaları

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile vatandaş odaklı sağlık politikaları izlenmeye başlamıştır. Bu dönemin en önemli hedeflerinden biri de şehir hastanelerinin hizmet sunumuna kazandırılmasıdır. Sağlık politikalarının desteklenmesi ve hayata geçirilmesinde şehir hastaneleri büyük bir fırsat olarak karşımıza çıkmaktadır. Şehir hastaneleri, 2003 yılından itibaren yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık alanındaki en önemli hedeflerinden olup, sağlık politikaları açısından yeni bir boyut getirmektedir.

KÖİ yöntemi ile şehir hastanelerinin oluşturulması, bazı eski hastanelerin yıkılması, yerel yönetim ilişkilerini etkileyebilecektir. Mevcut hastanelerin çevresinde konumlanan ya da şehir hastanelerine yakın alanlarda kalan küçük ölçekli esnaf ve işletmeler üretim, istihdam ve pazar kaybı yaşayabilecektir.

2003 yılından itibaren Türkiye sağlık sisteminde uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Sağlık Bakanlığına biçilen rol, sağlık politikasını ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleme ve denetimlerini gerçekleş-

tirme ile sınırlanan bir tür planlama, düzenleme ve denetleme görevidir. Oysa 663 sayılı KHK ile oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun kapatılması ile Sağlık Bakanlığı, yeniden hizmet sunucu rolüne dönmüştür. Bu açıdan sağlık politikaları belirlenirken hizmet sunumunda yeni bir dönem başlatan şehir hastanelerine göre düzenlemelerin yapılması gerekir. Sağlık Bakanlığı düzenleyici ve denetleyici fonksiyonunun yanında hizmet sunumu fonksiyonunu da uyumlu bir şekilde yürütmelidir.

Yozgat Şehir Hastanesi Yöneticileri İle

KÖİ modeli ile yapılan şehir hastanelerinin 2017 yılı başından itibaren hizmete açılması ile sağlık sisteminde yeni bir döneme geçilmiştir. Türkiye sağlık sisteminin 2017 yılında başlayan bu yeni döneme göre çalışan planlamasından finansmana, ek ödeme sisteminden sağlık hizmet fiyatlarına, yerli tıbbı cihaz üretiminden sağlık eğitimine kadar birçok alanda yeniden yapılandırılması gerekir. Önümüzdeki dönemde şehir hastanelerine uygun yeni yönetim modeli geliştirilmeli ve işletme mevzuatı oluşturulmalıdır. Aile hekimliği sistemi, acil sağlık hizmetleri, ağız- diş sağlığı hizmetleri yeniden kurgulanmalıdır (SASAM, Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi, 2016).

Şehir hastaneleri ile birlikte başlayan bu yeni dönemde Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası yeniden ele alınmalı ayrıca üniversite hastanelerinin yapısal problemleri göz önünde bulundurularak yeni çözümler üretilmelidir.

4.2.2. Sağlık Planlaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye 29 sağlık bölgesine ayrılmış ve bu bölgelerin belirlenen rollerine ve planlanan yatak sayılarına göre nitelikli hastane hizmetleri için yeniden yapılandırmaya yönelik yeni hastane yapımı veya kullanılabilir durumdaki binaların tamirat ve tadilatı, yatırım programlarına dâhil edilmiştir. Bölge merkezi konumunda bulunan illerdeki sağlık tesislerinin, ileri tetkik ve tedavi gereken hastaları kabul ve tedavi edebilecek şartları taşıması gerekmekte olup hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedaviyi sağlayabilecek özellikli hizmetlerin de dâhil olduğu yatırımların gerçekleşmesi doğrultusunda planlamalar yapılmış ve yapılmaktadır. Bu bağlamda sağlık bölge merkezi konumundaki illere hem ilin hem de bölgenin sağlık hizmet ihtiyacını bütünlük içerisinde karşılamak üzere şehir hastaneleri yapılması planlanmıştır (S.B. Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, 2011).

Planlama, Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık alanındaki en önemli fonksiyonlarındandır. KÖİ Modeli ile yapılan şehir hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye sağlık planına uygun bir şekilde projelendirilmektedir.

2017 yılından itibaren hizmet sunumuna başlayan şehir hastaneleri ile birlikte sağlık hizmet planlaması da farklı bir boyut kazanmıştır. Artık sağlık hizmetleri planlanırken şehir hastanelerinin fiziksel imkânlarından, cihaz parkuruna kadar bütün unsurlar dikkate alınmalıdır. Şehir hastaneleri Türkiye sağlık sistemi içerisinde en üst düzey sağlık merkezleri olarak planlanmaktadır. Şehir hastaneleri, sağlık bölgelerinin merkezleri olarak sadece rutin hastalar, değil hem ulusal hem uluslararası hastaların tedavi göreceği üst düzey merkezler olarak planlanmaktadır.

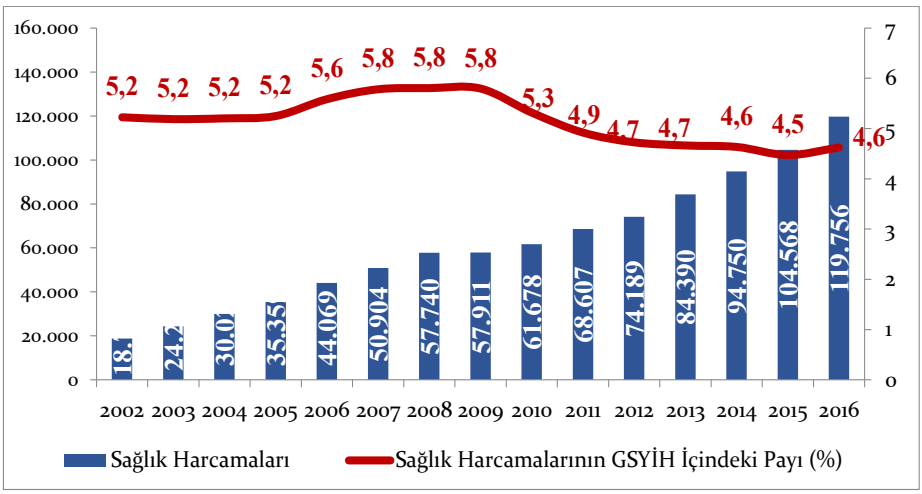
4.2.3. Finansal Sürdürülebilirlik

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'de toplumun sağlık durumu son 10-15 yıl içerisinde sağlık hizmetinin sunumunda ve kapsamında uygulamaya konan yapısal reformlarla birlikte önemli ölçüde iyileşme sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarının daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülmekle birlikte sürdürülebilir olması da önemli bir konu haline gelmiştir. Bu bağlamda finansal sürdürülebilirliğin bir ölçümü olarak Türkiye'de ekonomik büyüme göstergeleri içerisinde sağlık harcamalarının temel makro göstergelerinin kar-

şılaştırılması, çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Yapılan analizler sonucu ortaya çıkan temel yargı, Türkiye'de sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirlik sorunu oluşturmadığıdır (Atasever ve ark. 2017).

Sağlık sisteminde finansal sürdürebilirlik kavramı, sağlık sisteminin kendisinden beklenen sorumluklarını yerine getirebilmesi için yeterli kaynak toplayabilmesi ve topladığı kaynaklarla sağlık statüsünü korumak ve sağlık statüsünü geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanabilir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Grafik 2. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), 2002-2016, Türkiye
Kaynak; TÜİK



2002-2016 yıllarındaki sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %5,2'den %4,6'ya düşmüştür. Türkiye'de sağlık alanında son 15 yılda yapılan devasa dönüşüme rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının azalması sağlığın finansal sürdürülebilirliği ile ilgili oldukça başarılı olunduğunu göstermektedir (Atasever ve ark, 2018).

Türkiye sağlık sistemi, şehir hastanelerinin hizmet sunumuna başladığı 2017 yılına kadar finansal sürdürebilirlik açısından önemli problemler yaşamamıştır. Bu durumun 2017 yılından sonra da devam etmesi ancak çok kontrollü bir şekilde sağlık sisteminin finansal yönetiminin sağlanması ile mümkündür. Şehir hastaneleri geri ödemeleri 2017 yılında başlamıştır. Yapımı planlanan

32 şehir hastanesinin tamamlanması ile sadece yatırım tutarının geri ödemesi olarak sağlık sistemine yıllık 5,4 Milyar TL ilave mali yük gelecektir (Aydın, 2017).

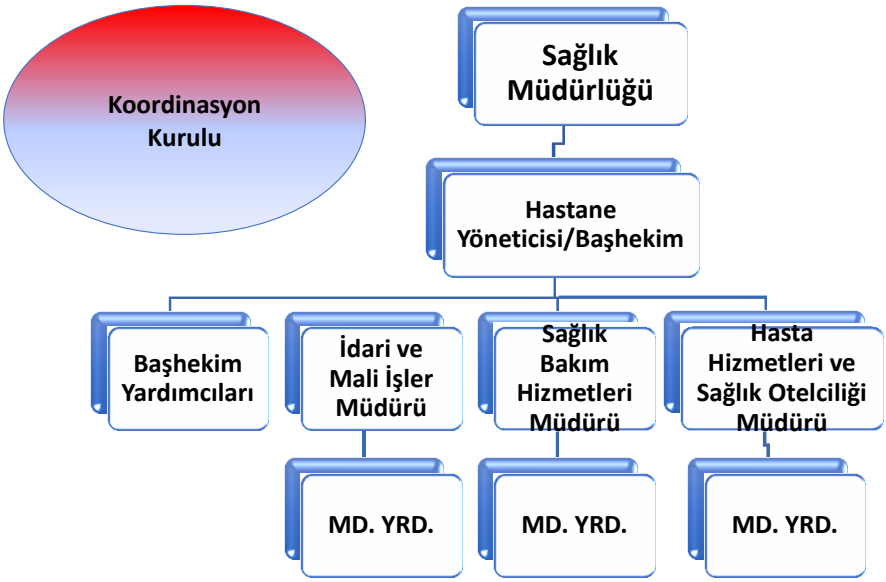
Şehir hastanelerinin tümünün faaliyete geçmesi ile birlikte oluşacak bu mali yükün sağlık sisteminin 2017 yılına kadar oldukça başarılı bir şekilde yönetilen finansal sürdürülebilirliğine olumsuz etkisi olmaması için özellikle şehir hastanelerinin hizmet alım maliyetlerinin çok iyi kontrol edilmesi gerekir.

Şehir hastanelerinin gerek kullanım bedelleri gerekse hizmet bedelleri, Sağlık Bakanlığı'nın Genel Bütçe ödenekleri ile ödenmektedir. Çalışma yaptığımız Mersin, Adana ve Yozgat şehir hastanesi verilerine göre şehir hastanelerinin genel bütçe desteği olmadan gelir gider dengesini sağlamaları mümkün görünmemektedir. Dolayısıyla şehir hastanelerine yönelik yeni geri ödeme yöntemlerinin tanımlanması ve özellikle genel bütçe desteğinin sürekli hale gelmesi sürdürülebilirlik açısından elzemdir.

4.2.4. Yönetim

Şehir Hastanelerinin beraberinde getirdiği önemli kaygılardan biri de ölçek büyüklüğüne bağlı olarak ortaya çıkabilecek yönetim karmaşıklığıdır. Şehir hastanelerini inşa eden yüklenici firma ya da firmalar, hastane içi ve çevresinde yapacakları tüm ticari işletmeleri de yönetecektir. Bunların yanı sıra yüklenici firma 6 zorunlu hizmet ve Sağlık Bakanlığınca uygun görülmüş ise 13 diğer hizmet alanındaki çalışmaları üstlenecektir. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığının şehir hastane yöneticileri ile yüklenici firmanın şehir hastaneleri yöneticilerinin ilişkilerinin uygun bir şekilde düzenlenmesi gerekir.

Şekil. 5. Şehir Hastaneleri Yönetim Modeli (Çakır, 2017)



Yeni bir yönetim modeli ile işletilmesi gereken şehir hastaneleri yöneticilerinin KÖİ modeli ile ilgili gerekli eğitimleri alması ve daha önce faaliyete geçen şehir hastanelerinde çalışmış olması gerekir.

Şehir hastanelerinin yönetim şeklinin halen mevcut diğer hastanelerdeki yönetim yapılanmasına göre dizayn edilmesi doğru değildir. Üstelik sayısal anlamda da yeterli yönetici görevlendirilmemesi büyük bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Şehir hastanelerinde yönetici sayılarının farklı bir şekilde belirlenmesi gerekir. Mesela müdür yardımcılığı kadrolarının yetersiz olduğu, şehir hastanesi yöneticilerince ifade edilmiştir.

Şehir hastanelerinde yetki ve sorumluluklar ile ilgili karışıklıkların olduğu gözlemlenmiştir. Bunları giderecek tedbirler alınmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir. Şehir hastanelerinde iş akış şemalarının düzenlenmesi ve iç kontrol sisteminin kurulması elzemdir.

Şehir hastanelerinde özellikle yönetici personel arasında uyum olması ve yüklenici firma yöneticileri ile beraber bir ekip ruhu oluşturulması gerekir. Yüklenici firmanın gerek yönetici personeli gerekse hizmet alım personeli ile şehir hastaneleri yönetici ve çalışanlarının eşgüdüm içerisinde çalışabilmesi için

gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Şehir hastanelerinde diğer hastanelerden farklı olarak yönetim yapısında yüklenici firmanın yer aldığı koordinasyon kurulu yer almaktadır. Bu koordinasyon kurulunun uyumlu çalışması oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖİ modeli ile yapılan şehir hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı ve buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini de beraberinde getirmektedir. Sağlık Bakanlığınca bugün de uygulanmaya devam eden klasik hastane yönetimi modeli ile şehir hastanelerinin yönetilmesi mümkün görülmemektedir. Bu açıdan şehir hastanelerinin yapısına uygun yeni bir yönetim modeli getirilmelidir. Yöneticilerin konum, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir. Şehir hastaneleri için yeni bir yönetim modeli geliştirilmesi yönünde basında çıkan haberlerin bir mevzuata dönüştürüldüğü tespit edilmemiştir.

DÜNYANIN TEK PARÇADA YAPILAN EN BÜYÜK HASTANE KOMPLEKSİ

1 HASTANE
6 BAŞHEKİM
2 CEO

Ekim ayında ilk bölümü açılacak olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'ni 6 başhekim ve 2 CEO yönetecek. Hastane günde 100 bin hastaya hizmet verebilecek kapasitede olacak

Müsteşar Prof. Eyüp Gümüş

3 BİN 600 YATAKLI HASTANE

ANKARA Bilkent Şehir Hastanesi'nin açılışı için geri sayım başladı. Günde 100 bin hastaya hizmet verebilecek olan hastane, yönetimiyle de dünyada eşsiz olacak. 6 başhekimin atanacağı hastaneyi 2 CEO yönetecek. 3 bin 600 yataklı hastanede sağlık personelinin dışında bin 500 kişi hizmet verecek.

ÖNÜMÜZDEKİ AYLARDA AÇILACAK

ÖNÜMÜZDEKİ aylarda ilk bölümü açılacak olan dünyanın en büyük tek parçalı hastane kompleksiyle ilgili merak edilen soruların cevaplarını Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Eyüp Gümüş, SABAH'a açıkladı. 5'TE

Selâre CANTÜRK ANKARA

BULGULAR

4.2.5. İşletmecilik

Şehir hastanelerinin yönetim yapısındaki eksiklik, aksamalar ve yüklenici firmaların genelde bu alanda yeni olması, tecrübe sahibi olmaması işletmecilik anlamında sıkıntılar doğurmaktadır.

Şehir hastanelerinin işleyişi, yapısı gereği diğer hastanelere göre farklılık arz etmektedir. Bu açıdan şehir hastanelerine uygun bir işletme mevzuatı oluşturulmalıdır. Şehir hastanelerinde taleplerin klasik hastanelere göre daha geç karşılanması gerçeği, çalışanlar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir. Şehir hastanelerindeki özel sektör firmasının da işletmeciliğin içinde olmasından kaynaklanan farklı bürokratik mekanizmalar buna yol açmaktadır. Bu problemlerin giderilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinin gerek yapım gerekse işletme dönemi ile ilgili binlerce sahifeden oluşan sözleşmelere tam anlamıyla vâkıf şehir hastanesi personelinin olmaması, önemli bir handikap oluşturmaktadır. KÖİ gibi klasik yöntemlerden oldukça farklı bir şekilde işletilecek olan şehir hastanelerinde birçok prosedür ve mekanizma ile ilgili yeterli eğitimi almış uzman personel ve yöneticilerin istihdam edilmediği görülmüştür. 25 yıl sürecek bir sözleşme ile işletilecek olan şehir hastanelerinde KÖİ prosedürlerini bütün yönleri ile bilen personel sayısı yetersizdir.

Şehir hastanelerinde ilaç ve tıbbi malzeme ve diğer tüketim ürünleri için yeterli depo alanlarının oluşturulmamış olması önemli bir sorun alanıdır. Benzer şekilde arşiv için de yeterli alanlar planlanmamıştır.

Şehir hastanelerince temin edilen bir kısım malzemelerin sağlık personelinin kullanım alışkanlıklarına uygun olmadığı ifade edilmiştir. Bazı cihazların hastane için uygun olmadığı, özellikle ameliyathanelerde cerrahi aletlerin boyutlarının sağlık personelimiz için uygun olmadığı yoğun olarak dile getirilmiştir. Şehir hastanelerine geçiş dolayısıyla yaşanan personel ve cihaz eksikliği/uyumsuzluğu, hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Şehir hastanelerinde yüklenici firma yükümlüğünde olan işlerin belirli sürede yapılması gerekir. Bunun yapılmaması durumunda sözleşmede öngörülen cezai müeyyideler uygulanmalıdır. Bu müeyyideler ile karşılaşmak istemeyen yüklenici firma çalışanlarının işleri tamamlanmış gibi göstermesi sıkıntı oluş-

turmaktadır. Yüklenici firmaya uygulanması gereken bu müeyyideler, geçiş dönemi dolayısıyla taşındıktan 6 ay sonra uygulanabilmektedir. Söz konusu müeyyide uygulanmalarında ki muafiyet İşin niteliğine göre yeniden ayarlanmalıdır.

4.2.6. Hizmet Alımları

KÖİ yöntemi ile yaptırılan şehir hastanelerinde yüklenici firmalar tarafından KÖİ Kanunu gereği idarenin muhatabı konumunda bulunacak ve yapım dönemi ile 25 yıllık sözleşme dönemi boyunca kalacak olan özel amaçlı bir şirket kurulmaktadır. Özel amaçlı şirket şehir hastanesini yapmak ve işletmekle mükelleftir. Başka herhangi bir ticari faaliyet yapamaz. Özel amaçlı şirket, şehir hastanesinin yapımından ve yüklenici firma sorumluluğunda olan hizmetleri sağlamaktan idareye karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili idaresi, şehir hastaneleri ile ilgili gerek kullanım gerekse hizmet bedeli ödemeleri bu özel amaçlı şirkete yapar. Özel amaçlı şirketin altında biri yapımdan sorumlu diğeri ise işletmeden sorumlu iki adet alt yüklenici şirket bulunur. Bu şirketlerden yapımdan sorumlu olan alt yüklenici şirket yapımla ilgili işleri yaptırmakla, işletmeden sorumlu alt yüklenici şirket ise işletme dönemindeki hizmetleri sağlamakla mükelleftir.

Şehir hastanelerindeki yüklenici firma yükümlülüğünde bulunan hizmetleri özel amaçlı şirkete bağlı hizmetlerden sorumlu alt yüklenici şirket sağlamakla mükelleftir. Hizmetlerden sorumlu olan bu alt yüklenici şirket, şehir hastanelerinde yüklenici firmanın sorumluluğunda olan hizmetleri, uzmanı olan şirketlerden temin etmektedir. Bu şekilde temin edilmesi gereken 19 hizmet kalemi olduğu dikkate alındığında şehir hastanelerindeki özel şirketin alt yüklenicisi konumunda birçok şirket olabilmektedir.

Şehir hastanelerinde yapılan görüşmelerde hizmet alımlarının fiyatlandırma şeklinin sıkıntılı olduğu ifade edilmekte ve 5 yıl boyunca tüm hizmet alımlarının şehir hastanesi yüklenicisi tarafından yapılacak olması fiyatların regülasyonuna müdahale edilememesi sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yani yüklenici firmaya yaptırılma zorunluluğu bulunmayan hizmetlerin yüksek olan fiyatlarını düşürmek ve ilk pazar testi yapılabilmesi için 5 yıllık süre beklenilmelidir. Bu amaçla diğer hastanelere göre fiyatı yüksek olan hizmetlerin 5 yıllık süreç sonundaki uygun şekilde fiyatlandırılmaları için stratejik hazırlıklar yapmak önem arz etmektedir.

Yüklenici firma tarafından istihdam edilen personelin büyük bir kısmının daha önce sağlık sektöründe çalışmamış, tecrübesiz kişilerden oluşması önemli sıkıntılar oluşturmaktadır. Bu personelin sağlık personeli ile uyumlu çalışması önemli bir husustur. Sağlık sektörü bir ekip işi olup bütün çalışanların uyumlu bir şekilde çalışması olmazsa olmaz bir gerekliliktir.

Yozgat Şehir Hastanesi Çamaşırhanesi

4.2.7. Bölgesel Etkinlik

Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Türkiye Sağlık Planlamasındaki 29 üst bölgeye uygun bir şeklide yapılanan şehir hastanelerinin önemli bir fonksiyonu da kuruldukları bölgedeki en kapsamlı sağlık kuruluşlarından olmaları ve o bölgenin sağlık yükünü azaltmalarıdır.

Şehir hastaneleri ile birlikte özellikle acil servisler, yeni doğan yoğun bakım, erişkin yoğun bakımları, inme merkezleri, kardiyoloji merkezleri gibi çok spesifik alanları, şehir hastanelerinin kapasiteleri de dikkate alınarak doğru dizayn etmek gerekir. Şehir hastanelerinin faaliyete geçmesi ile iller arasındaki sevkler veya bölge bazında sevklerin planlaması da farklı bir boyut kazanacaktır.

Şehir hastanelerinin bulunduğu bölgelerde nitelikli hizmetlerin verilmesinde artış olduğu görülmekte ve bu da diğer bölgelerdeki nitelikli iş yükü artışını frenlemektedir.

4.2.8. Verimlilik

Şehir hastanelerinin verimli bir model olup olmadığı ile ilgili kesin bir kanaat beyan etmek için henüz çok erkendir. Şöyle ki; Birbirinden farklı kapasitelerde ve farklı bölgelerde dizayn edilen bu hastanelerin optimal hastane büyüklüğünün bile net olarak belirlenemediği bir sağlık sisteminde verimlilik durumu önemli bir husustur. Ölçek ekonomisinden yararlanarak verimliliğini yükseltmesi öngörülen şehir hastanelerinin daha küçük ölçekli hastaneler ile verimlilik açısından rekabet etmesi gerekir. Öte yandan faaliyete geçen şehir hastanelerindeki bir kısım uygulamalar, verimlilik hususunda endişeler oluşturmaktadır. Bunun en önemli nedeni, şehir hastanelerindeki yüklenici firmalar tarafından üstlenilen bir kısım hizmet maliyetlerinin diğer hastanelere göre yüksek olmasıdır.

Ayrıca şehir hastanelerinin büyük fiziksel alanları gereği oluşan aydınlatma, ısıtma, enerji vb. giderlerin yüksekliği, verimlilik açısından önemli bir problem alanıdır. Bu giderleri azaltmak için şehir hastane yönetiminin fiziksel alanlara bir müdahalede bulunamaması önemli bir handikaptır. Oysa yeni jenerasyon olan şehir hastanelerinin güneş enerjisi veya diğer yöntemler ile kendi enerji ihtiyacını karşılıyor olması ve bu giderlerinin çok daha az olması beklenirdi.

Adana Şehir Hastanesi Japonların İlgi Odağı

Ana Sayfa » TÜRKİYE GÜNDEMİ » Güncel 25.05.2018 17:48 - A | A +

Günlük 16 bin hastaya kesintisiz hizmet sunan bin 550 yataklı Adana Şehir Hastanesi, teknoloji devi Japon firmalarının ilgisini çekmeye devam ediyor.

Günlük 16 bin hastaya kesintisiz hizmet sunan bin 550 yataklı Adana Şehir Hastanesi, teknoloji devi Japon firmalarının ilgisini çekmeye devam ediyor.

Sahip olduğu ileri teknolojik medikal ekipmanlarıyla sadece Türkiye'nin değil; dünyanın sayılı hastaneleri arasında yer alan Şehir Hastanesi, Mayıs ayında ikinci kez Japonya merkezli global şirketlerin üst yöneticilerini konuk etti. Mayıs ayının ilk haftasında farklı bir firma grubunu karşılayan Şehir Hastanesi yönetimi, bu kez yine Hitachi ile Canon şirketlerinden bir heyeti misafir etti.

Şehir Hastanesi yönetimi; bilişim teknolojileri, endüstriyel cihazlar, medikal ve sağlık ürünleri, baskı teknolojileri gibi birçok alanda faaliyet gösteren heyetine "sağlık üssü" konumundaki kurum hakkında önce sunum yaptı.

Japon misafirler, daha sonra kamu-özel iş birliği modelini uluslararası standartlara uygun bir şekilde işletilen hastanede incelemelerde bulundu.

1512 adet sismik izolatörüyle "Dünyanın En Büyük Sismik İzolatörlü Hastanesi" unvanına sahip hastanenin lüks otel konforunda düzenlenen odalarını gezen Japon heyet, yüksek teknolojili laboratuvarları, radyoloji ünitesi, yardım masası ve çağrı merkezini ziyaret edip ilgililerden bilgi aldı.

Fotoğraf çekip, not tutan Japon heyet, İl Sağlık Müdürü Dr. Ahmet Özer'i de ziyaret ederek, görüş alışverişinde bulundu.

4.2.9. Kalite

Şehir hastaneleri, gerek fiziksel şartları gerekse tam olarak yenilenen ve son teknolojiye uygun olarak sağlanan tıbbi cihaz parkuru ile kaliteli sağlık hizmet sunumuna oldukça uygun işletmelerdir.

Birçok açıdan 5 yıldızlı otelleri aratmayan şehir hastaneleri, gerçekten eski hastanelere göre uzay üssünü andırmaktadır. Vatandaştan tam not alan şehir hastanelerinde hizmet sunum kalitesinin diğer hastanelere göre oldukça yüksek gerçekleşmesini gerektiren birçok sebep vardır.

Ülkemizin hastane işletmeciliği alanındaki en büyük dezavantajı olan fiziki mekân yetersizlikleri şehir hastanelerinin faaliyete geçmesi ile büyük ölçüde çözülmüş olacaktır. Eski hastanelerin büyük bir kısmında hasta yatakları koğuş sisteminde idi. Hasta odalarında refakatçiye dinlenecek yer ayrılmamış, lavabo-banyo ihtiyacı oda içerisinde düşünülmemişti. Şehir hastaneleri ile bu eksiklikler giderilerek, hastaneler modern hasta odaları ile donatılıyorlar. Bu kalite yükselmesi, doğal olarak ulusal ve uluslararası birçok basın-yayın organında yer bulmaktadır.

4.3. Vatandaş Açısından

4.3.1. Hizmete Ulaşım

Şehir hastanelerinin konumlandırıldığı yerlere göre ulaşım durumu değişmekle beraber hemen hemen her türlü hizmetin bu hastanelerde veriliyor olması, vatandaşların hizmete ulaşımını kolaylaştırmış ve memnuniyet oranını artırmıştır.

Şehir hastanelerindeki büyük fiziksel alanlar nedeniyle vatandaşlar yön bulmada ve bazı alanlara ulaşmada zorluk yaşayabilmektedir. Bunun giderilmesi için yönlendirme ve refakat personeli istihdamı olumlu bir uygulama olup, sayısının yeterli düzeye çıkarılmasına dikkat edilmelidir.

Öte yandan şehir dışında konuşlandırılan şehir hastaneleri için yerel yönetimler tarafından gerekli alt yapı, yol ve toplu ulaşım imkânlarının sağlanması hususuna titizlik gösterilmesi gerekir.

Isparta Şehir Hastanesi

4.3.2. Hasta Güvenliği

Şehir hastaneleri hasta odaklı olarak kurgulanmış ve hayata geçmiştir. Mekânsal alanlardaki nitelik artışı, her türlü hizmetin veriliyor olması hasta güvenliğine olumlu etki yapmakla birlikte tıbbi süreçlerin doğru işlemesi noktasında çalışanların eğitilmesi, motive edilmesi ve komiteler vasıtasıyla süreçlerin belli

standartlara göre sürekli gözden geçirilmesi, özellikle sağlık çalışanlarına rol verilmek suretiyle süreçlere dâhil edilmeleri büyük bir önem arz etmektedir.

Şehir hastanelerinde hizmet veren yüklenici firmaların aynı zamanda hastanenin bilgi yönetim sistemini de işletmesi, beraberinde hasta kayıtlarının güvenlik ve mahremiyetine ilişkin gerekli tedbirlerin alınmasını da gerekli kılmaktadır.

Öte yandan yeni bir kısım uygulamaları ile şehir hastaneleri, hasta güvenliği açısından örnek sağlık kurumları olmuşlardır.

ŞEHİR HASTANELERİ DEVRİM YAPTI

Adana Şehir Hastanesi, Türkiye'de ilk defa uygulanan Pembe Kod Takip Sistemi ile yeni doğan bebeklerin kaçırılmasının önüne geçerek ABD'den ödül aldı

SİSTEM TAM PUAN ALDI

ADANA Şehir Hastanesi'nde yeni doğan bebeklerin kaçırılmasına ve karışmasına karşı çipli Pembe Takip Kod Sistemi uygulaması başlatıldı. Türkiye'de ilk defa uygulanan sistem Amerika'da 'Sağlıkta En İyi Radyo Frekansı ile Tanımlama Teknolojisi (RFID) Çözümü' ödülü aldı.

UYGULAMADAN HERKES MEMNUN

KADIN Doğum Kliniği Sorumlusu Doç. Dr. Raziye Narin, uygulamadan hem hastaların, hem de çalışanların son derece memnun olduğunu iş yoğunluğundan dolayı 'gözden bir şey kaçacak' endişesini artık yaşamadıklarını söyledi. 6'DA

Doç. Dr. Raziye Narin

KOLA DA TAKILIYOR

Doç. Dr. Narin, sistemin bebeğin koluna veya bacağına takıldıktan sonra aktif hale geldiğini belirtti.

4.3.3. İletişim

Vatandaşlardaki yüksek beklenti, ister istemez eskiye nazaran çok daha iyi şartlarda hizmet sunulmasına rağmen iletişim kazalarına yol açmaktadır. Şehir hastanelerinde standart olarak istihdam edilen hasta yönlendirme ve refakat hizmetleri vatandaş ile sağlık personeli iletişimi açısından önemli bir fonksiyon görmektedir.

KÖİ modeline yönelik olarak hem genel olarak kamuoyunun hem de çalışanların yeterince bilgilendirilmediği gözlenmektedir. Bu bilgilendirme yapılmadığı için birçok kişi ve kurum tarafından modelin yanlış bir şekilde algılanması söz konusu olmaktadır. Bu nedenle genel olarak KÖİ modeline ilişkin bir rehberin hazırlanarak kamuoyu ile paylaşılması, çalışanların teorik olarak model hakkında bilgilendirilmesi ve çalışanlar tarafından yapılan önerilerin dikkate alınması, modelin daha iyi işletilmesi konusunda mutlaka faydalı olacaktır.

KÖİ'nin diğer projelerden farklı olarak özelliği, yüklenici firma tarafında fazla sayıda paydaşlara sahip olmasıdır. Paydaşların birbiriyle iyi ilişkiler içinde olması, KÖİ sürecine katkı sağlarken, kötü paydaş ilişkileri sürecin ilerlemesine engel olmaktadır. Bu nedenle tüm paydaşların KÖİ'den beklentilerini tespit edip sürecin gelişimi için ihtiyaç duyulan fikirler geliştirilmelidir.

Toplumdaki ve sağlık çalışanlarındaki algıya göre; şehir hastaneleri projesinin duyurulma, yaygınlaştırma ve yürütme sürecine yönelik planlamalarda algı ve tutum ölçümlerinin zamanında yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Mersin Şehir Hastanesi Hasta Ziyareti

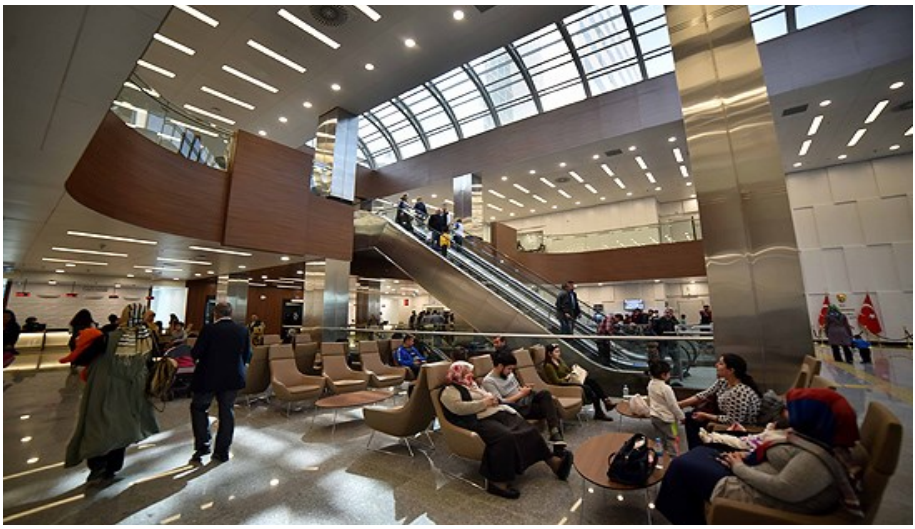
4.3.4. Memnuniyet

Hasta memnuniyetinin eskiye nazaran arttığı müşahede edilmiştir. Şehir hastanelerindeki fiziki şartların çok üst düzeyde olması ve birçok sağlık hizmeti-

ne erişim sağlanabilmesi vatandaşlar tarafından takdir edilmektedir. Özellikle koğuş tipi eski hastanelere nazaran şehir hastaneleri sağladıkları imkânlar ile yüksek düzeyde memnuniyet getirmektedir.

Şehir hastanelerinde vatandaşlar bütün tuvaletlerin alafranga olarak düzenlemesinden şikâyetçidirler. Özellikle poliklinik alanlarındaki tuvaletlerin bir kısmının vatandaş hassasiyetleri de dikkate alınarak alaturka olarak düzenlenmesi gerekir.
Yönlendirme ve hasta refakatçi hizmetleri, vatandaş için önemli bir memnuniyet alanı olup, bu hizmetlerin artırılması vatandaş memnuniyetini de artıracaktır.

Mersin Şehir Hastanesi



4.4. Şehir Hastanelerinin SWOT ANALİZİ

4.4.1. Güçlü Yönler

- Mekânsal olarak nitelikli, konforlu ve hizmetin kalitesini artırıcı hizmet alanlarının oluşturulması
- Yan dallar dâhil tüm branşlarda aynı yerleşkede hizmet veriliyor olması
- Nitelikli ve özellikli hizmetleri içinde barındırması
- İl içi ve/veya il dışı hasta sevkini azaltması
- Tıbbi cihaz ve alt yapısının son model olması
- Hasta odaklı düzenlenmiş olması

- Otelcilik hizmet sunumu için uygun alanlara sahip olması
- Sağlık turizmi için pazarlanabilir fiziki yapılar olması
- Birçok sağlık hizmetinin tek bir çatı altında sunulabiliyor olması
- Destek hizmet personel sayısının diğer hastanelere göre daha fazla olması
- Hizmet alımlarının genel bütçeden finanse ediliyor olması
- Hükümet desteğinin olması

4.4.2. Zayıf Yönler

- Yönetim modelinin diğer hastane yönetim modelleri ile aynı olması
- Yönetim modelinin esnek kurgulanmaması
- Çalışan sayısının yeterli olmaması
- KÖİ modeli ile ilgili eğitimlerin yetersizliği
- Şehir hastaneleri paydaş sorumluklarının ve yetkilerinin netleştirilememesi
- Yöntem beyanının açık ve net olmaması
- İletişim kurgusunun iyi yapılamaması
- Geniş alanlar dolayısıyla personel ihtiyacının artması
- Çalışanlar için uygun/ yeterli fiziki mekânların oluşturulmaması
- Farklı personel istihdam türleri
- Şehir hastaneleri için işletme mevzuatı oluşturulamaması
- Tecrübesiz ve/veya liyakatsiz yöneticiler
- Vatandaşların yön bulmada zorlanmaları
- Şehir Hastanelerinde iş akış süreçlerinin olmaması
- Hasta veya çalışan memnuniyetinin değerlendirilmesinde kamu ve özel sektörün sorumlulukların net olmaması
- Yöneticilerin sık değişmesi
- KÖİ mevzuatı açısından uzman personelin olmaması/az olması

4.4.3. Tehditler

- Gelir gider dengesinin genel bütçe desteği olmadan sağlanamaması nedeniyle uzun vadede genel bütçe desteğinin sağlanamaması durumunda ek ödemelerin verilememesi
- Uzun vadede finansal sürdürülebilirlik sıkıntı olursa hastalardan fark ücreti alınması riskinin bulunması
- Farklı istidam türleri dolayısıyla oluşacak çatışmalar
- Şehir hastanelerinin sağlık harcamalarına getirdiği mali yük
- Şirket ve kamunun hukuksal anlaşmazlık yaşamaları

- Trafik yoğunluğu problemleri
- Şehir hastanelerinin çevresinin arsa rantı olarak değerlendirilmesi
- Hizmet maliyetlerinin yüksek olması
- KÖİ sözleşmelerinin karmaşık olması
- KÖİ sözleşmelerinin 30 yıl gibi uzun süreli olması
- Yüklenici firma tarafından istihdam edilen çalışanlar ile ilgili sağlık hizmetinin sunulması sırasında karşılaşılacak sorunlarda kamu ve özel sektörün yetki ve görevi ile ilgili belirsizlikler
- Şehir hastaneleri İle ilgili organizasyonlarda kamu ve özelin rolünün net olmaması
- Şehir hastanesini veya cihazların eskimesi durumunda yenileme-bakım-onarım hususlarında anlaşmazlık riskleri
- Sağlıkta kalite standartlarının KÖİ sözleşmeleriyle çelişen durumlarının olabileceği
- KÖİ yüklenici firma tarafında çok sayıda paydaş olması ve bunların anlaşmazlığa düşme riski
- İş akış şemalarının yapılmamış olması
- İç kontrol sisteminin oluşturulmamış olması

4.4.4. Fırsatlar

- Bölgesel hizmet sunma potansiyeli oluşturması
- Sağlık turizminde başarı yakalamak için ciddi bir potansiyel oluşturması
- Mekânsal ve tıbbi alt yapı açısından nitelikli bir ortam oluşturulması
- Tüm sağlık hizmetlerin aynı yerleşkede veriliyor olması
- Çalışan memnuniyetinin artırılması için iyi bir zemin oluşturması
- Yüksek gelirli sağlık turizmi potansiyeli olması
- Vatandaş memnuniyeti
- Döner sermaye üzerindeki yüklerin azalması
- Daha yüksek gelir elde edebilme imkânı
- Yüklenici firma çalışanlarının hizmet kalitesine katkısı

5. BÖLÜM:
SONUÇ VE ÖNERİLER

KÖİ modeli ile yapılan şehir hastanelerinin 2017 yılı başından itibaren hizmete açılması ile sağlık sisteminde yeni bir döneme geçilmiştir. Haziran 2017 itibariyle Yozgat, Mersin, Isparta, Adana ve Kayseri şehir hastanesi hizmete açılmıştır. 2018 sonuna kadar Ankara Bilkent, Elazığ, Manisa ve Eskişehir şehir hastanelerinin hizmete açılması planlanmaktadır.

Türkiye sağlık sisteminde 2017 yılında şehir hastanelerinin hizmete açılması ile başlayan bu yeni dönemi "Şehir Hastaneleri Dönemi" diye isimlendirmek çok yanlış olmayacaktır. Şehir hastaneleri ile birlikte Türkiye, sağlık alanında en üst kategoride hizmet veren ülkeler seviyesine çıkabilecektir.

Türkiye sağlık sisteminin 2017 yılında başlayan bu yeni döneme göre çalışan planlamasından finansmana, ek ödeme sisteminden sağlık hizmet fiyatlarına, yerli tıbbi cihaz üretiminden sağlık eğitimine kadar birçok alanda yeniden yapılandırılması gerekir. Bu yeni dönemde şehir hastanelerine uygun yönetim modeli geliştirilmeli ve işletme mevzuatı oluşturulmalıdır. Şehir hastanelerinin, sistemdeki yerini dikkate alarak aile hekimliği sistemi, acil sağlık hizmetleri, ağız- diş sağlığı hizmetleri yeniden kurgulanmalıdır.

Şehir hastaneleri ile birlikte başlayan bu yeni dönemde Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası yeniden ele alınmalıdır. Bu dönemde üniversite hastaneleri de yapısal problemleri çözülecek şekilde ele alınarak yeniden yapılandırılmalıdır.

Gelişen ve değişen şartlara bağlı olarak sağlık sektörü politikalarında belli dönemlerde değişiklikler yapılması kaçınılmazdır. Bundan dolayı şehir hastaneleri gibi uzun süreli projelerin, sağlık politika değişikliklerine uyacak şekilde düzenlenmesi faydalı olacaktır.

Daha önce yapacağı köklü değişikliklerde (aile hekimliği sistemi gibi) Sağlık Bakanlığı tarafından pilot uygulama yapılırken şehir hastaneleri gibi büyük yatırımlar gerektiren bir sistem için bu yapılmamıştır. Bundan dolayı sistemin her aşamasının titizlikle takip edilmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye'yi 29 sağlık bölgesine ayırmış ve hizmet sunumunu ve sağlık personelini planlamaya tabi tutmuştur. KÖİ Modeli ile yapılan şehir hastaneleri Sağlık Bakanlığının Türkiye sağlık planına uygun bir şekilde projelendirilmektedir. Şehir hastanelerinin sağlık sistemi içerisindeki rolü belirgin-

leştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı, şehir hastaneleri ile ilgili yaptığı planlamanın esaslarını ve taşınacak hastanelerin hangileri olduğunu biran önce açıklamalıdır.

2017 yılı başından itibaren hizmet sunumuna başlayan şehir hastaneleri ile birlikte sağlık hizmet planlaması da farklı boyut kazanmıştır. Artık sağlık hizmetleri planlanır iken şehir hastanelerinin fiziksel imkânlarından, cihaz parkuruna kadar bütün unsurları da dikkate alınmalıdır.

Şehir hastanelerindeki geniş alanlar personel ihtiyacının şiddetini artırır bir unsur olmaktadır. Hastanelerin fiziki alan ve imkânlarındaki yüksek artışa rağmen personel sayısında kayda değer bir artış olamamıştır. Bu durum personelin daha fazla güç harcamasına yol açmakta zaten iş yükü fazla olan sağlık personelini daha çok yormaktadır. Daha önce çalıştıkları sağlık kurumlarında çok daha küçük bir alanda daha fazla hastaya hizmet veren çalışanların, mekânların büyüdüğü ve mekânlar arası zamanın önemli bir düzeye ulaştığı şehir hastanelerinde ilave bir takım zorluklarla karşılaştıkları görülmüştür. Şehir hastanelerinin mevcut hasta kapasitesi ve iş yükleri üzerinden yeni bir personel planlamasının faydalı sonuçlar doğuracağı açıktır. Bu planlama sadece kamu sağlık çalışanları boyutunda değil, firma çalışanları bakımından da ele alınmalıdır.

Hasta hakları ve hastalara sunulan sağlık hizmetinin nitelikleri bakımından şehir hastanelerinin başarılı bir model olduğu ortadadır. Bu niteliksel ve niceliksel gelişmenin sağlık çalışanlarını da içerecek şekilde planlanması, sağlık hizmetlerindeki memnuniyet ve kalite gibi bileşenlerin geliştirilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

Şehir hastaneleri çalışanlarının ek ödemeleri ile ilgili genel olarak geçiş döneminde, hastanelerin taşınması ile ilgili olarak sıkıntılar yaşandığı tespit edilmiştir. Bilindiği üzere ek ödeme tavanı gelirin %46,5'udur. Şehir hastanelerinde ek ödemelerin kanuni sınırların en üstü oranında dağıtılması ve eskiye nazaran daha yüksek miktarlarda çalışanlara ek ödeme yapılması beklenilmektedir.

Personelin çalışma alanları eskiye nazaran çok daha ferah ve nitelikli olmakla birlikte dinlenme alanları başta olmak üzere bazı bölümlerde eksiklik ve yetersizlikler göze çarpmaktadır. Hâlbuki fiziki mekân sıkıntısı yaşanmayan şehir

hastanelerinde çalışanlar için çok daha uygun alanların oluşturulması gerekir. Bu problemler yeni yapılan/yapılacak şehir hastanelerinde çözülmelidir.

Şehir hastaneleri yapılan illerde şehir hastaneleri faaliyete geçmeden en az altı ay önce çalışanlara uygun şekilde şehir hastaneleri ile ilgili eğitimler verilmelidir. Çalışanlar yetkili kişiler tarafından belirli periyodlarla bilgilendirilmelidir. Şehir hastaneleri gezdirilerek personelin çalışacakları yeri fiilen görmesi sağlanmalıdır. Personelin zihnindeki soruların cevabını bulacağı ortamlar oluşturulup, bu soruların yetkili kişilerce cevaplanması sağlanmalıdır. Şehir hastanelerine geçiş sürecinde eğitim planlaması sağlıklı bir şekilde yapılmalıdır.

Şehir hastaneleri ile birlikte mekânsal alanların büyüklüğü ve iş yükü fazlalığından dolayı çalışanlar arası iletişimin azaldığı gözlemlenmiştir. Şehir hastanesi çalışanlarının yöneticilere ulaşması kolaylaştırılmalıdır.

Çalışan güvenliği konusunda mekânsal alanların büyüklüğü, personel sayısındaki eksiklikler ve çalışanların birebir kullanacağı alanların yetersizliği çalışan güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Şehir hastanelerindeki büyük koridorlar ve katlar arası ulaşımın sadece asansör ile sağlanıyor olmasının çalışan güvenliği açısından oluşturduğu riskler giderilmelidir.

Sağlık politikaları belirlenirken hizmet sunumunda yeni bir dönem başlatan şehir hastanelerine göre düzenlemelerin yapılması gerekir. Sağlık Bakanlığı düzenleyici ve denetleyici fonksiyonun yanında hizmet sunumu fonksiyonunu da uyumlu bir şekilde yürütmelidir.

Şehir hastanelerinin tümünün faaliyete geçmesi ile birlikte oluşacak mali yükün sağlık sisteminin 2017 yılına kadar oldukça başarılı bir şekilde yönetilen finansal sürdürülebilirliğine olumsuz etkisi olmaması için özellikle şehir hastanelerindeki hizmet alım maliyetlerinin çok iyi kontrol edilmesi gerekir.

Geri ödemede kullanılan SUT fiyatlandırmasının şehir hastaneleri için gözden geçirilmesi yeni bir fiyat politikasının belirlenmesi gereklidir. Sağlık Bakanlığının Genel Bütçesinden ödenen şehir hastanelerinin gerek kullanım bedelleri gerekse hizmet bedelleri ödemelerinde Genel Bütçe desteğinin kalıcı olması gerekmektedir.

Şehir hastaneleri için yeni bir yönetim modeli geliştirilmelidir. Şehir hastanelerinde yönetici sayılarının farklı bir şekilde belirlenmesi gerekir. Şehir hastanelerinde yetki ve sorumluluklar ile ilgili karışıklıkların olduğu gözlemlenmiştir. Yöneticilerin konum, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir. Şehir hastanelerinde iş akış şemalarının düzenlenmesi ve iç kontrol sisteminin kurulması elzemdir.

Şehir hastaneleri yöneticileri; yönetim eğitimi, liyakat, ehliyetli ve yöneticilik hususunda tecrübeli kişilerden oluşturulmalı, yöneticiler tam bir ekip ruhuyla çalışılmalıdır. Yönetici değiştirmeler performans esasına göre yapılmalı, sık sık yönetici değiştirilmemelidir.

Şehir hastanelerinin işleyişi, yapısı gereği diğer hastanelere göre farklılık arz etmektedir. Bu açıdan şehir hastanelerine uygun bir işletme mevzuatı oluşturulmalıdır. Şehir hastanelerinde taleplerin klasik hastanelere göre daha geç karşılandığı şikâyetleri çalışanlar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir. Şehir hastanelerindeki özel sektör firmasının da işletmeciliğin içinde olmasından kaynaklanan farklı bürokratik mekanizmalar buna yol açmaktadır. Bu problemlerin giderilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

KÖİ yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinin gerek yapım gerekse işletme dönemi ile ilgili binlerce sahifeden oluşan sözleşmelere tam anlamıyla vâkıf şehir hastanesi personelin olmaması önemli bir handikap oluşturmaktadır. KÖİ gibi klasik yöntemlerden oldukça farklı bir şekilde işletilecek olan şehir hastanelerinde birçok prosedür ve mekanizma ile ilgili yeterli eğitimi almış uzman personel ve yöneticilerin istihdam edilmediği görülmüştür. 25 yıl sürecek bir sözleşme ile işletilecek olan şehir hastanelerinde KÖİ prosedürlerini bütün yönleri ile bilen personel sayısı yetersizdir. Şehir hastanelerde hukuk birimlerinin olması en az bir hukukçunun yöntem beyanı başta olmak üzere ilgili konularda yöneticilere danışmanlık vermesi gerekir.

KÖİ sözleşmeleri karmaşıklığından dolayı bu uygulama kapsamında oluşturulacak sözleşmelerin kurgusunun ve yönetiminin uzmanlar tarafından profesyonelce yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde sözleşme metninde yapılabilecek risklerin yanlış dağılımı, yetersiz ve eksik yaptırımlar gibi önemli hatalar, uzun vadede ciddi sorunlara yol açabilir. Bunun için Sağlık Bakanlığı bünyesinde ve faaliyete geçen şehir hastanelerinde sözleşme hukuku ve işlet-

mecilik hususlarında uzman personel istihdam edilmelidir. Şehir Hastaneleri sözleşmeleri net, anlaşılır ve her konuyu kapsayıcı olmalıdır. Ayrıca bu konudaki ihmallerin ve hataların önüne geçilebilmesi için de denetimler arttırılmalı, varsa sözleşmelerdeki ve mevzuattaki boşluklar giderilmelidir. Sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizlikler şimdiden belirlenmeli ve giderilmelidir.

Şehir hastanelerinde ilaç ve tıbbi malzeme, diğer tüketim ürünleri ve arşiv için yeterli depo alanları oluşturulmalıdır.

Şehir hastanelerinde yüklenici firma yükümlüğünde olan işlerin belirli sürede yapılması gerekir. Bunun yapılmaması durumunda sözleşmede öngörülen cezai müeyyideler uygulanmalıdır. Bu müeyyideler ile karşılaşmak istemeyen yüklenici firma çalışanlarının işleri tamamlanmış gibi göstermesi sıkıntı oluşturmaktadır. Yüklenici firmaya uygulanması gereken sözleşmelerdeki bu müeyyideler, geçiş dönemi dolayısıyla taşındıktan 6 ay sonra uygulanabilmektedir. Bu sürenin işin niteliğine göre daha kısa sürelere düşürülmesi uygun olacaktır.

Yüklenici firma tarafından istihdam edilen personelin büyük bir kısmının daha önce sağlık sektöründe çalışmamış, tecrübesiz kişilerden oluşması dikkate alınarak bunlar işe başlamadan önce gerekli eğitimlerden geçirilmelidir.

Faaliyete geçen şehir hastanelerindeki bir kısım uygulamalar verimlilik hususunda endişeler oluşturmuştur. Yüklenici firmalar tarafından üstlenilen hizmet maliyetleri diğer hastaneler düzeyinde belirlenmelidir. Ayrıca şehir hastanelerinin büyük fiziksel alanları gereği oluşan aydınlatma, ısıtma, enerji vb. giderlerin yüksekliği kontrol edilmelidir.

Şehir hastanelerinin konumlandırıldığı yerlere göre hastaneye ulaşım durumu değişmekle beraber şehir hastanelerinde hemen hemen her türlü hizmetin veriliyor olması vatandaşların hizmete ulaşımını kolaylaştırmış ve memnuniyeti artırmıştır. Öte yandan şehir dışında konuşlandırılan şehir hastaneleri için yerel yönetimler tarafından gerekli alt yapı, yol ve toplu ulaşım imkânları hususunda titizlik gösterilmelidir.

Şehir hastanelerindeki büyük fiziki alanlar nedeniyle vatandaşlar yön bulmada ve bazı alanlara ulaşmada zorluk yaşayabilmektedir. Bunun giderilmesi için

düşünülen yönlendirme ve refakat personel sayısının yeterli olmasına dikkat edilmelidir. Yönlendirme ve hasta refakatçi hizmetleri vatandaş için önemli bir memnuniyet alanı olup, bu hizmetlerin artırılması vatandaş memnuniyetini de artıracaktır.

Şehir hastaneleri hasta odaklı olarak kurgulanmış ve hayata geçmiştir. Mekânsal alanlardaki nitelik artışı, her türlü hizmetin veriliyor olması hasta güvenliğine olumlu etki yapmakla birlikte tıbbi süreçlerin doğru işlemesi noktasında çalışanların eğitilmesi, motive edilmesi ve komiteler vasıtasıyla süreçlerin sürekli belli standartlara göre gözden geçirilmesi, çalışanların süreçlere dâhil edilmesi büyük bir önem arz etmektedir.

Hasta memnuniyetinin eskiye nazaran arttığı müşahede edilmiştir. Özellikle şehir hastanelerindeki fiziki şartların çok üst düzeyde olması ve birçok sağlık hizmetine erişim sağlanabilmesi vatandaşlar tarafından takdir edilmektedir. Özellikle koğuş tipi eski hastanelere nazaran şehir hastaneleri sağladıkları imkânlar ile yüksek düzeyde memnuniyet getirmektedir.

KÖİ modeline yönelik olarak hem genel olarak kamuoyunun hem de çalışanların yeterince bilgilendirilmediği gözlenmektedir. Bu bilgilendirme yapılmadığı için birçok kişi ve kurum tarafından modelin yanlış bir şekilde algılanması söz konusu olmaktadır. Bu nedenle genel olarak KÖİ modeline ilişkin bir rehberin hazırlanarak kamuoyu ile paylaşılması, çalışanların teorik olarak model hakkında bilgilendirilmesi ve çalışanlar tarafından yapılan önerilerin dikkate alınması modelin daha iyi işletilmesi konusunda faydalı olacağı düşünülmektedir.

KÖİ'nin diğer projelerden farklı olarak özelliği yüklenici firma tarafında fazla sayıda paydaşlara sahip olmasıdır. Paydaşların birbiriyle iyi ilişkiler içinde olması KÖİ sürecine katkı sağlarken, kötü paydaş ilişkileri sürecin ilerlemesine engel olur. Bu nedenle tüm paydaşların KÖİ'den beklentilerini tespit edip sürecin gelişimi için ihtiyaç duyulan fikirler de geliştirilmelidir.

Toplumdaki ve sağlık çalışanlarındaki algıya göre şehir hastaneleri projesinin duyurulma, yaygınlaştırma ve yürütme sürecine yönelik planlama yapılması için algı ve tutum ölçümlerinin yapılması faydalı olacaktır.

Şehir hastanelerinde sözleşme gereği yüklenici firma, açılan hastanelerde kullanılacak tıbbi cihazları yeni baştan temin etmektedir. Taşınacak hastanelerde şu anda kullanılan tıbbi cihazların nasıl değerlendirileceği planlanmalıdır. Yüksek maliyetli bu cihazların etkili ve verimli şekilde kullanılması yönünde planlamalar yapılmalıdır.

Şehir hastanelerinde tıbbi cihaz ve mefruşatın %25'i yerli ürünlerden oluşmakta %75'i ise ithal edilmektedir. Şehir hastanelerinde kanunen %20 olan yerli oranı artırılmalı ve bu yatırımlar yerli üretime katkı sunacak hale getirilmelidir.

Şehir hastanelerinde hizmet sunumunda vatandaşların hassasiyetlerine uygun bir şekilde mahremiyet sağlanmalıdır.

Şehir hastaneleri ile hasta ve çalışan memnuniyeti artmıştır. Hastanelerin hijyen sorunları çözülmüştür ve hizmet sunum kalitesi artmıştır. Hastane çevresi trafik ve park sorunu rahatlamıştır. Kamunun ve yatırımcının birlikte bir işletme çalıştırma kültürü oluşmuştur, özel sektörün hızlı ve nitelikli iş yapabilme kapasitesi görülmüştür ve şehir hastanesi bulunduğu ilde yeni bir istihdam alanı oluşturmuştur. Ayrıca şehir hastanesinin bulunduğu bölgeye değer ve şehre ayrı bir görsellik kattığı görülmüştür.

Bazı kesimler için Türkiye sağlık sistemine zarar vereceği söylenen şehir hastanelerinin olumlu ve olumsuz yönlerini teraziye koyduğumuzda olumlu yönlerinin çok daha ağır bastığı, olumsuz yönlerin ise düzeltilebilir hususlar olduğu tespit edilmiştir.

Son söz olarak; şehir hastaneleri birçok yönden Türkiye sağlık sistemi için yeni kapılar açan çok önemli fırsatlar doğuran projelerdir.

KAYNAKÇA

- Asian Development Bank (2013). **Guidebook on Public-Private Partnership in Hospital Management,** Philippines: Asian Development Bank.
- Atasever M.(2014). **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Sağlık Harcamalarının Analizi (2002-2013),** ISBN: 978-975-590-521-1, Ankara
- Atasever M. (2016). **Döner Sermayeli Sağlık İşletmeleri: Tespitler ve Öneriler,** SASAM Enstitüsü, Sağlık- Sen Yayınları-35, Ankara
- Atasever ve ark. (2017). **Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Açıdan Sürdürülebilir Mi?,** Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış, Hakemli Dergi, 2017/1, Ankara
- Atasever ve ark. (2018). **Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ile İlişkisi,** ANKARA MEDICAL JOURNAL Vol. 18, Num. 1, 2018 / Cilt: 18, Sayı: 1
- Aydın E.S. (2017). **Sağlık Finansmanı,** Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürü, Tüsap Sağlık Platformu-Vizyon Toplantıları Sunusu, 22.09.2017, İstanbul
- Bayar M.(2017). **PPP' lerde İnsan Kaynakları**, CCH Holding, Sayed Sunum, 2017
- Birinci Ş. (2017). **Sağlık Hizmet Sunumu,** Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı, Tüsap Sağlık Platformu- Vizyon Toplantıları Sunusu, 22.09.2017, İstanbul
- Canbey E. (2017). **Sağlıkta PPP Modeli Finans Aşaması,** Rönesans Sağlık Yatırım Sunusu, Nisan 2017
- Çakır A. (2017). **Şehir Hastanelerinde Yönetim Modeli,** Kamu Hastaneleri Kurum Başkan Yardımcısı SAYED Sunumu, 2017
- Çakır M. K. (2016). **6428 Sayılı Kanuna Göre Kamu Özel İşbirliği Kavramı ve Yeni Bir Model: Yap Kirala Devret,** Seçkin Yayınevi, Ankara, ISBN; 978 975 02 3831 4
- Chakravarty, N.; Sadhu, G.; Bhattacharjee, S. and Nallala, S. (2015). **Mapping Private-Public-Partnership in Health Organizations: India Experience,** International Journal of Medicine and Public Health
- Dostbil A.B. (2016). **Şehir Hastanelerinde İşletme ve Hizmetlere İlişkin Ödeme Mekanizmaları,** Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları G.M. Yard. Sunusu
- Hosmac-CII, **Partnerships in Healthcare: A Public-Private Perspective**, Whitepaper

- Gürkan, M.F.(2014). **Kamu-Özel Ortaklığı,** Ankara: Adalet Yayımları.
- Kalkınma Bakanlığı (2014). **Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu.** Erişim Tarihi: 12.09.2015, http://www.onuncuplan.gov.tr/ Belgeler/Onuncu%20 Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1%20%C3%96%C4%B0K%20El%20 Kitab%C4%B1.pdf.
- Kalkınma Bakanlığı (2014), **Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M. ve Eke, E. (2012). **Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması,** Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi
- Li, B. ve Akintoye, A. (2003). **PPP: Risk, value and Communication in Public-private partnership procurement. Akintola Akintoye, Matthias Beck ve Cliff Hardcastle (Ed.) Public-Private Partnership: Managing risk and Opportunities,** Malden: Blackwell Science Ltd.
- Öztürk K., Billerlioğlu H., **Şehir Hastaneleri Yönetim ve İşletim Modeli,** TÜBİTAK, TÜSSİDE
- Resmi Gazete (2005a). **5396 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun,** 25876, 03 Temmuz 2005.
- Resmi Gazete (2005b). **5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlara Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun,** 25705, 19 Ocak 2005.
- Resmi Gazete (2017). **696 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,** 30280, 24.12.2017
- Saadet Partisi, (2017). **Şehir Hastaneleri Raporu,** Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2010). **Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014,** Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2012). **Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017,** Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2011). **Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap,** Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, **TBMM 2018 Yılı Plan Bütçe Sunumu,** 14 Kasım 2017, Ankara
- **Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde**

Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2013). T.C. Resmi Gazete, 28582, 21 Şubat 2013.

- **Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği,** (2014/6282). T.C. Resmi Gazete, 28995, 09 Mayıs 2014.
- Sağlıkta Kamu Özel İşbirliği Derneği, (2017). **Sorularla Sağlıkta Kamu Özel İşbirliği/PPP,** Ankara
- Sağlık-Sen, SASAM Enstitüsü (2016), **Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi,** Sağlık- Sen Yayınları-36, Ankara
- Sağlık-Sen, SASAM Enstitüsü (2017), **Sağlık Bakanlığı İle Bağlı Kurum Ve Kuruluşlarda Çalışanların Döner Sermaye Ek Ödemelerinde Yaşanan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Çalıştay Raporu,** Sağlık- Sen Yayınları-39, Ankara
- Şenel Tekin, P. (2010). **Türkiye'de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi,** (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yayımlanmamış Doktora Tezi).
- Şahin, M ve Uysal, Ö. (2012). **Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme,** Maliye Dergisi
- Sonğur Cuma, (2016). **Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Entegre Sağlık Kampüslerinde Uygulanmasında Paydaşların Görüş Ve Değerlendirmeleri**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara
- Taflan S. (2017). **Türkiye'de Sağlık Yatırımları Proje Yatırım Stoku,** Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürü, Sağlıkta KÖİ Derneği toplantısı Sunusu, 2017
- Tekin, A.G.(2004). **Özelleştirmede Yeni Yaklaşım: Özel Sektör Kamu İşbirlikleri.** Ekonomistler Bülteni, 2004 Mayıs. Erişim tarihi: 02.01.2015, http://www.angelfire. com/ok4/aligunertekin /200405KOO.pdf.
- Tekin, A.G.(2007). **Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu-Özel Ortaklıkları,** İdarecinin Sesi Dergisi, Mayıs- Haziran 21(122): 10-14.
- Uçar, E. (2017). **Şehir Hastaneleri Sunusu,** Ankara
- Uz, A. (2007). **Kamu-Özel Ortaklığı/Publıc-Prıvate Partnershıp: Kavram Ve Hukuksal Çerçeve,** Gazi Universitesi Hukuk Fakultesi Dergisi, 11(1-2): 1165-1182.

EKLER

Ek-1. Odak Grup Görüşmelerinde Kullanılan Görüşme Formu

ŞEHİR HASTANELERİ ARAŞTIRMASI
ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ - SORU FORMU

Değerli katılımcı, bu araştırma, şehir hastanelerinin hizmet kalitesini, fiziki yapısını ve hasta ve çalışan memnuniyet boyutlarını derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır. Vereceğiniz cevapların içtenliği araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Bilimsel olarak yaptığımız bu araştırmada vereceğiniz bilgiler sadece araştırma kapsamında uygulanacak olan analizlerde kullanılacaktır. ***Bu araştırma kapsamında verdiğiniz kişisel bilgiler daha sonra herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.*** Yardımınız ve değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür eder, saygılar sunarız.

SAĞLIK-SEN STRATEJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ (SASAM)

1) Şehir hastanelerinin işleyişi, idari yapısı, mevzuatı konularında bilgilendirildiniz mi ya da bir eğitim aldınız mı?

Görüşmeci notu: *Kim tarafından bilgilendirildiniz? Bilgilendirildiyse yeterli miydi, bilgilendirilmediyse bilgilendirilmek ister mi?*

2) Şehir hastanelerinin yönetim modelinde veya işleyişinde gördüğünüz aksaklıklar var mı? Varsa nelerdir? Şehir hastaneleri modelinin daha iyi işletilebilmesi için önerileriniz nelerdir?

3) Şehir hastanelerinde göreve başladıktan sonra özlük veya mali haklar konusunda herhangi bir kayıp yaşadınız mı ya da bu konuyla ilgili bir endişeniz var mı? Açıklar mısınız?

4) Şehir hastanelerinde göreve başladıktan sonra iş yükünüzde herhangi bir değişiklik oldu mu? Örneklendirir misiniz?

5) Şehir hastanelerinde göreve başladıktan sonra verdiğiniz sağlık hizmeti sunumunda bir değişiklik oldu mu? Olduysa nasıl bir değişiklik oldu? Hizmet sunumu ile ilgili size sağladığı avantaj ve dezavantajlar nelerdir?

6) Şehir hastanelerindeki çalışma alanlarınız, teknolojik ve fiziki yapıdaki değişiklikler, sosyal imkanlar, hasta ve çalışma arkadaşlarınızla olan iletişim konularında neler söyleyebilirsiniz?

Görüşmeci notu: *Bir karşılaştırma yaptığınızda nasıl bir tablo çıkıyor?*

7) Şehir hastanelerindeki "işletme" kısmıyla ilgili herhangi bir sorun yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız neler?

Görüşmeci notu: *Kamu-özel ortaklığından dolayı yaşanan çakışmalar(kamu ve özel sektör temsilcilerinin oluşturduğu ikili yönetim)*

8) Şehir hastanelerinin sağlık hizmeti için doğru bir yatırım olduğunu düşünüyor musunuz?

9) Şehir hastanelerinin işleyişi, idari yapısı, mevzuatının önceki hastanelerden çok farkı olduğunu düşünüyor musunuz? Şehir hastaneleri modelinin Türkiye sağlık sistemine kazandırdığı avantajlar, yenilikler, fırsatlar veya dezavantajlar nelerdir?

10) Şehir hastaneleriyle ilgili eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Ek-2. Katılımcı Listesi

S. No	Katılımcının Unvanı- Adı ve Soyadı	Görev Yaptığı Kurum
1	Mustafa ÖRNEK	Sağlık-Sen Gen. Başk. Yard.
2	Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN	Gazi Ü. / İİBF
3	Mehmet ATASEVER	Sağlık Bakanlığı SGB Eski Başkanı
4	Dr. Hasan GÜLER	Sosyal Güvenlik Kurumu Dr.
5	Dr. Mehmet GÖZLÜ	Gaziantep Üniv./ Sağlık Bilimleri Fakültesi
6	Onur Burak BARKAN	SASAM
7	Yusuf Kavak	SASAM

SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkez
Sağlık-Sen Strategic Research Center

SASAM, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın (Sağlık-Sen) politika ve uygulamalarının akademik altyapısını oluşturmayı amaçlayan, sağlık, sosyal politika ve işgücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye ölçeğinde kanıta dayalı bilgi üreten, kaynağı çalışanların alın teri olan alanında ilk ve tek strateji kuruluşudur.

Sağlık, sosyal ve işgücü politikalarını bilimsel çalışmalar ışığında çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler ve sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, SASAM'ın öncelikli amaçları arasındadır.

SASAM, aynı zamanda kamunun yönetişim kapasitesini geliştirmeye teşvik edecek politikalar geliştirmek, sağlık ve sosyal politika karar süreçlerinde etkin ve öncü düşünce kuruluşu olmayı ve küresel ölçekte sağlık, sosyal ve işgücü politikalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

SASAM bilimsellik, bağımsızlık, güvenilirlik, tarafsızlık, değerlere bağlılık, paydaşlık ve katılımcılık ile çözüm odaklılığı kendine ilke edinmiştir.

SASAM'ın çalışma alanları içerisinde "Sağlık Politikaları", "Sosyal Politika" ve "İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar" yer almaktadır. Ayrıca SASAM çalışma alanlarına din ve medeniyet, kimlik, kültür, etik ve ahlak konularını da dahil ederek düşünce üretmeyi amaçlamaktadır.

SASAM'ın Faaliyet alanları içerisinde; bilimsel toplantılar (Kongre, Sempozyum, Konferans, Seminer, Çalıştay, Arayış Toplantıları, vs.) gerçekleştirmek, saha araştırmaları yapmak, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek ve süreli/süresiz yayınlar (Kitap, Dergi, Rapor, Makale...vs.) ortaya koymak yer almaktadır.

ANALİZLERİMİZ

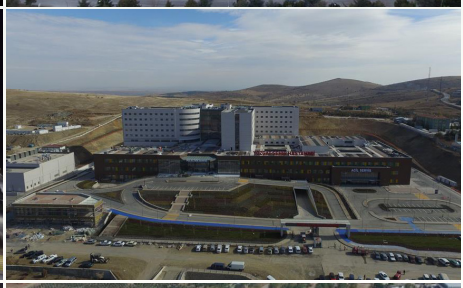
KİTAPLARIMIZ

RAPORLARIMIZ

HAKEMLİ DERGİMİZ

Türkiye sağlık sisteminde 2017 yılında şehir hastanelerinin hizmete açılması ile başlayan bu yeni dönemi "Şehir Hastaneleri Dönemi" diye isimlendirmek çok yanlış olmayacaktır. Şehir hastaneleri ile birlikte Türkiye'nin sağlık alanında en üst kategoride hizmet veren ülkeler seviyesine çıkabileceği bir potansiyel oluşmaktadır. Türkiye sağlık sisteminin bu yeni döneme göre; çalışan planlamasından finansmana, ek ödeme sisteminden sağlık hizmet fiyatlarına, yerli tıbbi cihaz üretiminden sağlık eğitimine kadar birçok alanda yeniden yapılandırılması gerekir.

Türkiye sağlık sistemi için önemli dönüm noktalarından biri olan şehir hastaneleri ile yeni bir dönem başlamıştır. Düzeltilebilir nitelikteki eksiklikleri ile beraber şehir hastaneleri, Türkiye sağlık sistemi için birçok yönden yeni kapılar açan, yeni fırsatlar doğuran çok önemli projelerdir.



www.sasam.org.tr • info@sasam.org.tr

ISBN: 978-605-87841-7-8